

Universidad de Lima
Facultad de Comunicación
Carrera de Psicología



LA IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO DEL TDAH. UN ESTUDIO DE CASO

Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Psicología

Giulia Barrios Oneto

Código 20070113

Asesora

Elizabeth Rojas Huamancaja

Lima – Perú

Octubre de 2015





**LA IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO DEL
TDAH. UN ESTUDIO DE CASO**

RESUMEN

Esta investigación corresponde al estudio de caso único de un niño de 11 años diagnosticado por el neuropediatra encargado del caso con el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). Los objetivos son determinar las características diagnósticas del TDAH, identificar los indicadores del TDAH, delimitar los trastornos comórbidos al TDAH, explicar las consecuencias de los síntomas que presenta el niño y proponer una alternativa de intervención que se adecúe a las necesidades del niño y lo favorezca en los diferentes aspectos de su vida. Se realiza un diagnóstico de sus dificultades por medio de una entrevista clínica con los padres, la hermana mayor y el profesor del aula, así como con instrumentos de observación de la conducta y pruebas psicológicas relacionadas a la problemática circundante para plantear un abordaje interdisciplinario.

Palabras clave: trastorno, TDAH, niño, trastorno de ansiedad, comorbilidad, características diagnósticas, abordaje interdisciplinario

ABSTRACT

This investigation reports a single case study of an 11 year-old child diagnosed by the neuropediatric involved with the case with the Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). The objectives were to determine the diagnostic features of ADHD, identify the ADHD signs, delimit the possible disorders associated to the ADHD diagnostic, explain the consequences of the symptoms that the child could present and propose an alternative of intervention that adjusts to the child's needs and contributes to different aspects in his life. A diagnosis is made of the child's difficulties through a clinical interview with his parents, older sister and school teacher, also with observation instruments and psychological tests related to the surrounding problems to present an interdisciplinary approach.

Key words: disorder, ADHD, child, anxiety disorder, comorbidity, diagnostic features, interdisciplinary approach

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
1.1 Descripción del Problema	2
1.2 Justificación y relevancia	4
1.3 Viabilidad	5
1.4 Limitaciones	6
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	7
2.1 Antecedentes del tema.....	7
2.2 Base Teórica	9
2.2.1 Aspectos Generales de la Entidad Nosológica.....	9
2.2.1.1 Definición del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad	9
2.2.1.2 Conceptos Clave	10
2.2.1.3 Antecedentes Históricos del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.	12
2.2.1.4 Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en la actualidad.	16
2.2.1.5 Etiología.....	17
2.2.1.6 Prevalencia.....	19
2.2.2 Criterios para el Diagnóstico del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.....	20
2.2.2.1 Según el DSM-V (APA, 2014)	20
2.2.2.2 Cuadro Comparativo del DSM-IV-TR y el DSM-V	24
2.2.2.3 Trastornos Comórbidos al Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad	26
2.2.2.4 Diagnóstico Diferencial.....	29
2.2.3 Características del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad ...	31
2.2.3.1 Características Primarias	31
2.2.3.2 Características Cognitivo-emocionales	33
2.2.4 Modelos Explicativos	38
2.2.4.1 Modelo Biológico	38
2.2.4.2 Modelo Contextual.....	39
2.2.4.3 Modelo Multifactorial	40
2.2.5 Modelos Terapéuticos.....	41
2.2.6 Desarrollo Evolutivo de la niñez media.....	45

2.2.6.1 Desarrollo Físico y Psicomotor.....	45
2.2.6.2 Desarrollo Cognitivo	46
2.2.6.3 Desarrollo Psicosocial	47
2.2.6.4 Desarrollo en el juego.....	48
CAPÍTULO III: OBJETIVOS.....	50
3.1 Objetivo general.....	50
3.1.1 Objetivos específicos	50
CAPÍTULO IV: MÉTODO	51
4.1 Tipo y diseño de investigación	51
4.2 Participante	51
4.3 Técnicas de recolección de datos.....	51
4.4 Procedimiento de recolección de datos	66
CAPÍTULO V: RESULTADOS	67
5.1 Anamnesis	67
5.2 Presentación de los resultados de cada técnica de recolección de información ...	76
5.3 Informe psicológico integral.....	119
CAPÍTULO VI: DISCUSIÓN.....	154
CONCLUSIONES	157
RECOMENDACIONES	159
REFERENCIAS	160
ANEXOS.....	165
Anexo 1: Anamnesis	166
Anexo 2: Instrumentos utilizados	184
Anexo 3: Consentimientos informados.....	208

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Perfil de puntuaciones compuestas de los coeficientes intelectuales del WISC IV	78
Figura 2: Perfil de puntuaciones escalares	79
Figura 3: Resultados de la aplicación del Inventario Emocional BarOn Ice	108
Figura 4: Perfil de puntuaciones y resultados del WISC IV	184
Figura 5: Página 1 de la hoja de registro de respuestas de la Escala Vanderbilt	185
Figura 6: Página 2 de la hoja de registro de respuestas de la Escala Vanderbilt	186
Figura 7: Hoja de anotación de respuestas del EDAH	187
Figura 8: Cuadro de respuestas de Bender	188
Figura 9: Indicadores de desajuste emocional de Bender	189
Figura 10: Parte frontal de la hoja de Bender	190
Figura 11: Parte trasera de la hoja de Bender	191
Figura 12: Protocolo de respuestas de Toulouse Piéron	192
Figura 13: Dibujo de la Figura Humana masculina	193
Figura 14: Dibujo de la Figura Humana femenina	194
Figura 15: Cuestionario final del Test de Pata Negra	195
Figura 16: Dibujo de la Prueba Pata Negra	196
Figura 17: Dibujo del sueño de Pata Negra	196
Figura 18: Página 1 del Inventario BarOn Ice	197
Figura 19: Página 2 del Inventario BarOn Ice	198
Figura 20: Dibujo familia imaginaria	199
Figura 21: Dibujo familia real	199
Figura 22: Protocolo de Reporte Escolar Tutor del colegio página 1	200
Figura 23: Protocolo de Reporte Escolar Tutor del colegio página 2	201
Figura 24: Evaluación de la conducta escolar Tutor del colegio página 1	202
Figura 25: Evaluación de la conducta escolar Tutor del colegio página 2	203
Figura 26: Evaluación de la conducta escolar Profesora de apoyo escolar página 1	204
Figura 27: Evaluación de la conducta escolar Profesora de apoyo escolar página 2	205
Figura 28: Libreta de Notas parte frontal	206
Figura 29: Libreta de Notas parte trasera	207
Figura 30: Consentimiento informado para investigación	208
Figura 31: Consentimiento informado para madre	209

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: <i>Resumen histórico de la evolución conceptual del TDAH</i>	15
Tabla 2: <i>Datos demográficos de padre, madre y hermana de George</i>	74
Tabla 3: <i>Relaciones entre los integrantes de la familia</i>	75
Tabla 4: <i>Puntajes obtenidos tras la aplicación del WISC IV</i>	77
Tabla 5: <i>Perfil de puntuaciones compuestas del WISC IV</i>	79
Tabla 6: <i>Criterios de corrección de la Escala de Evaluación de TDAH de Vanderbilt para padres</i>	84
Tabla 7: <i>Resultados de la aplicación de la Prueba de Vanderbilt</i>	85
Tabla 8: <i>Puntaje directo, punto de corte y centil de la aplicación de la Prueba de EDAH</i>	87
Tabla 9: <i>Resultados de la aplicación de la Prueba Toulouse Piéron</i>	90
Tabla 10: <i>Fase de entrevista de la prueba de Figura Humana masculina</i>	92
Tabla 11: <i>Fase de entrevista de la prueba de Figura Humana femenina</i>	95
Tabla 12: <i>Respuestas y temas correspondientes de la prueba Pata Negra</i>	102
Tabla 13: <i>Asignación de temas para las láminas de la prueba Pata Negra</i>	105
Tabla 14: <i>Puntaje directo de las subpruebas del Inventario Emocional BarOn Ice</i>	107
Tabla 15: <i>Preguntas y respuestas para la prueba de Familia Imaginaria</i>	111
Tabla 16: <i>Preguntas y respuestas para la prueba de Familia Real</i>	113

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es uno de los trastornos más comunes entre los niños y adolescentes, siendo diagnosticado en porcentajes más altos que en el pasado, contando con un mayor predominio en el tipo combinado y más comúnmente en niños que niñas. Además, este trastorno ha sido frecuentemente asociado a otros trastornos o problemas que acarrearán como consecuencia de los síntomas presentados.

A partir de lo antes mencionado, se consideró relevante realizar el análisis del estudio de caso de un niño llamado George, de 11 años de edad, para evidenciar la importancia de llevar a cabo un adecuado diagnóstico del TDAH, que permita un tratamiento pertinente en el desarrollo de las capacidades y estrategias de afrontamiento de los niños y del entorno educativo y familiar, y así evitar el incremento de las dificultades de aprendizaje de los escolares.

El objetivo general en la presente investigación fue determinar las características diagnósticas del TDAH, seguido por los objetivos específicos como identificar los indicadores del TDAH, delimitar los trastornos comórbidos al TDAH, explicar las consecuencias de los síntomas que presenta el niño y proponer una alternativa de intervención que se adecúe a las necesidades del niño y lo favorezca en los diferentes aspectos de su vida.

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción del Problema

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), para muchos autores, es el trastorno más frecuente en la infancia, que persiste en la adolescencia y en la edad adulta. La prevalencia oscila entre el 3 y 7% en la población general (APA, 2002), y entre el 10 y 15% en la población clínica.

Según lo propuesto por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) en su Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR) es un

Trastorno caracterizado por alteraciones de la atención, inquietud psicomotriz y problemas de control de impulsos, formando el conjunto de los síntomas de la triada distraibilidad, hiperactividad e impulsividad, llevando a interferir en la vida (familiar, escolar y social) de la persona (López, Castro, Belchí & Romero, citado por López & Romero, 2013, p. 21).

La última edición de este manual, el DSM V (2013), lo categorizó como un trastorno del neurodesarrollo y mantuvo los tres grupos de síntomas, mientras que incluyó la desorganización, especialmente en los adultos, la cual también podría considerarse como un cuarto dominio clínico. Además, en la actualidad, estos síntomas deberán aparecer antes de los 12 años de edad (López et al., citado por López & Romero, 2013, p. 22).

Este trastorno también se caracterizó, como explica Barkley (2006) en López, Castro, Belchí y Romero (como se citó en López & Romero, 2013, p. 21) por la “dificultad de reprimir o inhibir ciertos comportamientos mientras se realizan tareas no interesantes o “fascinantes”. Se generan entonces deficiencias en la capacidad para inhibir y supervisar al mismo tiempo las conductas y por la dificultad para poner freno a las distracciones, a los pensamientos, actividad, a los movimientos y acciones constantes.

El mismo trastorno ha ido aumentando en su diagnóstico a través de los años, siendo considerado como uno de los más comunes entre los niños y adolescentes. Aparece con mayor frecuencia durante la etapa de la infancia,

empezando a ser diagnosticado alrededor de los 7 años de edad, aunque se dan excepciones donde puede presentarse de manera más precoz.

Del mismo modo, el diagnóstico de este trastorno contaba con una proporción de 7,3:1 para el tipo combinado, seguida del tipo hiperactivo-impulsivo con 4:1 y menor para el tipo inatento (2,7:1), siendo más frecuente entre los niños comparado con las niñas, y afectando tanto a niños como a adolescentes e incluso adultos, de todas las condiciones sociales, culturales y raciales (Fundación Sant Joan de Deo, 2010).

Además, el TDAH fue asociado a menudo con problemas de aprendizaje, problemas de conducta, problemas en el habla y el lenguaje, depresión, ansiedad y tics. Entonces, el niño que adquiriera este trastorno, tendría riesgos mayores durante las etapas futuras de su vida. (Díaz, s.f., como se citó en Filomeno, 2009; Guerrero, 2006).

A partir de lo comentado, esta investigación llevó a conocer la temática de lo que implica el TDAH en el estudio de un caso de un niño de 11 años, llamado George, diagnosticado con el mismo, de predominio inatento, con antecedentes de dificultades en el habla y en el lenguaje.

Así mismo, con respecto al caso, los padres de George asistieron a una evaluación psicológica en mayo del 2014 por cuatro razones principales: determinar los progresos de su hijo desde la última evaluación psicológica realizada en agosto del 2012, comprender ciertos cambios actitudinales y emocionales que han ido ocurriendo a lo largo de esos dos años, tratar las grandes dificultades con respecto al área académica y que se jala las pestañas desde hace aproximadamente dos años, lo cual les preocupa ya que no ha disminuido la frecuencia de esta conducta a pesar de los intentos.

Es por ello que se consideró relevante el análisis del estudio del caso de George para determinar la importancia de un adecuado diagnóstico del trastorno, que permita establecer un apropiado afronte al problema para el desarrollo de las habilidades y potenciales del niño, planteando la siguiente interrogante: ¿cuáles son las características diagnósticas que presenta el TDAH del caso de George y de qué manera impacta en el desarrollo de sus habilidades.

1.2 Justificación y relevancia

El aumento del diagnóstico de TDAH en la etapa escolar demanda del entorno escolar, social y familiar que se informen adecuadamente sobre la problemática y la intervención que conlleva. Muchos niños son erróneamente diagnosticados a lo largo de sus vidas, recibiendo como consecuencia diferentes terapias con diferentes metodologías de trabajo para apoyarlos en sus dificultades, las cuales con frecuencia no llegan a contribuir exactamente en lo que cada niño requiere como forma de tratamiento para mejorar, debido a que muchos profesionales y padres suelen preocuparse más por catalogar a los niños dentro de un diagnóstico, en lugar de trabajar en base a los síntomas observados.

Como afirma Freire (2013, p. 15):

El TDAH se ha convertido en el diagnóstico de moda. Tan pronto como un niño o niña se muestran inquietos o ansiosos, alguien reacciona calificándolos de “hiperactivos”. En los países occidentales, su incidencia entre la población infantil ha aumentado hasta un 300% en los últimos veinte años... Una auténtica epidemia que impide a los niños adaptarse, rendir en la escuela y llevar una vida “normal”.

Entonces, los niños diagnosticados con esta patología no solo se enfrentan a los sentimientos de “no estar a la altura” de lo que se espera de ellos o de “ser diferentes”; también se agregan a esto las dificultades de ser etiquetados con una “enfermedad”, en la que el tratamiento suele generar dependencia física, así como demanda de apoyo psicológico y pedagógico, de modo que puedan superar las adversidades escolares y familiares (Freire, 2013).

Es por esto que se consideró importante realizar este estudio de caso para descartar otros diagnósticos que podrían relacionarse a las dificultades que presentaba George en ese momento, para focalizar adecuadamente la intervención, ya que ha ido afectando en diferentes aspectos de su vida (académico, familiar y social).

Entre estos se encuentran las grandes dificultades en el aspecto académico, obteniendo calificaciones muy bajas en las asignaturas que cursaba en el colegio, reflejando que requería de un apoyo adicional al de sus compañeros, así como las

repercusiones que tenía en sus relaciones familiares e interpersonales, generando conflictos con sus padres y hermana, dificultándole socializar con los demás niños de su edad, etc.

Freire (2013) reconoce estas dificultades:

... Las consecuencias de no ser diagnosticado a tiempo pueden ser aún peores, e incluyen, según los psiquiatras, fracaso escolar, problemas en las relaciones sociales, en el trabajo e incluso en la justicia (el 30% de los menores de 18 años con problemas legales son hiperactivos). Todo ello en un ambiente de confusión y desconocimiento (un 60% de los profesores confiesa no disponer de suficiente información sobre el trastorno... (p. 15).

El análisis del estudio de caso pretende evidenciar la importancia de llevar a cabo un adecuado diagnóstico del TDAH, que permita un tratamiento pertinente en el desarrollo de las capacidades y estrategias de afronte de los niños y del entorno educativo y familiar, y así evitar el incremento de las dificultades de aprendizaje de los escolares.

De acuerdo a las investigaciones realizadas, la teoría cognitiva conductual es la que más ha aportado eficazmente en las estrategias de intervención de dicho trastorno.

1.3 Viabilidad

George fue diagnosticado con TDAH a la edad de 9 años y su madre se ha mostrado muy comprometida con la intervención especializada. Del mismo modo, cabe resaltar la asistencia permanente de los padres hacia las terapias recomendadas. Por esto, el compromiso que los padres demostraron a lo largo de los años de la vida de su hijo evidencia el respeto y la importancia con la que ellos tomarían esta investigación.

Además, la institución a la que asistía el niño era especializada en el diagnóstico e intervención de niños y adolescentes de manera integral.

1.4 Limitaciones

La mayor limitación que se percibió a lo largo de esta evaluación se circunscribió en torno a los factores contextuales, específicamente en los entornos educativo y familiar.

En el entorno escolar, se encontró:

- a) Desconocimiento de la problemática del TDAH por parte del docente y directivo de la institución.
- b) Poca información de parte del docente en relación a la problemática del alumno.
- c) El cruce de horarios de intervención psicológica y académica extracurricular.

Con respecto al entorno familiar, se encontraron las siguientes limitaciones:

- a) La demora en la recogida de datos a causa de la pérdida del cuestionario entregado a la madre.
- b) Que los padres no lograron seguir las recomendaciones brindadas por el neuropediatra en relación a la medicación establecida en el tratamiento del niño.
- c) La poca presencia del padre a lo largo del proceso de intervención.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes del tema

Los investigadores colombianos Martínez, Henao y Gómez (2009) indagaron sobre la relación entre el trastorno por déficit de atención e hiperactividad con los trastornos específicos del aprendizaje, ya que, como explican estos autores, el TDAH y los trastornos específicos del aprendizaje (TEA) son las causas más comunes de fracaso escolar y cuentan con tasas altas de comorbilidad, lo cual lleva a que un niño con ambos trastornos deba obtener un tratamiento para los dos trastornos. Esta investigación tuvo un objetivo explicativo, ya que revisaron la literatura sobre la comorbilidad entre el TDAH y los TEA, para lograr exponer un abordaje adecuado de estas dos patologías en Latinoamérica. Entre los resultados encontraron que los altos porcentajes de comorbilidad dan a conocer la necesidad de evaluar las habilidades escolares, sobre todo la lectura y las matemáticas, en niños diagnosticados con TDAH, así como también evaluar la presencia del TDAH en los niños diagnosticados con TEA. Una de las conclusiones más resaltantes es que se debe trabajar con estos niños de manera multidisciplinaria.

En otro estudio realizado en Colombia, Pontón (2009) presenta el caso de un niño (M) de 11 años de edad que escapa de su hogar por dificultades en la relación con su hermano un año menor que él y sostiene que prefiere quedarse en casa de su abuela materna. Al evaluar a M, el especialista decide también incluir a sus familiares, entre ellos, el hermano menor, descubriendo que éste último cuenta con un TDAH no diagnosticado, siendo esta omisión el gran motivo de las incontables discusiones y agresiones entre los hermanos. El autor de esta investigación trata de generar conciencia sobre los “olvidados del diagnóstico de TDAH”, refiriéndose así a los hermanos de los niños diagnosticados con TDAH, ya que la existencia de una patología crónica infantil a nivel familiar genera efectos en los hermanos no afectados por la patología pero sí por sus síntomas, entre los cuales se encuentran, como afirma el autor en su investigación, la ansiedad, síntomas depresivos, rencor, agresividad verbal y física, resistencia pasiva, retraimiento social, síntomas somáticos, bajo rendimiento académico y vergüenza.

En México, Flores (2009) investiga las características de comorbilidad en los diferentes subtipos de TDAH, donde, a partir de los tres subtipos diagnósticos del TDAH: con predominio del déficit de atención, con predominio hiperactivo-impulsivo y de tipo combinado (inatención e hiperactividad-impulsividad) se identifican los trastornos con mayor comorbilidad con cada subtipo, los cuales podrían ser los trastornos negativista desafiante, de conducta, de ansiedad, de aprendizaje, entre otros. Su muestra fue de 61 niños diagnosticados con TDAH según los criterios del DSM-IV-TR, cuyas edades fluctuaban entre los 6 y 10 años de edad y todos eran de sexo masculino.

Los resultados más resaltantes indicaron que el grupo de niños con TDAH con hiperactividad e impulsividad presentan una mayor frecuencia de trastornos y características conductuales y psicológicas comórbidas. Asimismo, los niños diagnosticados con TDAH evidencian un mayor porcentaje en las dificultades de socialización, pero con sus respectivas diferencias en los subtipos, ya que los niños con predominio en inatención tienden a presentar complicaciones sociales debido básicamente a un retraimiento social (principalmente por inseguridad y timidez), a diferencia de los niños con predominio en hiperactividad-impulsividad, cuya principal causa es la conducta externalizada disruptiva. Se exponen otras conclusiones importantes, como que se presenta una necesidad de plantear e implementar tratamientos psicológicos, cognitivos y farmacológicos distintos para cada niño, tomando en cuenta el subtipo del TDAH y también de las características de comorbilidad que presenten.

★ La investigación de Bakker y Rubiales (2012) llamada “Autoconcepto en Niños con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad”, tuvo como objetivo comparar el autoconcepto de niños que habían sido diagnosticados con TDAH versus los que no. La muestra clínica estuvo conformada por 15 niños con diagnóstico de TDAH, mientras que la muestra control constaba de 15 niños sin el diagnóstico, los dos grupos conformados por las edades entre los 8 a 14 años y de la ciudad de Mar del Plata, en Argentina. El instrumento utilizado fue el Cuestionario Autoadministrable Multidimensional AF5. Los resultados revelaron que los niños con diagnóstico de TDAH mostraron un autoconcepto general más bajo, siendo las diferencias estadísticamente significativas en la dimensión emocional y familiar.

Por último, en Barcelona, Jarque (2012) propone un análisis diacrónico sobre la investigación en el tratamiento del TDAH infantil y adolescente, para

determinar el número y la eficacia de las modalidades de intervención utilizada durante los últimos 25 años. Así, divide la investigación en dos periodos: 1994-2000 y 2001-2011, donde identifica que la mayoría de investigaciones están dirigidas a analizar la eficacia de la medicación estimulante de manera aislada, a diferencia de la escasez en investigaciones sobre intervenciones psicosociales y combinadas (medicación y terapia psicosocial).

También presenta una pequeña explicación sobre los Tratamientos Alternativos, como los suplementos alimenticios, la relajación, el neurofeedback, las hierbas chinas, la meditación, la estimulación vestibular, etc., comentando que ha ido aumentando progresivamente el número de investigaciones sobre estos, probablemente por el descontento de algunos autores con las terapias convencionales que no han sido del todo efectivas.

2.2 Base Teórica

2.2.1 Aspectos Generales de la Entidad Nosológica

2.2.1.1 Definición del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad

El TDAH fue presentado por primera vez en 1902 por el pediatra inglés George Still con el nombre de “déficit de control moral”, mientras que el DSM III es el primero en incluirlo con la actual denominación, definiéndolo como un “síndrome conductual heterogéneo, caracterizado por tres subtipos de síntomas: falta de atención (o inatención), una intensa actividad motora (hiperactividad) e impulsividad” (Freire, 2013, p. 25).

Esta autora antes mencionada también cita a Russel Barkley, el cual lo considera como una forma de “inmadurez cerebral”, es decir, “un déficit de las funciones ejecutivas del cerebro que afecta a la

memoria verbal y no verbal, la autorregulación emocional y la capacidad de organización y planificación” (2013, p. 27). A continuación, se presentan algunos de los rasgos que caracterizan a este trastorno, de acuerdo a Barkley (como se citó en Freire, 2013, p. 27):

- 1) problemas con la memoria operativa: recordar las cosas que tiene que hacer en el futuro próximo,
- 2) pensamiento desorganizado,
- 3) dificultades para anticipar y preparar el futuro, y en la organización del tiempo,
- 4) retraso en el desarrollo de la “voz interior” que reflexiona y dirige nuestra conducta, lo que supone un problema para actuar según principios legales y morales,
- 5) problemas de regulación de las emociones, la motivación y la excitación; son menos capaces de internalizar sus sentimientos, de guardárselos para sí mismos, y
- 6) dificultades para asociar y organizar ideas en una explicación coherente de su pensamiento.

Por otro lado, el TDAH puede ser un motivo de dificultades académicas y escolares, así como también puede generar, como consecuencia dificultades emocionales y conductuales, problemas para relacionarse con los compañeros y estrés familiar. Si este trastorno no es diagnosticado y tratado a tiempo, entonces el niño se verá afectado en todos los aspectos de su vida (Silver, 2004).

2.2.1.2 Conceptos Clave

De un lado, Elías y Estañol (2005) proponen una descripción de términos fundamentales que describen el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. Estos son la desatención, la hiperactividad y falta de autocontrol y la impulsividad.

En primer lugar, la *desatención* es un síntoma que se caracteriza por complicar el esfuerzo de las personas por atender

cuando intentan realizar un conjunto de tareas por un periodo prolongado, lo cual lleva a ciertas dificultades para concluir tareas en las que se encuentran envueltos. Estas dificultades se podrían explicar por una falla en el estado de alerta para poder mantener tanto la atención global, como la atención selectiva, así como la desorganización y desestructuración que limitan a la persona a realizar ciertas actividades.

En segundo lugar, *la hiperactividad y la falta de autocontrol* se pueden describir como movimientos sin descanso, así como en la imposibilidad de mantenerse sentado por periodos cortos y buscando constantemente manipular objetos a su alrededor. También se presenta como una inquietud excesiva al hablar, lo cual puede perjudicar en el colegio y lleva a una frustración para los padres y profesores, los cuales eventualmente pueden perder la paciencia por estas características. Tanto la hiperactividad como la impulsividad persisten a lo largo de la adolescencia e incluso en la adultez cuando el niño es adecuadamente diagnosticado.

Finalmente, *la impulsividad* se expresa en respuestas precipitadas y apuradas, del mismo modo en que se muestra una incapacidad al tener que esperar a que sea su turno en actividades o tareas grupales. También se da a conocer a partir de una torpeza motriz y una deficiencia visoespacial, ya sea por una escasa coordinación mano-ojo o por la dificultad al relacionarse en actividades de anticipación. Los niños que presentan este rasgo son propensos a los accidentes y a involucrarse en problemas con sus compañeros de aula, debido a que pueden interrumpir, hablar o preguntar sin considerar a las demás personas a su alrededor, distrayendo a los demás, cambiando con frecuencia de una tarea a otra o realizando actividades escolares inadecuadas, lo cual lleva a un ambiente conflictivo por estos errores y caos dentro del aula.

Por otro lado, Orjales (1995) propuso que la desorganización y falta de autonomía y los problemas graves de comportamiento también pueden incluirse dentro de estos términos importantes asociados con el TDAH.

La *desorganización* y falta de autonomía, según el autor mencionado, se presentan debido a que el niño diagnosticado con TDAH suele presentar una desorganización personal, tanto interna como externa, que hace que le sea más difícil actuar de manera independiente y autónoma. Algunos padres evidencian esta característica y buscan ayudar a sus hijos protegiéndolos de manera excesiva, lo cual disminuye la oportunidad de que el niño continúe madurando del mismo modo que sus demás compañeros en promedio. Es por esto necesario que los padres mantengan un equilibrio justo entre lo que se les solicita y lo que realmente se les puede exigir de acuerdo a las capacidades y habilidades de cada niño.

Además, también se encuentran los *problemas graves de comportamiento*, donde la agresividad es otra de las características que forman parte de los niños con TDAH, la cual está relacionada con “el estatus socioeconómico bajo, las relaciones familiares difíciles, los problemas de conducta, los comportamientos desafiantes y destructivos en el colegio y la delincuencia en la adolescencia” (Orjales, 1995, p. 43). No se puede confundir que todos los niños diagnosticados con TDAH tendrán un trastorno definido como problemas de conducta, pero muchos de ellos exhibirán un comportamiento inadecuado, el cual de no ser controlado llevará a un trastorno serio de la conducta.

2.2.1.3 Antecedentes Históricos del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.

A lo largo de los años de estudio del TDAH se pueden evidenciar dos líneas de investigación y de tratamiento, en ocasiones relacionadas y por épocas discordantes. Como exponen Lavigne y Romero (2012), una primera línea, planteada por Hoffman y Bourneville, Still, Tredgold, Hohman y Ebaugh, Kahn y Cohen y Goldstein, caracterizada por una consideración clínico-médica del trastorno, explicándolo como una consecuencia de una gran variedad

de posibles afectaciones, como un daño cerebral adquirido, una disfunción cerebral mínima, una alteración genética, hasta deficiencias en vitaminas o minerales, o dietas alimenticias excesivamente ricas en colorantes y conservantes, etc., así como con propuestas diferentes de tratamientos, pero con la coincidencia de que el paciente es el objetivo preferente de la intervención que se planteaba a través de la prescripción de medicamentos cuya meta era disminuir la actividad motriz. Esta visión de la hiperactividad reapareció con fuerza a finales de la década de los ochenta.

La segunda línea que se propone con fuerza desde mediados del siglo XX es la llamada psicoeducativa, que se basa en la conducta de las personas con TDAH, sobre todo en el área escolar. Strauss, Werner y Lehtinen, Kephart, Clements y Peters, así como Werry y entre otros, consideraron que el exceso de actividad motriz, es decir, la hiperactividad, era la característica principal del trastorno, lo cual cambió a partir de la década de los setenta, pasando a ser la inatención el síntoma determinante.

El tratamiento en el que se basó esta segunda línea, aparte de intentar que la persona se mantuviera quieta y atenta, también se ocupó de la familia y el colegio, planteando pautas educativas, dando a admitir con esto que el trastorno era más complejo de lo que se esperaba (Romero & Lavigne, 2012).

Estas dos líneas antes planteadas coinciden a finales de los años ochenta, aceptando que el TDAH es un trastorno de origen neuropsicológico que afecta a los procesos psicológicos básicos para la adaptación social y afectiva, y para el aprendizaje. A raíz de esto, el tratamiento se dirige hacia una perspectiva multidisciplinar, la cual mezcla los avances neurofarmacológicos con los psicoeducativos (Romero & Lavigne, 2012).

Para continuar con un poco más de la historia de este trastorno, se plantea que el TDAH no siempre fue denominado de esta manera y no siempre se contó con toda la información que existe actualmente sobre este trastorno, a pesar de que algunos profesionales aún utilizan

términos antiguos o que aprendieron a lo largo de su carrera profesional, lo cual puede generar confusiones en otros lectores.

Además, a principios de la década de 1940, se detectó una cuarta línea, en la cual estaban incluidos los niños con problemas de aprendizaje por un supuesto problema del sistema nervioso, los cuales se consideraba que tenían los mismos problemas de aprendizaje que presentaban las personas con lesiones cerebrales. Por esto se llegó a la conclusión de que estos niños tenían algún tipo de lesión cerebral, por lo cual se agregó el término “lesión cerebral mínima”. Como añade Silver (2004, p. 22):

En Estados Unidos, antes de la década de 1940 cuando un niño tenía problemas de aprendizaje se consideraba que padecía un retraso mental, que mostraba alteraciones emocionales o que tenía problemas sociales y culturales.

Sin embargo, se realizaron pruebas y observaciones en estos mismos niños que no llegaron a demostrar la presencia de lesiones cerebrales en la mayoría de estos, siendo la principal causa del problema el cómo funcionaba el cerebro, siendo una dificultad fisiológica y no estructural. Era así que los mecanismos cerebrales se encontraban regulares estructuralmente, pero eran las conexiones las que evidenciaban diferencias si eran comparadas con niños “normales”. A partir de este suceso, los científicos crearon un término para explicar este funcionamiento defectuoso, la disfunción cerebral mínima (DCM, Silver, 2004).

Los niños diagnosticados con una DCM mostraban dificultades de aprendizaje, problemas de hiperactividad y distraibilidad y problemas emocionales y familiares como consecuencia de las dificultades y problemas antes mencionados. Luego de esto, en el año 1968, se añadió el primer término oficial para estos niños en el sistema de clasificación médico, siendo “reacción hiperkinética en la niñez” y junto a él apareció el “niño hiperactivo”. Esta describía a un niño con exceso de actividad, inquietud, distraibilidad y un breve intervalo atencional.

Para 1980 el término fue oficialmente cambiado por TDA, para explicar que la distraibilidad con un corto intervalo atencional era la principal característica, además de la presencia de hiperactividad e impulsividad. Junto a este término se explicaron dos subtipos: TDA con hiperactividad y TDA sin hiperactividad, siendo necesario que un niño solo expresara una de las tres principales características antes mencionadas para poder ser diagnosticado con este trastorno. Este término cambió en 1987 para ser TDAH debido a que querían enfatizar que si bien la distraibilidad es lo principal en este trastorno, también lo es la hiperactividad, pero el niño con estas características siempre sería hiperactivo.

Finalmente, la clasificación oficial volvió a cambiar en 1994, a pesar de que se mantuvo el mismo término, TDAH pero se cambió la distraibilidad por “desatención” y se plantearon tres subtipos: a) individuos con hiperactividad, desatención e impulsividad, denominado subtipo combinado; b) individuos fundamentalmente con desatención, denominado subtipo con predominio del déficit de atención, y c) individuos fundamentalmente con hiperactividad e impulsividad, denominado subtipo con predominio hiperactivo-impulsivo.

Para resumir los cambios por los que ha atravesado el concepto de TDAH desde sus inicios hasta la actualidad, se expondrá una tabla que resume históricamente la historia de este trastorno, como lo proponen López, Alcántara, Fernández y Romero (como se citó en López y Romero, 2013), así como se complementa con lo expuesto por De La Garza (2007):

Tabla 1: *Resumen histórico de la evolución conceptual del TDAH*

Autores	Fechas	Características
Hoffman	1847	Descripción de síntomas en el cuento de Phill F.
Still	1902	Defectos de control moral
Hohman, Kant y Cohen	1920 – 1930	Lesión cerebral humana

Clements y Peters	1962	Disfunción cerebral mínima
DSM – II	1968	Reacción hiperkinética de la infancia
DSM – III	1980	Trastorno por Déficit de atención, con o sin hiperactividad
DSM – III – R	1987	Trastorno de Déficit de Atención e hiperactividad
DSM – IV	1994	Introduce tres subtipos (tipo inatento, tipo hiperactivo-impulsivo y tipo combinado)
DSM – IV – TR	2002	Tipo combinado, predominio déficit de atención, predominio hiperactivo
DSM – V	2013	Trastorno del neurodesarrollo

Aunque este trastorno ha pasado por varios cambios, muchos padres de familia y profesionales prefieren referirse al mismo con TDA para los niños que solo presentan desatención y TDAH para los que también muestran hiperactividad, sin embargo, el único término oficial para referirse al mismo es TDAH.

2.2.1.4 Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en la actualidad.

Freire (2013) añade que en los últimos veinticinco o treinta años, el porcentaje de niños diagnosticados con el TDAH ha aumentado cerca de un 300%, llevando a considerar que, como sostiene la autora, este trastorno “está de moda” y puede llegar a confundirse mucho con los diferentes problemas de aprendizaje y/o de conducta.

Actualmente, ya no se utiliza el término DCM, siendo reemplazado por diferentes categorías como: trastorno del aprendizaje, TDAH y/o problemas emocionales, sociales y familiares secundarios (Silver, 2004).

Además, de un lado, dentro el DSM-V, el TDAH está incluido en la clasificación de Trastornos del Desarrollo Neurológico, junto con

las Discapacidades Intelectuales, los Trastornos de la Comunicación, el Trastorno del Espectro del Autismo, el TEA, los Trastornos Motores, Otros Trastornos del Desarrollo Neurológico y los Trastornos de Tics.

Por otro lado, el TDAH como entidad clínica se encuentra recogido en la décima revisión de la Clasificación internacional de enfermedades, décima revisión (CIE-10) elaborada por la OMS, la cual representa un marco etiológico. Este trastorno es denominado Trastorno de la Actividad y la Atención, dentro del grupo de Trastornos del Comportamiento y de las Emociones de Comienzo en la Infancia y la Adolescencia. Más específicamente se incluye en el subgrupo de Trastornos Hipercinéticos, que incluye cuatro entidades diagnósticas diferenciadas: el Trastorno de la Actividad y de la Atención, el Trastorno Hipercinético Disocial, otros Trastornos Hipercinéticos y el Trastorno Hipercinético sin especificación. (Organización Mundial de la Salud, 2000).

A pesar de que varían los códigos utilizados, los criterios del DSM-V para el diagnóstico de este trastorno son prácticamente idénticos a los que especifica la CIE-10. En lo que respecta a esta última, se requieren al menos: seis síntomas de desatención, tres de hiperactividad y uno de impulsividad.

*2.2.1.5 *Etiología.*

La etiología del TDAH aún no es conocida con exactitud y en la actualidad se hipotetiza un origen multicausal, sin embargo, ciertos estudios proponen que “en la mayoría de individuos algo ha afectado al cerebro o le ha influido durante su desarrollo, probablemente a lo largo de las primeras semanas de embarazo” (Silver, 2004, p.27). Entonces, en un 50 % de las personas diagnosticadas con TDAH se afirma que el código genético determina que el cerebro se conecte de forma incorrecta, siendo más fácil comprender la causa cuando se han dado antecedentes familiares de TDAH o de trastornos del aprendizaje. Por

otro lado, el 50 % restante podría incluirse entre las investigaciones que afirman que la causa está relacionada con un déficit neuroquímico que trabaja con un neurotransmisor específico en ciertas partes del cerebro.

El TDAH es considerado uno de los trastornos con mayor heredabilidad en la etapa infantil (Cavas, s.f. como se citó en Guerrero, 2006). Existen múltiples genes asociados, entre los que se encuentra el gen para el receptor D4 de dopamina y el gen para el transportador de dopamina, los cuales interactúan entre ellos, del mismo modo en que también intervienen factores ambientales que llevarán a los síntomas del TDAH. Para añadir, se han evidenciado alteraciones en el volumen cerebral total y de varias estructuras cerebrales específicas, como la corteza prefrontal, los ganglios basales y el cerebelo, así como la disminución del funcionamiento de estas mismas y la disfunción de los neurotransmisores dopamina y noradrenalina.

A pesar de que aún no se saben las causas exactas de estas alteraciones, muchos investigadores consideran que

El TDAH es un trastorno de origen neurobiológico caracterizado por la inmadurez de determinadas estructuras cerebrales y de los circuitos que se establecen entre la corteza prefrontal y los ganglios basales. (Cavas, s.f., como se citó en Guerrero, 2006, p. 87).

Todo lo antes mencionado podría resultar alarmante para muchos padres de los niños diagnosticados con TDAH, sin embargo, un adecuado tratamiento farmacológico junto con la terapia psicológica podrían regular estas alteraciones.

2.2.1.6 Prevalencia.

Como agregan Lavigne y Romero (2012), la prevalencia del TDAH oscila según el DSM-IV-TR (APA, 2001) entre el 3 y 7 % y según la CIE-10 (OMS, 1995) entre un 1 y 2 %. Biederman y Faraone (2005) sitúan la tasa de prevalencia a nivel global entre el 8 y 12 %. Con respecto a la incidencia total, el TDAH aumentó de un 9.6 % (DSM-III) a un 17.8 % (DSM-IV).

En cuanto a los subtipos, se ha encontrado una mayor prevalencia del TDAH subtipo combinado (60 %), seguido del predominantemente inatento (30 %) y por último el subtipo hiperactivo-impulsivo (10 %), según los subtipos propuestos por el DSM-IV-TR (Lavigne & Romero, 2012).

Sobre el sexo, se han dado grandes diferencias a favor de la incidencia del TDAH en los varones, según el DSM-IV, la proporción es de 9:1 en la población clínica y 4:1 en la población normal (Lavigne & Romero, 2012). Muchos autores suelen explicar esta proporción debido a que los problemas de sobreactividad motora son más marcados en los niños, mientras que las niñas tienen con mayor frecuencia problemas en la atención, que pueden pasar desapercibidos en ocasiones.

2.2.2 Criterios para el Diagnóstico del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad

2.2.2.1 Según el DSM-V (APA, 2014)

A. Un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo, caracterizado por (1) o (2):

1. *Inatención*: Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado con una intensidad que es incompatible con el nivel de desarrollo y tienen un impacto directo en las actividades sociales, académicas y/o profesionales. [Nota: para los adolescentes mayores y adultos (mayores de 17 años o más), solo se requiere cuatro síntomas. Los síntomas no se deben a comportamiento negativista, desafiante u hostil o la incomprensión de las tareas o instrucciones].

a. A menudo no presta atención suficiente a los detalles o comete errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades (p. ej., se pasan por alto o se pierden detalles, el trabajo no se lleva a cabo con precisión).

b. A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades de juego (p. ej., tiene dificultad para mantener la atención en clases, conversaciones o la lectura prolongada).

c. A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente (p. ej., parece tener la mente en otras cosas, incluso en ausencia de cualquier distracción aparente).

d. A menudo no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales (p. ej., inicia tareas pero se distrae rápidamente y se evade con facilidad).

e. A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades. El trabajo es desordenado y desorganizado. Tiene mala gestión del tiempo (p. ej., dificultad para gestionar tareas secuenciales; dificultad para poner los materiales y pertenencias en orden; descuido y desorganización en el trabajo; mala gestión del tiempo; no cumple los plazos).

f. Es característico que evite tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (p. ej., tareas escolares o quehaceres domésticos; en adolescentes mayores y adultos, preparación de informes, completar formularios, revisar artículos largos).

g. A menudo pierde cosas necesarias para tareas o actividades (p. ej., materiales escolares, lápices, libros, instrumentos, billetero, llaves, papeles del trabajo, gafas, móvil).

h. A menudo se distrae con facilidad por estímulos irrelevantes (para adolescentes mayores y adultos, puede incluir pensamientos no relacionados con la tarea).

i. A menudo es descuidado en las actividades diarias y las tareas (p. ej., hacer las tareas, hacer las diligencias; en adolescentes mayores y adultos, devolver las llamadas, pagar las facturas, acudir a las citas).

2. *Hiperactividad e impulsividad*: Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses con una intensidad que es incompatible con el nivel de desarrollo y tienen un impacto directo en las actividades sociales y académicas y/o profesionales. [Nota: para los adolescentes mayores y adultos (mayores de 17 años o más), solo se requieren cuatro síntomas. Los síntomas no se deben a comportamiento negativista, desafiante u hostil o la incomprensión de las tareas o instrucciones].

a. A menudo mueve en exceso las manos o los pies o se retuerce en su asiento.

b. A menudo está inquieto durante las actividades cuando los demás están sentados (p. ej., se levanta en la clase, en la oficina

o en otro lugar de trabajo, o en otras situaciones que requieren mantenerse en su lugar).

c. A menudo corre o salta sobre los muebles y se mueve excesivamente en situaciones inapropiadas (Nota: En adolescentes o adultos, puede limitarse a sentirse inquieto o confinado).

d. A menudo es excesivamente ruidoso durante el juego, el ocio o las actividades sociales.

e. A menudo “está en marcha” y actúa como si estuviera “impulsado por un motor” (p. ej., es incapaz de estar o se siente incómodo estando quieto durante un tiempo prolongado, como en restaurantes, reuniones; los otros pueden pensar que está intranquilo o que le resulta difícil seguirlos).

f. A menudo habla excesivamente.

g. A menudo precipita una respuesta ante una pregunta. Los adolescentes mayores y adultos pueden completar oraciones de la gente (p. ej., termina las frases de otros; no respeta el turno de conversación).

h. Tiene dificultad para esperar su turno o permanecer en fila.

i. A menudo interrumpe o se inmiscuye en conversaciones, juegos o actividades; puede comenzar a usar las cosas de los demás sin pedir o recibir el permiso; los adolescentes o los adultos pueden invadir o hacerse cargo de lo que otros están haciendo.

j. Tiende a actuar sin pensar, como el inicio de las tareas sin la preparación adecuada y evitando la lectura o escuchar las instrucciones. Puede hablar sin considerar las consecuencias o tomar decisiones importantes en el fragor del momento, tales como comprar artículos impulsivamente, renunciar repentinamente a un trabajo o romper con un amigo.

k. Es a menudo impaciente, como lo demuestra que se sienta inquieto cuando espera por los demás y que quiera moverse más rápido que los otros.

l. Le resulta incómodo hacer las cosas poco a poco y de manera sistemática y a menudo se precipita a través de actividades o tareas.

m. Tiene dificultades para resistir las tentaciones y oportunidades, incluso si esto significa asumir riesgos.

B. Varios síntomas evidentes de falta de atención o hiperactividad-impulsividad estuvieron presentes antes de los 12 años.

C. Los síntomas son evidentes en dos o más ambientes (p. ej., en el hogar, la escuela o el trabajo, con amigos o familiares, o en otras actividades).

D. Deben existir pruebas claras de que los síntomas interfieren o reducen la calidad de la actividad social, académica o laboral.

E. Los síntomas no ocurren exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia o de otro trastorno psicótico y no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o un trastorno de la personalidad).

Si se logran detectar los síntomas y las cantidades consideradas anteriormente, entonces se debe *especificar* la presentación actual:

Presentación TDAH combinado: Si tanto el Criterio A1 (falta de atención) como el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) se presentaron en los últimos 6 meses.

Presentación predominantemente inatento: Si el Criterio A1 (falta de atención) se satisface, pero el criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) no se cumple durante los últimos 6 meses.

Presentación predominante hiperactivo/impulsivo: Si el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) se cumple y el Criterio A1 (falta de atención) no se cumple en los últimos 6 meses.

Especificar si:

En remisión parcial: Cuando previamente se cumplían todos los criterios, no todos los criterios se han cumplido durante los últimos 6

meses, y los síntomas siguen deteriorando el funcionamiento social, académico o laboral.

Del mismo modo, ***especificar la gravedad actual:***

Leve: Pocos o ningún síntoma están presentes más que los necesarios para el diagnóstico, y los síntomas sólo 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.

2.2.2.2 Cuadro Comparativo del DSM-IV-TR y el DSM-V

Algunos autores han identificado ciertas diferencias entre las versiones penúltima y última del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, es decir, el DSM-IV-TR y el DSM-V, los cuales son publicados por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) y definen los criterios que serán utilizados tanto para los médicos como para profesionales de la salud y otros profesionales clínicos de la salud calificados para realizar un diagnóstico del TDAH.

En ese sentido, como indican Martínez y Rico (2013), el TDAH se incluía en el DSM-IV-TR en la categoría de “Trastornos Diagnosticados en la infancia, niñez y adolescencia”, dentro de los Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador, junto con el trastorno negativista desafiante, el trastorno disocial y el comportamiento desafiante, mientras que en la última versión de este manual se encuentra dentro del capítulo de “Desórdenes del Neurodesarrollo”. Esto puede hacer notar que en la última edición el TDAH “se aleja de los factores más contextuales y ambientales, concretándose más en un origen neurofisiológico o genético, un déficit

en las funciones ejecutivas y en procesamiento de la información, propio de los trastornos del neurodesarrollo” (Martínez y Rico, 2013, p. 7).

Además, en el pasado no se diagnosticaba formalmente a los adolescentes y adultos, mientras que actualmente se incluyen ejemplos de comportamientos, tanto para niños, como para adolescentes y adultos, requiriendo de 5 síntomas durante la adolescencia o adultez, y 6 de estos criterios para el caso de los niños. Del mismo modo, anteriormente se diagnosticaba a los niños con este trastorno a partir de los 7 años de edad, siendo ahora que aumenta la edad de inicio de síntomas hasta los 12 años y la información de estos criterios debe ser obtenida a partir de dos diferentes informantes, por ejemplo, padres y profesores de niños o la pareja en el caso de los adultos, lo cual en el manual anterior era diferente ya que solo se requería de un solo informante. (American Psychiatric Association, 2014).

Por otro lado, en el DSM-IV-TR se planteaban tres subtipos: inatento, hiperactivo-impulsivo e inatento e hiperactivo-impulsivo combinado, lo cual se ha modificado y a los subtipos se les denomina “presentaciones clínicas”, las cuales pueden variar en el transcurso de la vida de las personas y son: presentación predominante con falta de atención, presentación predominante hiperactiva/impulsiva y presentación combinada. De igual manera, se sugiere especificar si se encuentra en “remisión parcial” y la gravedad actual: leve, moderado o severo. (American Psychiatric Association, 2014).

Finalmente, se ha logrado eliminar el Trastorno del Espectro Autista como uno de los criterios de exclusión, abriendo la posibilidad de comorbilidad entre ambos diagnósticos (Martínez y Rico, 2013).

2.2.2.3 Trastornos Comórbidos al Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad

Existen algunos trastornos que cuentan con cierta probabilidad de que ocurran a la par que se presenta el TDAH. Por esto, se considera importante exponer los más resaltantes en los siguientes párrafos.

Díaz (s.f., como se citó en Guerrero, 2006) explica que los tipos de trastornos de ansiedad más prevalentes en el TDAH son la ansiedad de separación, el trastorno de angustia, el trastorno obsesivo-compulsivo y la ansiedad generalizada. Resulta recomendable tomar en cuenta esta comorbilidad cuando las familias de los niños diagnosticados cuentan con una mayor agregación de trastornos por ansiedad y/o trastornos afectivos.

El mismo autor señala que entre las características que presentan los niños con esta comorbilidad, se pueden encontrar una preocupación particularmente excesiva por el fracaso y anticipaciones ansiosas por los acontecimientos futuros, así como necesitan ser tranquilizados, son más miedosos y suelen sufrir alteraciones psicósomáticas de forma frecuente (dolores de cabeza, molestias abdominales, etc.). Estos niños también se mostrarán suspicaces y sensibles en las relaciones personales y familiares. Del mismo modo, presentan un mayor número de acontecimientos vitales, más baja autoestima, peor rendimiento escolar y social y mayor estrés intrafamiliar.

Asimismo, también comenta que, entre los trastornos afectivos, “existe la evidencia científica de que el trastorno depresivo mayor es más prevalente en niños con TDAH que en la población general” (p. 99). Además, “los niños con Trastorno por Déficit de Atención (TDA) son más vulnerables frente a los trastornos afectivos que los niños con TDAH combinado” (p. 99).

De la misma manera, se considera la comorbilidad afectiva con la ciclotimia y/o la hipomanía, lo cual está generando controversia ya que se evidencia una cierta confusión entre si es verdaderamente una

comorbilidad o por los posibles errores que se están cometiendo al diagnosticar, ya que los síntomas resultan similares.

Cabe resaltar, además, que con respecto a la ansiedad infantil y el TDAH, Lavigne y Romero (2012) plantean que estos dos trastornos se presentan de manera conjunta en aproximadamente un 25% de los casos, así como proponen las características más comunes presentes:

...preocupación excesiva por la competencia en determinadas áreas, preocupación irracional por los acontecimientos futuros, y la necesidad excesiva de asegurarse de la corrección de su proceder o de la idoneidad de sus capacidades. (p. 94).

Algo que suele intensificarse cuando se presentan estas dos patologías es la impulsividad, donde los niños pueden llegar a manifestar mayores dificultades para adaptarse al ambiente escolar, al igual que en el aspecto familiar y social. También presentan más problemas al realizar las tareas escolares, que demandan más que otras de la memoria de trabajo, aunque puede resultar para ellos más fácil hacer las tareas en las que se controla el tiempo de reacción.

Díaz (s.f., como se citó en Guerrero, 2006, p. 102) también añade que el TDAH puede tener comorbilidad con las dos categorías diagnósticas dentro del DSM-IV-TR: el Trastorno Disocial y el Trastorno Negativista Desafiante (TND). Como expone “la prevalencia de la comorbilidad TDAH y trastornos de conducta es variable y depende del trastorno, por ejemplo, la comorbilidad entre el TDAH y el TND sería del 36% y para el TDAH y el TC sería de 16,3%” (p. 102).

Para continuar, los tics y el Síndrome de Gilles de la Tourette también se encuentran presentes. Díaz (s.f., como se cita en Guerrero, 2006, p. 105) añade que “el 49-83% de los niños con Gilles de la Tourette presenta comórbidamente un TDAH, así como alrededor del 50% de los niños con TDAH van a presentar tics transitorios o crónicos o presentan antecedentes familiares de tics”. Se llega a una aproximación de que la presencia de un Gilles de la Tourette es ocho veces más frecuente en niños con TDAH.

Por otro lado, Filomeno (2009) explica que existen otros trastornos que también son relacionados con el TDAH, como los *Trastornos del Espectro Autista (TDEA)* o *trastornos generalizados del desarrollo*, los *trastornos del lenguaje y aprendizaje escolar*, la *migraña*, el *trastorno obsesivo compulsivo (TOC)* y el *Trastorno del Desarrollo de la Coordinación (TDC)*, entre otros.

Primero, con respecto a los TDEAS o trastornos generalizados del desarrollo, añade que el autismo “presenta dificultades en la sociabilidad (reciprocidad social), tiene conductas peculiares (falta de flexibilidad conductual) y alteraciones variables en el desarrollo del lenguaje” (Filomeno, 2009, p. 50). Las dos formas más comunes dentro de este espectro son el autismo y el Síndrome de Asperger y ambos pueden asociarse al TDAH de la misma manera.

Luego, los Trastornos de lenguaje y aprendizaje escolar son asociados con mucha frecuencia hoy en día con el TDAH, es decir, los trastornos de la lecto-escritura (dislexia), los trastornos del cálculo y los trastornos de la expresión escrita.

Asimismo, con frecuencia se da como antecedente en un niño diagnosticado con TDAH que ha tenido algún problema del habla o del lenguaje, como una dislalia o dificultad en la articulación de algún fonema, siendo menos frecuente un retraso en el habla, y menos aún los trastornos específicos del desarrollo del lenguaje. (Filomeno, 2009).

En cuanto a la migraña, como añade este mismo autor, “el dolor de cabeza crónico, entre niños y adolescentes, tiene como principal causa la migraña o jaqueca, que es una afección neurológica de frecuencia similar a la del TDAH, por lo que una asociación de ambos no es rara” (Filomeno, 2009, p. 48). Las crisis de migraña serán más frecuentes e intensas entre los niños diagnosticados con TDAH debido a las tensiones escolares que genera el mismo trastorno. Además, estas crisis de migraña frecuentes harán que los niños se ausenten al colegio y perjudicará su rendimiento académico, aumentando sus problemas. Ante esto, el tratamiento farmacológico del TDAH puede disminuir o desaparecer las crisis de migraña en los niños o adolescentes que padecen de ambos.

En el caso del TOC “los niños pueden no reconocer que las obsesiones o compulsiones son excesivas o irracionales” (Filomeno, 2009, p. 51). El más usual tratamiento para el TOC suele ser el medicamento, complementado con una terapia cognitiva conductual y si el TOC aparece luego de que un niño ha sido diagnosticado con TDAH, entonces es necesario primero trabajar las compulsiones y obsesiones.

Finalmente, el TDC se caracteriza por una torpeza en los movimientos, deficiente caligrafía o mal rendimiento en los deportes en grado severo como para que interfiera en la vida del niño. Otro trastorno relacionado con el TDC puede ser el déficit atencional, del control motor y percepción (DAMP) que se basa en la presencia de TDAH asociado a trastorno del desarrollo de la coordinación, siendo posible que también se presenten trastornos del lenguaje o perceptuales.

En cuanto al tratamiento de las personas diagnosticadas con estos dos trastornos, se considera importante combinar los fármacos con la psicoterapia, sobre todo con programas cognitivo-conductuales y programas de asesoramiento a padres y maestros.

2.2.2.4 Diagnóstico Diferencial

De acuerdo a Silver (2004), es importante establecer una diferencia entre un comportamiento propio de la edad de un niño activo con la de un niño hiperactivo cuando se requiere establecer un diagnóstico adecuado del TDAH. Además, aunque la desatención y la hiperactividad son frecuentes en los niños con retraso mental, solo se establecerá un diagnóstico asociado de TDAH cuando sus síntomas sean excesivos para un niño de esa edad mental.

También es necesario distinguir el TDAH de la sintomatología presentada por niños en ambientes caóticos y desorganizados, por esto es tan importante recabar toda la información necesaria de los distintos

contextos en los que se desenvuelve el niño para lograr un diagnóstico adecuado.

De la misma manera, la causa más frecuente de la desatención, hiperactividad y/o impulsividad entre niños, adolescentes y adultos es la ansiedad, ya que al sentirse ansioso no podrá quedarse quieto ni prestar atención, tornándose irritable y hablándole a los demás con torpeza y tosquedad. Seguido de la ansiedad, se presenta la depresión, donde los niños deprimidos pueden mostrarse inquietos e incapaces de lograr concentrarse.

También se habla sobre los Trastornos del Aprendizaje, donde el niño o adolescente no termina las tareas en clase, le cuesta hacer sus deberes o parece no escuchar a las personas a su alrededor. Entonces, no solo porque un niño muestre síntomas de desatención, hiperactividad e impulsividad será diagnosticado con TDAH, siendo importante y obligatorio que se diferencie primero de otros diagnósticos como los antes mencionados (Silver, 2004).

Además, más específicamente se observa que todos los niños diagnosticados con TDAH presentan características cognitivas, sociales, emocionales y comportamentales diferentes, a pesar de mostrar el mismo predominio de TDAH. Entonces, lo que actualmente se estaría investigando es que los perfiles cognitivos de los niños con TDAH, de una prueba específica, como el WISC-IV, no necesariamente tendrían que ser iguales entre todos. Como explican Fenollar-Cortés, Navarro-Soria, González-Gómez y García-Sevilla (2015) en su investigación,

Los niños con TDAH suelen presentar peores resultados que el grupo normativo o de control tanto en el Índice de Memoria de Trabajo (IMT) como en el Índice de Velocidad de Procesamiento (IVP) comparados con el Índice de Comprensión Verbal (ICV) y el Índice de Razonamiento Perceptivo (IRP)... Sin embargo, esta tendencia no es lo suficientemente fuerte como para ser considerada

como una herramienta de diagnóstico en sí misma...
(p. 159).

Esto estaría llevando a demostrar que no existe un perfil cognitivo único para diagnosticar a los menores con TDAH.

2.2.3 Características del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad

2.2.3.1 Características Primarias

Orjales (1995) propone tres características primordiales en el TDAH: la desatención, la hiperactividad y la impulsividad.

Por un lado, la desatención o falta de atención de los niños hiperactivos tiene manifestaciones tanto comportamentales como de tipo cognitivo. Como explica Orjales (1995, p. 36), “el origen de estas manifestaciones de desatención podrían radicar en la existencia de un déficit cognitivo o de falta de motivación para realizar las tareas”. En el niño con TDAH se dan ambos aspectos, sin embargo, en tareas bastante motivadoras se cometen más errores por una atención inadecuada que en los niños no hiperactivos. Es por esto que los niños hiperactivos tienen más problemas de conducta cuando la información es repetida que cuando es novedosa.

Lo que suele suceder con los niños diagnosticados con TDAH es que se desmotivan con gran facilidad debido a que tienen que realizar un mayor esfuerzo para mantener la atención, si son comparados con niños no diagnosticados. Entonces, al notar que esos esfuerzos por realizar están por encima de sus posibilidades y probablemente no han obtenido resultados positivos en experiencias pasadas, se rinden con facilidad y dejan de intentarlo.

Del mismo modo, la autora informa que “las actividades escolares requieren de dos tipos de atención: atención selectiva (seleccionar un estímulo entre otros) o atención sostenida (mantener la

atención ante un mismo estímulo durante un tiempo prolongado)” (Orjales, 1995, p. 37).

La atención del niño hiperactivo también se caracterizará por dispersarse y alterarse ante cualquier tipo de estímulo, así resulte irrelevante para las demás personas. Es por esto que al niño hiperactivo le costará tanto establecer de adecuadamente un orden de prioridades entre estímulos que pueden encontrar en su camino.

De otra parte, otra característica que suele llamar la atención de las demás personas alrededor de un niño con TDAH es la excesiva actividad motora que excede los límites normales para su edad y para su nivel de maduración. Esto suele manifestarse frecuentemente con una necesidad constante de moverse y por la falta de autocontrol corporal y emocional.

Esta inquietud motora desaparece cuando el niño diagnosticado con TDAH va ingresando a la adolescencia, siendo las dificultades en la atención y la impulsividad los que perdurarán a lo largo de la adultez. Además, en las niñas esta sobreactividad motora es más ligera que la de los niños diagnosticados con lo mismo, contando con movimientos más finos y constantes, como rascarse la cara, cambiar constantemente de mano para apoyar la cabeza, estirarse el labio, jugar con sus útiles escolares, estirarse la ropa, rascarse el ojo, sentarse sobre un pie o conversar con la persona que se sienta a su lado en el aula.

Los niños hiperactivos no solo presentan esta excesiva actividad motriz, ya que, en algunos casos, también suelen presentar complicaciones en la coordinación motora y en la estructuración perceptiva.

Finalmente, la impulsividad también se ve afectada en dos aspectos: el comportamental, es decir, la falta de autocontrol motriz y emocional, lo cual hace que el niño con TDAH no pueda evaluar las consecuencias de sus actos; y el cognitivo, siendo este último caracterizado por “la rapidez, inexactitud y pobreza en los procesos de percepción y análisis de la información de los niños hiperactivos cuando se enfrentan a tareas complejas” (Orjales, 1995, p.40). La

impulsividad comportamental también está muy ligada al grado de tolerancia a la frustración que haya desarrollado, o no, el niño diagnosticado.

2.2.3.2 *Características Cognitivo-emocionales*

López, Castro, Fernández y Romero (como se citó en López & Romero, 2013) proponen tres características cognitivo-emocionales y procesos psicológicos implicados: *el deficiente aprendizaje del autocontrol, las alteraciones en las funciones ejecutivas (FE) y los problemas de autoestima y autoeficacia personal*, las cuales serán esbozadas a continuación.

Con respecto al deficiente aprendizaje del autocontrol, se evidencia a lo largo del desarrollo de los niños diagnosticados un comportamiento reactivo hacia situaciones de tensión o frustración, es decir, una baja tolerancia a la frustración. Con respecto a las características del autocontrol, se expone que “una persona muestra control de sí misma cuando no es necesaria la presencia de un estímulo externo que desencadene la conducta y que indique la consecuencia que puede tener un determinado comportamiento o situación” (p. 45), siendo así que se comprueba que el niño ha logrado internalizar las normas y reglas de los diferentes ambientes y situaciones en los que se encuentra, de modo que podrá llegar a un adecuado nivel de socialización.

Los mismos autores explican que Barkley (2005) plantea el desarrollo de esta forma de autogobierno con las siguientes fases: 1) existencia de un lenguaje comunitario o significados compartidos, 2) presencia en el menor de un sustrato neurológico que capacite para la adquisición y generación del lenguaje, 3) aprendizaje del lenguaje comunitario por parte de los menores, 4) desarrollo neurofisiológico óptimo, que permita convertir los estímulos lingüísticos en conducta motora, 5) educación/entrenamiento del menor para obedecer normas u

órdenes de la comunidad (desarrollo de la obediencia), 6) entrenamiento para responder mediante recuerdo o lenguaje interno a las normas: autocontrol, y 7) preparación del menor para ocuparse de sus autopreocupaciones y resolver problemas (López et al., como se citó en López & Romero, 2013, p. 46).

Asimismo, manifiesta que este proceso se ve influido por alteraciones que pueden llegar a interferir y afectar estos pasos y, por consiguiente, a los siguientes, tanto del entorno social, como una mala educación, o con una base neurofisiológica, ocasionando que los niños lleven a mostrar comportamientos “lábilés, inestables y caprichosos”, al igual que altamente excitables, generando reacciones volubles e impredecibles.

Por otro lado, otro de los procesos que se ve afectado en el autocontrol en niños impulsivos es la habilidad para demorar la gratificación y persistir en una actividad poco atractiva, a pesar de que a largo plazo genere resultados positivos de mayor valor personal, siendo así que la incapacidad para retardar la gratificación incapacita a estos niños de obtener logros mejores si no son inmediatos. Con respecto a esto, los autores vuelven a mencionar a Barkley, donde este último explica que el objetivo a largo plazo para un niño con TDAH debe ser planteado en varias metas a corto plazo con una recompensa que las acompañe respectivamente, lo cual apoyará al niño a mantenerse motivado y continúe esforzándose por lograr la meta final. Al igual que las pequeñas recompensas también las acompañan los recordatorios frecuentes a cada niño sobre cuáles son esas expectativas de comportamiento y qué es lo que lograrán resolviéndolas.

Además del autocontrol y la dificultad para retardar la gratificación y tolerar la frustración, se encuentran asociadas a estos las dificultades para la autorregulación de estos niños. Ante esta falta de autorregulación, los autores citan a Barkley para sostener la idea de que las personas diagnosticadas con TDAH no carecen de habilidades y conocimientos, sino que sus problemas de autorregulación obstaculizan con frecuencia que pongan en práctica estos conocimientos y habilidades en el tiempo adecuado y necesario, lo cual lleva a que el

TDAH sea más un problema de poder aplicar lo que sabe y menos una dificultad de saber qué hacer.

Con respecto a las FE las cuales se refieren a “los procesos de control mental y a aquellas habilidades necesarias para poner en marcha y mantener un conjunto apropiado de comportamiento de solución de problemas con el fin de obtener una meta futura” (López et al., como se citó en López & Romero, 2013, p. 48), se evidencia que en niños con TDAH existen deficiencias en los procesos ejecutivos neurocognitivos que persisten en lograr una secuencia adecuada de habilidades de solución de problemas para conseguir una meta futura.

Explicando esto se presenta que las FE cuentan con un papel importante tanto en la autorregulación como en el lenguaje, llevando a que sean los problemas centrales de la hiperactividad. Del mismo modo, las FE son las encargadas de inhibir las respuestas inapropiadas a la situación y la tarea, las cuales pueden llegar a impedir el logro de una meta principal, que es, en otras palabras, el comportamiento adaptativo.

Para continuar, se exponen los problemas de autoestima y autoeficacia personal que confluyen a raíz de un diagnóstico de TDAH. Por un lado, la autoestima se refiere a

La evaluación afectiva del propio autoconcepto y puede ser modificable por la percepción de fracaso o éxito personal, la cual se ve fuertemente afectada en los niños con TDAH y muestran un bajo nivel de autoestima, lo cual influye en la autoeficacia personal, que viene a significar la seguridad que tiene cada persona sobre sí mismo, es decir la creencia personal de que se pueden conseguir las metas que son significativas vitalmente mediante habilidades y acciones personales. (López et al., como se citó en López & Romero, 2013, p. 53-54).

Esto último se ve afectado en los niños con TDAH ya que cuentan con adversidades para lograr sus metas importantes, o no creen que si realizan los pasos adecuados lograrán lo que se plantean. Esto

concluye en un “círculo”, donde los niños con TDAH, además de no creer en su autoeficacia, los niveles de esfuerzo que expresan son muy bajos, por lo que al final no consiguen alcanzar sus logros, y esto influye también de manera negativa en su autoestima y seguridad, llevando a que sigan presentando niveles bajos de esfuerzo.

Desde muy temprana edad, los niños internalizan los mensajes, tanto verbales como no verbales, que pueden emitir los adultos a su alrededor, llevando a que el efecto resulte más fuerte durante la infancia y empeore el panorama para los niños con TDAH, los cuales suelen obtener mensajes negativos, y con los que se irá construyendo su personalidad a lo largo de sus vidas. Como plantean estos autores:

Los menores hiperactivos se sienten desorientados en situaciones (que además son muy frecuentes en su vida cotidiana) en las que se requiere mantener la atención en tareas poco atractivas y en las que resulta necesario posponer la satisfacción de sus necesidades y deseos inmediatos, así como controlar sus movimientos y verbalizaciones. Las órdenes continuas de control por parte de sus profesores y padres no hacen más que aumentar su malestar, provocando intentos continuos de huir o escapar de la situación frustrante con estrategias internas (a través de su imaginación) y/o con conductas manifiestas que implican transgresión de normas, hablando o moviéndose cuando no se debe, etc. (López et al., como se citó en López & Romero, 2013, p. 55).

Esto explica entonces que los niños con TDAH suelen presentar dificultades en el ambiente escolar, llevando a que acumulen experiencias continuas de fracaso, ante las cuales buscan evitar o escapar, pero costándoles dejar de sentirse mal y pensar que son menos capaces que los demás compañeros, buscando así otras áreas de competencia y bienestar, las cuales tienden a ser desadaptativas o

inconvenientes, por ejemplo, tratando de hacerse el gracioso ante los demás.

Finalmente, el autoconcepto negativo de los niños con TDAH con frecuencia les afecta en las habilidades sociales, especialmente con sus compañeros de aula, por tener un conocimiento de sí mismos poco fiable, por actuar impulsivamente sin escuchar o tomar en cuenta a los demás y por valorar de manera inadecuada las consecuencias que sus comportamientos tienen en los demás. Estas dificultades pueden aislar a los niños de sus compañeros y llamar la atención de sus profesores, así como puede costarles comprender y tomar en cuenta los sentimientos de los demás, al igual que los propios, leyendo de manera errónea el lenguaje corporal o las expresiones faciales de los demás.

De igual manera, pueden interrumpir con facilidad y monopolizar las conversaciones, resultando ser percibidos como “mandones” ante los otros. Estas dificultades, descritas por López, Castro, Fernández y Romero (como se citó en López & Romero, 2013), para desarrollar y mantener relaciones sociales adecuadas proviene de una incapacidad para:

- 1) Expresar ideas y sentimientos,
- 2) Reconocer los efectos del comportamiento en otros,
- 3) Cambiar de comportamiento tras una respuesta inapropiada para ajustarse a la situación, y
- 4) Dejar de tener mal comportamiento en un grupo (lo cual les lleva al rechazo de sus compañeros).

Suele ocurrir que los compañeros se quejan constantemente de ser molestados, avergonzados y tocados por compañeros con TDAH, pero es necesario comprender que los cambios en la rutina de estos niños pueden generar y aumentar el estrés, produciendo demasiada excitación, enojo y ansiedad. Estos comportamientos no siempre se dan en todos los niños con TDAH, pero si es así, es necesario que se trabaje conjuntamente, tanto con los padres como con los profesores, ya que a medida que van creciendo, las conductas inadecuadas empeorarán progresivamente y no debe olvidarse que estos niños mencionados

presentarán una mayor dificultad para la adquisición de nuevas habilidades adaptativas de no ser tratados a tiempo.

2.2.4 Modelos Explicativos

Herrera, Bermejo, Fernández y Soto (como se citó en Prieto, 2011) plantean que se dan principalmente tres modelos que tratan de explicar la etiología del TDAH. Esta misma autora expone que no hay un solo factor que lo explique, sino que es el “resultado de un conjunto de condiciones externas e internas en interacción” (p. 142). Asimismo, en un caso puede darse un factor diferente al que podría involucrarse en otro caso, o también dentro de un mismo caso pueden darse diferentes factores causantes en diferentes grados. Los tres modelos a plantear a continuación son: el modelo biológico, contextual y multifactorial.

2.2.4.1 Modelo Biológico

Primero, en el *modelo biológico*, se considera desde hace varios años que el TDAH es transmitido de manera genética, así lo refuerzan estudios de personas adoptadas, llevando a conocer que en este tipo de familias es menos probable que aparezca este trastorno y que se cuenta entonces con factores hereditarios. Sin embargo, los datos sobre estas investigaciones no son del todo concluyentes, por esto se considera necesario continuar realizando investigaciones para confirmar el factor genético.

Además, durante varios años se ha considerado que los problemas de atención son el principal síntoma del TDAH, pero esto se refuta con notar que los niños diagnosticados son capaces de mantenerse atentos cuando algo de verdad los mantiene motivados. Entonces, esto lleva a que la mayoría de opiniones se centre en que la

causa actual del TDAH no lo conceptualiza propiamente como un desorden atencional, sino como:

Consecuencia de un fallo en los circuitos cerebrales responsables de la inhibición y el autocontrol, considerado central en este trastorno y que dificultaría la adquisición de las cuatro funciones mentales ejecutivas: memoria operativa, interiorización del habla, regulación de las emociones y la motivación, y reconstitución o capacidad de los individuos para fragmentar conductas observadas y combinar entre sí sus partes en acciones nuevas no aprendidas directamente de la experiencia. (Herrera et al., como se citó en Prieto, 2011, p. 143).

Esto lleva a concluir que el sustrato biológico de este déficit de autocontrol estaría ubicado en el funcionamiento inadecuado del córtex prefrontal, los ganglios basales y la región vermis del cerebelo. Otra manera de explicar este modelo es que existen umbrales cerebrales excesivamente elevados de reforzamiento o de activación en las personas con TDAH, por lo que necesitan encontrar la estimulación a partir de actividades más intensas que los demás. Del mismo modo, se da también otra opinión que expone que se presentan alteraciones bioquímicas en ciertos neurotransmisores cerebrales (entre los más importantes: dopamina, serotonina y noradrenalina) que forman parte de la regulación de las emociones y de la conducta, pero aún no se sabe si estas alteraciones son la causa o la consecuencia del trastorno.

2.2.4.2 Modelo Contextual

En segundo lugar, se encuentra el *modelo contextual*, donde los factores psicosociales cuentan con un protagonismo importante en el TDAH. Se plantea una relación entre los estilos educativos parentales

y el curso del TDAH, así como se relaciona con el funcionamiento del alumno con hiperactividad en el salón de clases.

Como explican Herrera, Bermejo, Fernández y Soto (como se citó en Prieto, 2011), 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. También se encuentran con mayor facilidad entre las familias con niños con TDAH

... la mayor frecuencia de disfunciones y conflictividad en la dinámica familiar y de pareja; prácticas educativas parentales inadecuadas, con predominio de la disciplina agresiva por parte de las madres y padres de estos niños; así como una mayor ocurrencia de discrepancias entre las estrategias de disciplina paterna y materna”. (Herrera et al., como se citó en Prieto, 2011, p. 144-145).

2.2.4.3 Modelo Multifactorial.

Finalmente, el *modelo multifactorial*, el cual es el más aceptado en el presente. Muchos especialistas están de acuerdo en que hoy en día no se puede hablar de una pura hiperactividad, siendo comprobado que existe una gran variedad en sus manifestaciones, así como cuenta con una causa inconstante e indefinida. En la actualidad se suele considerar que el TDAH es un grupo de trastornos que tienen diferentes causas y factores de riesgo, así como variables desenlaces clínicos. Es por esto que se considera más razonable este último

modelo, ya que, a pesar de que no cabe duda de que hay un factor biológico, no es suficiente para explicar la aparición o el curso evolutivo del TDAH por sí solo, así como sucede con los factores psicosociales.

2.2.5 Modelos Terapéuticos

En la actualidad existen varias maneras de abordar en el tratamiento de los niños diagnosticados con TDAH.

Cavas (s.f., como se citó en Guerrero, 2006), propone el tratamiento farmacológico que se relaciona con este trastorno. Esta autora explica que en el TDAH se producen alteraciones en ciertos circuitos neuronales y en ciertos neurotransmisores, sobre todo la dopamina y la noradrenalina, siendo así importante un tratamiento farmacológico para mejorar la comunicación entre determinados circuitos neuronales. Los síntomas de este trastorno y la efectividad de los fármacos para disminuir estos síntomas llevan a que el tratamiento farmacológico sea necesario en algunos niños, adolescentes y adultos que padecen de esto.

Entre los fármacos más utilizados se encuentran los estimulantes, que parecen tener una mayor eficacia en las personas diagnosticadas con TDAH. También existen los no estimulantes, pero su uso es más limitado por el momento.

El tratamiento farmacológico debe iniciarse con la dosis más baja e ir incrementándose hasta lograr el efecto esperado. Además, el fármaco sólo funcionará mientras se está consumiendo y no tendrá efectos terapéuticos a largo plazo al momento de retirarse su consumo. Este tratamiento es a largo plazo, siendo necesario en ocasiones durante varios años, pero algunos padres de familia optan por eliminar los fármacos cuando los niños están de vacaciones en la escuela, para reducir probables efectos a largo plazo o para verificar si la medicina es necesaria todavía. El retirarle la medicación por completo a un niño se debe realizar de manera gradual y durante un periodo adecuado (Cavas s.f., como se citó en Guerrero, 2006).

Es importante que se tenga en cuenta que los fármacos no curarán el trastorno, pero ayudarán a una mejor calidad de vida tanto para el niño como para su entorno. Así mismo, el tratamiento farmacológico debe ir acompañado de un tratamiento psicológico, ya que la medicación es solo una parte del tratamiento, siendo muy importante y fundamental la intervención de los padres, profesores y terapeutas.

La misma autora expone también sobre la Terapia conductual, es decir, la Modificación de conducta. Esta terapia es recomendada sobre todo cuando los niños diagnosticados con TDAH presentan un problema de conducta o cuando el manejo en casa no es el más adecuado. Esta terapia debe darse fundamentalmente junto con los padres y maestros y manteniendo una comunicación constante con ellos, pero también debe incluirse a todas las personas que rodean día a día al niño, para que pueda obtener una capacitación básica o recomendarle lecturas relacionadas al tema, de modo que puedan colaborar con el niño que está siendo apoyado.

Otro factor importante dentro de esta terapia es que el niño debe comprender que cada conducta tiene una consecuencia, ya sea positiva o negativa, y que los padres deben aceptar que las consecuencias deben aplicarse de manera constante y firme, siendo así que lo afectivo no afecte el camino hacia una crianza adecuada.

Por otro lado, Filomeno (2009) da a conocer los beneficios de la Terapia del Lenguaje y Aprendizaje. Esta terapia puede llevarse a cabo cuando el TDAH viene acompañado de dificultades en el lenguaje y el aprendizaje. Los profesionales que dirigen estas terapias pueden ayudar a los niños en sus tareas escolares y pueden enseñarles a estudiar, hacer resúmenes y dar un examen de manera eficiente.

Asimismo, el mismo autor expone sobre la Terapia de nivelación o tutoría, la cual es llevada a cabo por una profesora o también llamada tutora que cuente con la experiencia para enseñar a niños con dificultades, que esté relacionada con la metodología del colegio al que asiste el niño y que, en la medida de lo posible, comprenda la lengua extranjera del mismo. Del mismo modo, es necesario que trabaje en coordinación con la profesora del salón de clases.

Esta persona estará encargada de orientar al niño frente a las tareas que se le presenten para realizar en el hogar, así como enseñarle a estudiar de manera constante. Es muy importante en esta terapia que los profesores o tutores logren establecer una relación de confianza con los niños con los que trabajan, pero de igual manera tengan la autoridad suficiente.

Finalmente, Filomeno (2009) comenta sobre la Psicoterapia de Orientación Psicoanalítica, argumentando que este tipo de terapia es recomendable cuando el niño o adolescente presenta problemas de autoestima, emocionales (ansiedad, depresión), de sociabilidad o cuando se evidencian conflictos importantes en el hogar. Cabe mencionar que esta terapia no mejorará los síntomas básicos del TDAH (desatención, hiperactividad e impulsividad) y tampoco los problemas de aprendizaje ni los de conducta, así como básicamente se trabajará con el paciente y no con las personas allegadas al mismo.

Además de los modelos terapéuticos antes planteados, también existen otros que se enfocan más en el entorno de los niños con TDAH, como plantean López, Alcántara, Belchí y Romero (como se citó en López & Romero, 2013), los programas de tratamiento que incluyen el entrenamiento en casa de los padres y el apoyo conductual en el colegio, de modo que mejoren tanto el niño como el clima familiar y escolar.

Con respecto a las intervenciones en el contexto familiar, los más importantes son el entrenamiento de los padres, la resolución cooperativa de problemas y la terapia familiar. Primero, el entrenamiento de los padres (EP) consiste en intervenciones a corto plazo que educan a los padres en estrategias especializadas para enfrentar los problemas de comportamiento clínicamente positivo, tales como “atención positiva, ignorar/extinguir respuestas, el uso efectivo de recompensas y castigos, economía de fichas y el uso de pausas y tiempo fuera. Luego, la resolución cooperativa de problemas (RCP), la cual enseña a los niños y adolescentes a lidiar con la frustración y a lograr ser más flexibles y adaptables, lo cual también puede aplicarse a los padres, donde ambos aprenden a lidiar con los problemas y plantear de manera conjunta soluciones, así como negociar y tomar decisiones, resolviendo desacuerdos con menos repercusiones. Similar a lo anterior, se encuentra la terapia familiar, donde se trabajan los usuales problemas maritales que pueden ocurrir entre parejas y familias, pero con un mayor énfasis en cómo las conductas inadecuadas de sus

hijos afectan y repercuten en el ámbito familiar, así como es necesario evitar que las dificultades familiares agraven las conductas del niño.

Por otro lado, se encuentran los programas en el contexto educativo, como por ejemplo, algunos colegios cuentan con programas para ofrecer apoyo conductual positivo, el cual tiene el objetivo de fomentar comportamientos sociales adaptados y logros académicos exitosos para estos estudiantes. Estos programas están compuestos por: 1) consecuencias claras y consistentes para las conductas inapropiadas, 2) contingencias positivas para conductas apropiadas y 3) servicios basados en un equipo para aquellos estudiantes que tienen necesidades más extremas (López et al., como se citó en López & Romero, 2013, p. 173). Estas intervenciones pueden darse tanto en sesiones de tutoría individual o en clases.

Para culminar con la exposición de los tratamientos planteados para abordar el TDAH, López, Alcántara, Belchí y Romero (como se citó en López & Romero, 2013) proponen las aplicaciones de las nuevas tecnologías de la sociedad de la información (TIC). Algunas de las TIC más utilizadas para trabajar con ciertos trastornos psicológicos son las laptops, los celulares, las tablets, las aplicaciones por Internet, la realidad aumentada y la realidad virtual, utilizándolos como por ejemplo para simular una clase convencional en la que se realizan tareas para evaluar ejecución continua, llevando a que resulte más atractivo e interesante ejecutar las tareas escolares cotidianas para los niños diagnosticados con TDAH, disminuyendo así la fatiga y falta de motivación. Muchos investigadores han dado a conocer que estas nuevas tecnologías mejoran la capacidad atencional y la impulsividad, junto con un tratamiento psicológico concreto, como los tratamientos multimodales o cognitivo-conductuales.

Cavas (s.f., como se citó en Guerrero, 2006) expone sobre la Terapia Cognitivo Conductual (TCC). Este tipo de terapia junta tanto la modificación de conducta antes mencionada como también incluye las “técnicas que actúan sobre los procesos del pensamiento (intervención cognitiva)” (Filomeno, 2009, p. 87). Esta última se centra en el paciente y se basa en un entrenamiento en autoinstrucciones y en solución de problemas. En el caso de esta investigación se consideró pertinente utilizar el modelo de la Terapia Cognitiva Conductual para abordar el tratamiento del niño.

2.2.6 Desarrollo Evolutivo de la niñez media

Se considera necesario añadir una explicación sobre el desarrollo de un niño regular que se encuentra dentro de la etapa de la niñez media, como ocurre con el niño que fue evaluado a lo largo de la presente investigación, de modo que se pueda obtener un referente sobre lo que implica el desarrollo regular o esperado y así poder comparar ciertos aspectos que estén siendo alcanzados con éxito, así como puedan también detectarse los que estén generándose con cierto retraso o dificultades en el paciente evaluado.

Para esto se realizó una revisión bibliográfica de Papalia, Olds y Feldman (2012) sobre los capítulos que explican el Desarrollo físico y psicomotor, el Desarrollo cognitivo, el Desarrollo psicosocial y el Desarrollo en el juego.

2.2.6.1 Desarrollo Físico y Psicomotor

Primero, con respecto al Desarrollo físico y psicomotor, los autores explican que los niños que conforman este grupo de desarrollo atraviesan las edades entre los 6 y 11 años de edad. En el desarrollo físico, los niños crecen entre cinco y siete centímetros y medio y casi duplican su peso, mientras que las niñas conservan algo más de tejido adiposo que los niños, lo cual perdurará hasta la adultez. Los niños pesan casi 30.6 kg mientras que las niñas alrededor de 33.2 kilogramos (Papalia et al., 2012).

En cuanto a la nutrición, los niños escolares requieren consumir en promedio 2400 calorías diarias para poder sostener su crecimiento continuo y esfuerzo constante. La dieta que recomiendan los nutricionistas incluye muchos granos (cereales), frutas y vegetales y también altos niveles de carbohidratos que pueden encontrarse en las papas, la pasta, el pan y los cereales.

En el sueño, “este disminuye de aproximadamente 11 horas al día a los cinco años a poco más de 10 horas a los nueve y a unas nueve

horas a los 13 años de edad” (Papalia et al., 2012, p. 285). Los problemas de sueño pueden iniciarse durante esta etapa, como el no querer acostarse en la cama, la somnolencia diurna y el insomnio, debido, principalmente, a que a muchos niños se les acepta dormir a altas horas de la noche o tienen una televisión en el cuarto, que les dificulta conciliar el sueño rápidamente. Esta incapacidad por dormir el tiempo necesario y adecuado genera dificultades a largo plazo, ya que el sueño insuficiente se relaciona con diferentes problemas de ajuste y obstaculizará obtener resultados óptimos.

Para continuar, a lo largo de la niñez media se mantiene el progreso de las habilidades motoras, pero los niños de esta edad tienden a dedicarle menos tiempo a la semana a los deportes y otras actividades al aire libre para poder dedicarle más horas al colegio y las tareas que este demanda, así como prefieren quedarse viendo televisión o estar en la computadora.

2.2.6.2 Desarrollo Cognitivo

Por otro lado, en el desarrollo cognitivo de los niños dentro de esta etapa de desarrollo, los mismos autores explican que, de acuerdo con el enfoque piagetano, aproximadamente a los siete años de edad, los niños entran a la etapa de las operaciones concretas, donde pueden realizar operaciones mentales, como los razonamientos, para resolver problemas reales. También logran pensar de manera lógica debido a que son capaces de tomar en cuenta diferentes aspectos de una situación determinada, pero aún requieren de estas, es decir, su pensamiento es del aquí y ahora (Papalia et al., 2012). Asimismo, estos niños pueden comprender de mejor manera la causalidad, la categorización, los razonamientos inductivo y deductivo, la conservación y el número.

Además, con respecto al razonamiento moral, Piaget propuso que los juicios morales inmaduros de los niños dentro de este grupo de edad se centran básicamente en el grado de la ofensa, mientras que

los juicios con cierto grado de maduración también consideraban la intención dentro de las situaciones en las que se encontraban envueltos.

Este mismo autor proponía que el razonamiento moral se desarrollaba en tres etapas en las cuales los niños avanzaban de manera gradual de una etapa a otra en distintas edades, dependiendo de cada uno. La primera etapa, (entre los dos y siete años aproximadamente), se encuentra relacionada y conocida como la “obediencia rígida a la autoridad”, ya que por el egocentrismo que caracteriza estas edades, los niños solo encontrarán una manera de resolver un problema moral. La segunda etapa, entre los siete u ocho años hasta los diez u once, se caracteriza por la “flexibilidad creciente” (Papalia et al., 2012, p. 296). Dentro de esta etapa los niños interactúan con un mayor número de personas y se encuentran envueltos en una “mayor variedad de puntos de vista, llevando a descartar la idea de que hay un único estándar absoluto del bien y el mal, desarrollando su propio sentido de la justicia basado en el trato justo o igual para todos” (Papalia et al., 2012, p. 296). Entonces, sus juicios morales se tornan más flexibles debido a que pueden considerar más de un solo aspecto dentro de una misma situación.

2.2.6.3 Desarrollo Psicosocial

En cuanto al desarrollo psicosocial, se da a conocer que el crecimiento cognitivo que se obtiene durante la niñez media lleva a que el niño logre desarrollar conceptos más elaborados de sí mismo, así como comprender y controlar el aspecto emocional. Aproximadamente a los siete u ocho años de edad los niños logran la tercera etapa del desarrollo del autoconcepto, donde los juicios acerca del yo resultan más conscientes, realistas, equilibrados y generales, mientras van construyendo sistemas representacionales como autoconceptos amplios e inclusivos, que incluyen varios aspectos del yo (Papalia et al., 2012).

Con respecto a la autoestima, Erikson afirma que un factor determinante para esta es “la opinión que tienen los niños de su capacidad para el trabajo productivo” (Papalia et al., 2012, p. 324). El mismo autor define la cuarta etapa del desarrollo psicosocial, laboriosidad frente a la inferioridad, donde los niños dentro de la niñez media aprenden habilidades valoradas en su sociedad. La virtud que se logra a partir de esta etapa es la competencia, siendo esta la idea de que uno mismo es capaz de dominar habilidades y completar tareas. Es en ese momento donde los padres son una fuerte influencia en las creencias de los niños con respecto a su competencia frente a los demás.

Otro aspecto a considerar dentro del desarrollo psicosocial de los niños a lo largo de esta etapa del desarrollo es el crecimiento emocional y la conducta prosocial, donde toman una mayor conciencia de sus sentimientos y los de los demás, logrando también regular o controlar mejor sus emociones y reaccionar frente al malestar emocional de otras personas (Papalia et al., 2012, p. 325).

2.2.6.4 Desarrollo en el juego

Con respecto al desarrollo en el juego, los mismos autores presentan que los juegos que los niños en esta etapa practican con frecuencia en sus recreos escolares suelen ser informales y de organización espontánea (Papalia et al., 2012). Mientras los niños prefieren los juegos con más actividad física, las niñas se ven más atraídas por los que incluyen expresión verbal y conteo en voz alta, los cuales propician la agilidad y la competencia social, así como favorecen el ajuste al colegio. (Papalia et al., 2012).

Del mismo modo, también se puede evidenciar un “juego rudo”, el cual implica peleas, patadas, volantines, forcejeos y persecuciones, los cuales incluyen gritos y risas entre los niños involucrados. Este tipo de juego puede traer ciertos beneficios, como perfeccionar el desarrollo esquelético y muscular, generar una práctica

segura de las habilidades para la caza y la lucha, canalizar la agresión y la competencia y alrededor de los 11 años de edad puede ser una forma de fomentar dominio dentro del grupo de pares (Papalia et al., 2012, p. 287).

El deporte, así como otras actividades físicas, como montar bicicleta o hacer canastas, generan beneficios dentro de este grupo de niños. Además de mejorar las habilidades motoras, también controlan el peso, reducen la presión sanguínea, mejoran el funcionamiento cardiorrespiratorio y la autoestima y el bienestar (Papalia et al., 2012, p. 288).



CAPÍTULO III: OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

- Determinar las características diagnósticas del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en un niño de 11 años de edad.

3.1.1 Objetivos específicos

- Identificar los indicadores del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en un niño de 11 años de edad.
- Explicar las consecuencias de los síntomas que presenta el niño en los diferentes aspectos de su vida.
- Delimitar los trastornos que podrían resultar asociados como comorbilidad al Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en el niño mencionado para el estudio de caso.
- Proponer una alternativa de intervención que se adecúe a las necesidades del niño y favorezca a George en los diferentes aspectos de su vida.

CAPÍTULO IV: MÉTODO

4.1 Tipo y diseño de investigación

La presente investigación se encontró basada en un diseño de investigación de estudio de caso único. Como explican Hernández, Fernández y Baptista (2010), el estudio de caso es un tipo de investigación que a través de los procesos cuantitativo, cualitativo y/o mixto se puede examinar de manera exhaustiva una unidad integral para responder al planteamiento del problema, probar hipótesis y desarrollar teoría.

4.2 Participante

El participante en la presente investigación era un niño de 11 años de edad, diagnosticado con el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, con predominio inatento.

Los informantes que colaboraron con la recopilación de información sobre la vida del participante son ambos padres del niño, la hermana mayor, el profesor del aula del colegio al que asiste, la terapeuta de Modificación de Conducta y el terapeuta de Terapia Emocional.

4.3 Técnicas de recolección de datos

Las técnicas que se utilizaron en la presente investigación fueron las entrevistas semiestructuradas y la observación de conducta, tanto del participante como de los informantes.

Se utilizaron las siguientes pruebas psicológicas:

- Factores generales
 - Procesos Cognitivos globales
 - Escala de Inteligencia de Wechsler para niños – WISC IV
 - Procesos Cognitivos Básicos
 - Escala de Evaluación de TDAH de Vanderbilt para Padres
 - Escalas para la Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad – EDAH – Farré y Narbona
 - Test Gestáltico Visomotor de Bender
 - Toulouse - Piéron – Prueba Perceptiva y de Atención
- Factores personales
 - Test de la Figura Humana de Koppitz
 - Test de Pata Negra, Corman
 - EQi-YV BarOn Emotional Quotient Inventory
- Factores contextuales
 - Test del Dibujo de la Familia de I. Corman

Asimismo, se utilizaron dos documentos que recopilaron información con el profesor del aula a la que asiste George y con la colaboradora del centro al que asiste luego del horario escolar para ser apoyado en las tareas:

- Evaluación de la conducta escolar
- Reporte escolar

Fichas técnicas de las pruebas utilizadas

Ficha técnica #1

Nombre:	Escala de Inteligencia revisada para el nivel escolar – WISC IV
Autor:	David Wechsler
Año de publicación:	2005
Procedencia:	The Psychological Corporation, New York
Traductor:	Cecilia Thorne (1995)
Administración:	Individual
Duración:	90 minutos
Aplicación:	Niños de 6 años a 16 años, 11 meses
Significación:	Medida de la inteligencia: Cociente general de inteligencia. Cocientes de: Comprensión Verbal, de Razonamiento Perceptivo, Memoria de trabajo y Velocidad de procesamiento.
Baremos:	Puntuaciones estándar, Cocientes intelectuales y Percentiles
Material:	Protocolos, lápiz, borrador y cronómetro

Es un instrumento clínico que mantiene las características fundamentales del WISC y su revisión, proporciona datos normativos actuales, así como materiales, contenidos y procedimientos de administración actualizados. Constan de varios subtests, cada uno de los cuales mide una faceta diferente de inteligencia. Se resume en tres puntajes compuestos, los CI verbal, los subtests de ejecución y la escala completa, que proveen estimaciones de la capacidad intelectual del individuo. Además, proporciona cuatro puntajes índices basados en factores opcionales: Comprensión Verbal (CV), Organización Perceptual (OP), Memoria Operativa (MO) y Velocidad de Procesamiento (VP). La muestra de estandarización de 2200 casos incluyó 200 niños de 11 grupos de edad, de entre 6 y 16 años.

Si bien no se cuenta con evidencias de validez o de confiabilidad para muestras peruanas, Brenlla (2013) reportó evidencias de validez basadas en la estructura interna por medio de un análisis factorial confirmatorio. A partir de este

procedimiento, en una muestra de 1437 niñas y niños argentinos, se corroboró que independientemente del grupo de edad, la adaptación argentina mide los mismos constructos de la prueba: CV, OP, MO y VP.

Asimismo, a partir del análisis factorial confirmatorio, se corroboró la estructura de cuatro dominios y un factor general, replicando la estructura jerárquica de la versión original de la prueba. Las cargas factoriales de los factores de primer orden fueron altas: CV, $\beta = .86$; OP, $\beta = .91$; MO, $\beta = .89$; y VP, $\beta = .54$.

Por último, se evidenció una correlación alta y positiva entre el modelo jerárquico del WISC-IV y el Modelo de Cattell-Horn-Carroll.

No obstante, no se han reportado evidencias de confiabilidad peruanas o de realidades cercanas a la nuestra.

Por otro lado, Mejía y Albarracín (2013) buscan en su investigación, a partir de una muestra de 40 niños y adolescentes, identificar la confiabilidad de la prueba con el método de dos mitades, evidenciándose un coeficiente de fiabilidad de .95, calculado con la fórmula de Spearman-Brown. Igualmente, se obtuvo un Alfa de Cronbach de .89 para la primera mitad y .85 para la segunda. Además, los coeficientes de fiabilidad para cada uno de los índices y CI Total, calculados con el Alfa de Cronbach, oscilaron entre .78 (Razonamiento Perceptivo) y .93 (Comprensión Verbal), los cuales demuestran ser similares a los planteados en la versión española del instrumento.

Al realizarse el Análisis Factorial Confirmatorio, también se evidenció que todos los test aportaban para la evaluación de la inteligencia, ya que los 15 test correlacionaron a un nivel de significancia menor de .01 y del mismo modo se agrupan en un mismo factor.

Finalmente, con respecto a la validez, a través de la matriz factorial, se observó que las cargas factoriales indicaban valores moderados y superiores, los cuales se ubicaban entre .69 (Claves) y .94 (Información).

Ficha técnica #2

Nombre:	Sistema NICHQ Vanderbilt de Evaluación. Cuestionario para Padres
Nombre original:	NICHQ Vanderbilt Assessment Scales
Autor:	NICHQ (National Initiative for Children's Healthcare Quality)
Administración:	Individual o colectiva para padres y profesores
Duración:	Aproximadamente 15 a 30 minutos
Aplicación:	Padres y profesores de los niños o adolescentes que se sospecha de este trastorno y para descartar comorbilidad con otros.
Materiales:	Protocolo de la Escala de Evaluación de Vanderbilt para padres o para profesores, lápiz y borrador

Esta escala es usualmente utilizada en el área clínica por sus propiedades psicométricas para la detección del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, así como para la investigación de este trastorno. Está disponible en inglés y español, en dos versiones, una para padres, con 55 preguntas, y otra para profesores, con 43 preguntas. Incluye la evaluación de comorbilidades como el Trastorno Opositor Desafiante, el Trastorno Disocial, la Ansiedad y la Depresión.

Cuenta con una escala de Likert, del 0 al 3 (0 = Nunca, 1 = Ocasionalmente, 2 = A menudo y 3 = Muy a menudo) para los ítems del 1 al 47 y del 1 al 5 (1 = Excelente, 2 = Sobre el promedio, 3 = Promedio, 4 = Algunos problemas y 5 = Problemático) para los ítems del 48 al 55.

La manera de calificar este instrumento es a partir de la contabilización de 6 de 9 ítems del 1 al 9 con puntuación 2 o 3 y uno de los ítems de funcionamiento del 48 al 55 con puntuación 4 o 5 para identificar un TDAH con predominio inatento; 6 de 9 ítems del 10 al 18 con puntuación 2 o 3 y uno de los ítems de funcionamiento del 48 al 55 con puntuación 4 o 5 para identificar TDAH con predominio hiperactivo/impulsivo; requerir de ambos criterios anteriormente mencionados para indicar un TDAH combinado; 4 de 8 ítems del 19 al 26 con puntuación 2 o 3 y uno de los ítems de funcionamiento del 48 al 55 con puntuación 4 o 5 para un screening del Trastorno Opositor Desafiante; 3 de 14 ítems del 27 al 40 con puntuación 2 o 3 y

uno de los ítems de funcionamiento del 48 al 55 con puntuación 4 o 5 para un screening del Trastorno de Conducta y, finalmente, 3 de 7 ítems del 41 al 47 con puntuación 2 o 3 y uno de los ítems de funcionamiento del 48 al 55 con puntuación 4 o 5 para un screening de ansiedad y/o depresión.

Wolraich, et al. (2003) llevaron a cabo una investigación con el objetivo de determinar las propiedades psicométricas de esta prueba a partir de la recolección de información de una muestra de 243 niños a lo largo de 2 años. Para identificar la confiabilidad estimada a partir del método de consistencia interna, se comparó el Sistema NICHQ Vanderbilt de Evaluación para padres con el de profesores y con el Computerized Diagnostic Interview Schedule for Children (C-DISC-IV), lo cual indicó una buena consistencia interna en todos los métodos y muestras, con un Alfa de Cronbach mayor a .90 en cada uno de los casos.

Luego, en el análisis de ítems, se correlacionaron todos los ítems de la prueba para determinar si algunos de los síntomas podrían no ser confiables al ser usados por los padres en una muestra clínica. Los resultados indican que los ítems tienen puntuaciones adecuadas.

A fin de determinar las características de la estructura interna de la prueba, se llevó a cabo un análisis factorial confirmatorio, a partir del cual fue posible concluir que el modelo bifactorial de la prueba concuerda con el modelo teórico del TDAH: inatención o hiperactividad/impulsividad.

Las evidencias de validez vinculadas a la relación con otras variables se llevó a cabo correlacionando las puntuaciones del NICHQ con la subescala de TDAH del C-DISC-IV. Se obtuvo una correlación alta entre ambas pruebas, $r = .79$, sugiriendo que ambos instrumentos miden el mismo constructo.

Ficha técnica #3

Nombre:	Escala de Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad – EDAH
Autor:	Anna Farré y Juan Narbona
Año de publicación:	2001 (4ta. 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:	Medida de los principales rasgos del TDAH (Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad) y de los Trastornos de Conducta que puedan coexistir con el síndrome.
Baremos:	Percentiles para las cuatro subescalas y la escala global. Puntos de corte.
Materiales:	Manual y ejemplar autocorregible

Permite evaluar los rasgos principales del TDAH de una manera sencilla y objetiva a través de la información aportada por el profesor del sujeto de estudio. Desarrollada partir de la experiencia de los autores de las conocidas escalas de Conners. Esta prueba se compone factorialmente de cuatro subescalas: Hiperactividad/Impulsividad; Déficit de atención; Hiperactividad/Déficit de atención y Trastorno de Conducta y una Escala Global.

Urzúa, Domic, Ramos, Cerda y Quiroz (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 estructura es distinta a la reportada originalmente, tanto para el grupo de docentes como para los tutores, pues las dimensiones hiperactividad/impulsividad y déficit de atención se agruparon bajo un mismo factor. Con respecto al EDAH con los docentes, los ítems se agruparon en dos factores: dimensión de déficit de atención y dimensión trastornos de conducta o conductas hiperactivas (es decir, no hubo diferencia conceptual).

Urzúa et al. (2010) también evaluaron las evidencias de relación con otras variables, correlacionando las puntuaciones del EDAH con la subprueba de dígitos del WISC-R y la prueba Stroop. Reportaron puntajes menores para ambas pruebas en el grupo de niños con TDAH en comparación con el grupo sin TDAH.

Por último, con respecto a la confiabilidad de las puntuaciones del EDAH se presentaron valores alpha de Cronbach altos, estimados a partir del método de consistencia interna: escala general, $\alpha = .96$; déficit de atención, $\alpha = .90$; hiperactividad/impulsividad, $\alpha = .92$; déficit de atención/hiperactividad, $\alpha = .93$; y trastorno de conducta, $\alpha = .96$.

Ficha técnica #4

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 española:	Jaime Bernstein, Ediciones Paidós
Administración:	Individual
Duración:	Aproximadamente 15 minutos, no hay tiempo límite
Aplicación:	Personas entre los 4 y 85 años de edad. También en pacientes con problemas neurológicos y psiquiátricos.
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

El Test Gestáltico Visomotor de Bender es un test no verbal, el cual consiste en la copia de una serie de nueve formas geométricas de las diez seleccionadas por Wertheimer. Posee un valor clínico para la exploración del desarrollo de la inteligencia infantil y en el diagnóstico de los diversos síndromes clínicos de deficiencia mental, afasia, desórdenes cerebrales orgánicos, psicosis mayores, simulación de enfermedades y psiconeurosis, puede emplearse además como un test proyectivo.

El sistema de calificación utilizado para esta investigación fue el Sistema Evolutivo de Koppitz. Como indica Merino (2011), este es un sistema basado en la calificación dicotómica de 30 errores en la reproducción de los nueve diseños, y clasificados en errores de distorsión de la forma, rotación, sustitución, perseveración y desintegración. Además, este autor tiene como objetivo comparar los coeficientes de validez entre tres versiones de calificación del Test Gestáltico Visomotor de Bender y puntajes de rendimiento preacadémico. Entre las tres versiones estudiadas se encuentra el Sistema Evolutivo de Koppitz, donde los resultados indican que el coeficiente de consistencia interna en los puntajes de la muestra fue de .65.

Merino llevó a cabo una correlación entre los tres sistemas de calificación del Bender en una muestra de 32 niños y niñas limeñas. Reportó una asociación lineal entre los sistemas de calificación: sistema de calificación cualitativa para el TGB, el sistema evolutivo de Koppitz y el sistema de puntuación gradual, superando el valor $r = .50$.

Ficha técnica #5

Nombre:	Toulouse – Piéron – Prueba Perceptiva y de Atención
Autor:	E. Toulouse y H. Piéron
Año de publicación:	1986
Procedencia:	TEA, Ediciones, S.A. (Madrid)
Administración:	Individual y colectiva
Duración:	10 minutos de examen y 5 minutos de corrección y valoración
Aplicación:	De 9 años en adelante
Significación:	Evaluación de las aptitudes perceptivas y de atención
Baremos:	Tres muestras de nivel escolar, ocho de nivel profesional y tres de nivel cultural (adultos).
Materiales:	Manual con las normas de aplicación, corrección e interpretación, ejemplar de la prueba, plantilla para la corrección manual, material auxiliar (cronómetro, lapiceros y borrador)

La prueba exige una gran concentración y resistencia a la monotonía. La tarea del sujeto consiste en señalar, durante diez minutos, aquellos cuadrados pequeños que tienen el guion en la misma posición que uno de los dos modelos. Puede ser aplicado a sujetos de cualquier nivel cultural, incluso analfabetos, ya que su contenido es no verbal. La manera de calificar esta prueba es identificando los aciertos para restarlos con la suma de los errores y las omisiones obtenidas.

Dávila (2010) cita a los autores Delgado, Ecurra y Torres (2006) para indicar la adaptación psicométrica y peruana de la prueba, la cual fue realizada con una muestra de 1584 niños y niñas de 9 a 11 años de edad, cuyos resultados de confiabilidad indicaron que, a partir del método test-retest, se obtuvo un valor de .82, lo cual logró indicar que los puntajes obtenidos eran consistentes. También se estableció la confiabilidad con el método de consistencia interna, con el Alfa de Cronbach, y se obtuvo un valor de .89, llevando a conocer que las puntuaciones del instrumento eran confiables.

Además, con respecto a la validez de las interpretaciones de esta prueba, los mismos autores indican que se realizó a partir del análisis factorial exploratorio, con el método ortogonal de rotación de factores Varimax, donde los resultados indicaron que la prueba consta de tres factores: rapidez perceptiva, atención continuada y resistencia a la fatiga, obteniéndose un valor de varianza explicada de 58.05%, confirmando la estructura multidimensional.

Ficha técnica #6

Nombre:	El Dibujo de la Figura Humana en los Niños (DFH)
Autor:	Elizabeth Münsterberg Koppitz
Administración:	Individual y colectiva. Preferible hacerlo en forma individual, ya que permite ver al niño en el instante de realizar el dibujo y poder hacer preguntas aclaratorias. La administración colectiva es aceptable cuando es hecha con un pequeño grupo (por ejemplo; una persona que cuida niños).
Duración:	No hay tiempo límite, tiempo promedio: 10 minutos
Aplicación:	Niños, 5 a 12 años de edad
Material:	Hojas de papel blanco, lápiz y borrador
Descripción:	Evaluación tanto de imagen corporal como de conflictos de personalidad o de algún tipo de patología que este pueda presentar.
Confiabilidad:	No disponible
Validez:	No disponible
Calificación:	Se utilizan 10 ítems denominados “ítems evolutivos del DFH infantil”.

Ficha técnica #7

Nombre:	Test de Pata Negra
Autor:	Louis Corman / Paul Dauce (creador de las láminas)
Administración:	Individual
Duración:	Sin límite de tiempo
Aplicación:	Niños de 6 a 12 años de edad
Materiales:	16 láminas de las Aventuras del cerdito Pata Negra, Manual de Aplicación, Aspectos generales del Pata Negra, 1 lámina llamada “Frontispicio”, 1 lámina final llamada “Hada”, hojas de anotaciones.

Este instrumento tiene como objetivo la exploración de la personalidad infantil y su conflictiva dominante en relación a las tendencias y defensas del psiquismo.

Con respecto a la confiabilidad y validez de la prueba, el autor de la prueba explica sobre la posibilidad de encarar los problemas de validez de los Tests Proyectivos. L. Corman indica, en relación a la validez de un Test, que éste debe presentar una serie de premisas para que esto se dé, a saber:

1. La estandarización: Material, técnica de administración y de interpretación deben mantenerse estables.
2. La fidelidad: Debe dar los mismos resultados en distintas administraciones.
3. La sensibilidad: Que pueda diferenciar o discriminar los casos examinados.
4. La validez propiamente dicha, o como él le llama “la buena validez”: Que explore efectivamente lo que pretende examinar.

Agregando que una de las condiciones fundamentales de la validez es que el Test pueda fundamentalmente diferenciar lo normal de lo patológico. Esta condición solo se logra cuando a la premisa de la estandarización en el material, en la técnica de administración e interpretación, se le agrega la cuestión de la normatización. La normatización en el caso de las Técnicas proyectivas sólo puede pasar por la construcción de un particular tipo de parámetro, el de la obtención de las significaciones subyacentes a la variabilidad de lo obtenido. Variabilidad que en el caso de estas Técnicas no se puede recoger a través de puntuaciones dada su no repetición desde lo observable. Es por ello que solo se podrán construir “baremos de significación” en cuanto a proporcionar desde todas las historias, la “historia subyacente”, o Historia Cliché.

Ficha técnica #8

Nombre original:	EQi-YV BarOn Emotional Quotient Inventory
Nombre:	Inventario de la Inteligencia Emocional de BarOn (I-CE)
Autor:	Reuven Bar-On
Adaptación Peruana:	Nelly Ugarriza Chávez y Liz Pajares
Procedencia:	Toronto, Canadá
Año de Publicación:	2003 – Lima
Administración:	Individual o colectiva
Formas:	Formas Completa y Abreviada
Duración:	Sin límite de tiempo (Forma completa: de 20 a 25 minutos aproximadamente y Abreviada de 10 a 15 minutos).
Aplicación:	Niños y Adolescentes entre 7 y 18 años.
Puntuación:	Calificación computarizada
Significación:	Evaluación de las Habilidades Emocionales y Sociales bajo la estructura factorial: 1 CET, 5 factores componentes y 15 subcomponentes.
Tipificación:	Baremos peruanos
Baremos:	Cocientes emocionales
Materiales:	Un disquete que contiene: Cuestionarios de la forma Completa y Abreviada, calificación computarizada y perfiles.

Los componentes y subcomponentes que evalúa la prueba son: Componente Intrapersonal: Comprensión de sí mismo, Autoconcepto, Asertividad, Independencia y Autorrealización; Componente Interpersonal: Empatía, Relaciones interpersonales y Responsabilidad social; Componentes de Adaptabilidad: Solución de problemas, Prueba de la realidad y flexibilidad; Componente del Manejo de Estrés: Tolerancia al estrés y Control de impulsos; Componentes del estado de ánimo en general: Felicidad y Optimismo.

Entre sus usos se encuentran el área educacional, clínica, jurídica, médica, laboral y en la investigación. Son potenciales usuarios aquellos profesionales que se desempeñen como psicólogos, consultores de desarrollo organizacional, psiquiatras, médicos, trabajadores sociales, consejeros y orientadores vocacionales.

Se han reportado coeficientes de consistencia interna adecuados para el cociente emocional total del BarOn ICE para los varones en el grupo de edad de 10 a 12 años, fluctuando entre .63 y .86; sin embargo, se reportó un $\alpha = .41$ para la subescala intrapersonal.

Asimismo, la consistencia interna de acuerdo a la institución educativa varía de .64 a .76; sin embargo, se reportó un $\alpha = .27$ para la subescala intrapersonal y un $\alpha = .49$ para el manejo del estrés.

La versión peruana del BarOn ICE en su forma completa presenta evidencias de validez de constructo, estimadas a partir de un análisis factorial exploratorio con una muestra de 3374 niños y adolescentes de Lima Metropolitana. Se empleó una rotación varimax, pues los factores no deberían relacionarse teóricamente. Se reportó una estructura factorial compuesta de 40 ítems y agrupados en 4 dimensiones: adaptabilidad, manejo de estrés, interpersonal e intrapersonal, con lo cual se asume una estructura multidimensional.

Del mismo modo, estas cuatro subescalas fueron correlacionadas, reportándose valores bajos y apoyando la estructura multidimensional.

También se reportaron correlaciones altas entre la forma completa y abreviada de la prueba, tanto de acuerdo al sexo, como de acuerdo al tipo de institución educativa. Los valores fluctúan entre .86 a 1.

Las autoras también reportan evidencias de validez entre las subescalas del inventario para niños y adolescentes con las subescalas del inventario para adolescentes y adultos, hallándose correlaciones moderadas y altas.

✳ Por último, se calculó la validez divergente entre la inteligencia emocional y la depresión. Por ejemplo, se reportó una correlación inversa significativa entre varones (-.36) y mujeres (-.70) para el puntaje total del BarOn ICE y el Inventario de Depresión de Reynolds.

Ficha técnica #9

Nombre:	El Test del Dibujo de la Familia
Nombre de la edición original:	Le Test Du Dessin de Famille
Autor:	Louis Corman
Traducción:	Iris Acacia Ibáñez
Administración:	Individual y colectiva
Año de publicación:	Junio de 1967
Editorial:	Editorial Kapelusz, S.A.
Procedencia:	Buenos Aires, Argentina
Duración:	10 minutos aproximadamente
Administración:	Individual o colectiva
Aplicación:	Niños de 5 años en adelante
Duración:	Sin límite de tiempo
Materiales:	Hojas de papel en blanco tamaño carta, lápiz #2 y colores

4.4 Procedimiento de recolección de datos

George asistía a un grupo de Terapia de Modificación de Conducta en un Instituto para el Desarrollo Infantil en la ciudad de Lima, donde se le conoció y se logró trabajar con él por aproximadamente 2 años con una metodología cognitiva conductual, siendo así que se consideró pertinente estudiar con mayor profundidad el caso, debido a que contaba con las características adecuadas para la investigación.

De este modo, se contactó a los padres de George por vía telefónica, en un inicio, para establecer la hora y la fecha del primer encuentro, donde se explicaría el motivo de la reunión, así como se absolverían las dudas y comentarios que podrían tener, para luego firmar el consentimiento informado.

Se llevaron a cabo cuatro sesiones con ambos padres, para poder recopilar información sobre la vida de George; también se logró organizar una sesión con la madre, otra con la hermana mayor del niño y una última con el profesor del aula a la que acudía George en ese momento. Además, se establecieron seis fechas para la evaluación psicológica integral de George, con una duración de aproximadamente una hora cada sesión.

Fue necesario agregar dos sesiones complementarias de una hora cada una de modo que pueda ser aplicada una prueba que mida los factores instrumentales del niño.

CAPÍTULO V: RESULTADOS

5.1 Anamnesis

Datos de filiación

Nombre: George

Sexo: Masculino

Edad: 10 años, 10 meses

Lugar y Fecha de nacimiento: Lima, 6 de julio del 2003

Grado de instrucción: Quinto de Primaria.

Colegio: Víctor Raúl Haya de la Torre, Manchay

Número de alumnos en aula: 41

Religión: católico

Constelación familiar: padre, madre, hermana de parte de madre (12 años)

Ocupación del padre: vigilante, por tiempos esporádicos

Ocupación de la madre: empleada del hogar

Posición ordinal: 2

Dirección: Cieneguilla

Informantes: padres, tutor del aula y hermana

Fechas de las entrevistas: 5, 7, 8 y 12/5/14 (padres), 14/5/14 (madre), 15/5/14 (solo hermana), 3/6/14 (profesor)

Lugar de la entrevista: Consultorios de un instituto para el desarrollo infantil

Evaluada y responsable: Giulia Barrios Oneto

Descripción física y conductual del paciente

El niño es de tez trigueña, cabello corto de color negro, ojos pequeños y rasgados, mejillas prominentes, cara de forma redonda y una estatura promedio,

comparado con los demás niños de su edad. Es de contextura gruesa y su tronco es corto, al ser comparado con otros niños. Se observa que no cuenta con pestañas en ambos ojos.

Problema actual

Referido por una de las modificadoras de conducta de una institución para el desarrollo infantil debido a que lo considera pertinente luego de 2 años.

Los padres explican que desean determinar los progresos de su hijo desde la última evaluación psicológica en agosto del 2012. Además, quieren comprender ciertos cambios actitudinales y emocionales a través de los dos últimos años, como por ejemplo, que imita las conductas impulsivas de su padre, es decir, amargarse con facilidad, tirar las cosas y levantar la voz.

Por otro lado, no colabora con las tareas del hogar, se queja, es flojo y no cumple con la disciplina y las reglas de su terapia de Modificación de Conducta.

La madre admite que su hijo prefiere ver televisión todo el día y suele olvidarse con frecuencia de lo que se le solicita e indica. Esto repercute en sus notas y es por esto que obtiene calificaciones muy bajas (desaprobó 2 cursos el año pasado), sin embargo, el profesor de su aula le explica a los padres que encuentra mejoras a diferencia del año escolar pasado.

La madre de George refiere que encuentra las dificultades en su hijo sobre todo en los exámenes y las exposiciones. Es necesario exigirle y presionarlo para que haga las tareas, de lo contrario no lo hace por sí solo. Presenta errores con frecuencia y se molesta cuando es corregido por sus familiares. Cabe resaltar que George acude a un lugar donde apoyan a los niños en sus tareas escolares.

Además de las dificultades antes mencionadas, los padres recuerdan que muchas veces George afirma *nadie me quiere porque todos me gritan* y se jala las pestañas.

Desarrollo cronológico

- Desde bebé:
 - Muy inquieto
 - Lloraba con frecuencia y con alta intensidad

- Desde kínder:
 - No prestaba atención a clases
 - Dificultades en actividades de motricidad fina
 - Rendimiento académico muy disminuido (cero en exámenes)
 - Pataletas frecuentes, no aceptaba “no”
 - Babeaba en exceso

- En segundo grado:
 - Le dobló el brazo a profesora de apoyo en tareas escolares

Tratamientos psicológicos y psiquiátricos previos

Cuando el niño cursaba el inicial de 5 años, en el año 2009, un profesor de la institución que apoyaba en sus tareas escolares recomendó que requería de ayuda profesional por las conductas inadecuadas que presentaba en el aula. Fue así que acudieron al Hospital de la Solidaridad, donde el neuropediatra lo derivó a una clínica privada para realizar una evaluación psicológica. Luego, un psicólogo que trabajaba en la institución que apoya en sus tareas escolares les recomendó a ambos padres que acudieran a un instituto para el desarrollo infantil para dicha evaluación, pero por motivos económicos quedó en pausa.

En segundo grado de primaria, en el año 2011, George ocasionó un incidente con una de las profesoras de la institución que apoyaba con sus tareas escolares, donde se sugirió nuevamente que acudieran en búsqueda de apoyo profesional.

En tercer grado, exactamente el día 5 de junio del 2012, acudió por primera vez a una evaluación con el neuropediatra de un instituto para el desarrollo infantil, a la edad de 8 años, 10 meses. Este indicó que presentaba dislalias, entre otros y sugirió como

diagnóstico el Trastorno del aprendizaje. A partir de esta también se solicitó que ingresara a diferentes terapias, entre ellas: Modificación de Conducta, Terapia de Lenguaje, Terapia de Aprendizaje, Taller de Déficit de Atención y una Evaluación Psicológica. Ese mismo año, el 30 de octubre, a la edad de 9 años con 3 meses, acudió a una segunda cita con el mismo neuropediatra de una institución para el desarrollo infantil, donde este indicó que se jalaba las pestañas y planteó como diagnóstico el TDAH, así como le recetó al niño Ritalin de 10 mg.

En cuarto grado de primaria, el día 26 febrero del 2013, obtuvo una tercera cita con el neuropediatra, el cual explicó que el niño había mostrado mejoras con el Ritalin, según lo que indicaban sus padres, y no mostraba efectos adversos. Luego de aproximadamente 7 meses, el 3 de setiembre del 2013, se realizó una cuarta cita con el neuropediatra, donde el mismo indicó que el niño contaba con un peso de 40 kg. y una estatura de 1.38 cm. Pasados dos meses, el niño acudió nuevamente a ser evaluado por el mismo neuropediatra, el día 17 de diciembre del 2013, a la edad de 10 años, donde se añadió que contaba con un peso de 46 kg. y una estatura de 1.39 cm. Asimismo, se recetó Rivotril en gotas.

El siguiente año, cuando el niño cursaba el quinto grado de primaria, el día 6 de febrero del 2014, el neuropediatra indicó que pesaba 44 kg. y una estatura de 1.40 cm., y recomendó continuar con el Ritalin y el Rivotril.

Luego de 4 meses de esta última cita, el 19 de junio del 2014, se dio un cambio de neuropediatra, donde el mismo indicó un diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención (F90.9) y Trastorno de Ansiedad (F93.8) con un medio familiar violento. Sugirió además iniciar el uso de una dosis de Sertralina de 50mg, primero $\frac{1}{4}$ de tableta por noche y luego $\frac{1}{2}$ tableta por noche, por los siguientes 3 meses. Del mismo modo, sugirió que continuara acudiendo a las terapias de Modificación de conducta, Aprendizaje (2 veces por semana) y Taller de Atención y Concentración.

Transcurridos 3 meses de la cita anterior, George volvió para ser observado por el nuevo neuropediatra, el día 22 de septiembre del 2014, donde se recuperaron los datos de su peso = 54 kg. y estatura = 1.43 cm, así como se repitió el mismo diagnóstico antes dado y se sugirió aumentar la Sertralina de 50mg a 1 tableta por noche, así como iniciar una dieta balanceada y sana para su edad correspondiente.

Opinión del paciente sobre su problema

- No existe conciencia actual sobre su problema
- George solo menciona que asiste a terapias porque lo ayudan en sus tareas y porque “se amarga” a veces.

Historia personal

Desarrollo inicial

Natales: Embarazo bueno y tranquilo. Madre, empleada del hogar hasta día que dio a luz. Peso: 2 kilos con 450 gramos. Estatura: 48 cm.

Enfermedades: Principios de asma, nebulizado al año de nacido. Gotas de Ambroxol, padre lo atribuye como causa de las dificultades en el aprendizaje de su hijo. Entraba y salía de hospitales hasta 2 o 3 años de edad.

Desarrollo Psicosocial

Aspecto motor: se sentó a los 6 meses. Gateó a los 9 meses. Caminó solo al año, 3 meses con apoyo por contextura gruesa.

Lenguaje: primeras palabras a los 6 meses. Hablar a los 9 meses. Primeras frases 1.6 meses. Dificultades en R, L, S. Babeaba en exceso hasta 5 o 6 años que entró a colegio.

Alimentación: lactancia materna exclusiva hasta el año y medio. Biberón y cucharita a los 6 meses. Alimentos sólidos con facilidad. Buen apetito. Prefiere comer viendo televisión en lugar de sentarse con la familia.

Sueño: tranquilo y profundo. Se levanta para ir al baño en ocasiones. De bebé lloraba con frecuencia y se levantaba a cualquier hora por asma. Desde enero duerme en habitación con hermana

Control de esfínteres: pañal de tela hasta año y medio. Bacín a los 3 años. Hasta año pasado necesario apoyarlo en limpieza de heces porque manos no llegaban.

Hábitos: Apoyo para vestirse hasta los 8 años. Apoyo para bañarse hasta la actualidad.
No se enjabona correctamente.

Educación

1 año, 6 meses: centro estatal de estimulación temprana (“cuna”).
PRONOEI (programa no escolarizado de educación infantil) 3 a 4 años.
Ingresó a colegio en el que aún se encuentra.

Relaciones interpersonales

Amistades: logra hacer amistades pero cuando no quieren jugar con él, admite que no tiene amigos.

Relaciones con el sexo opuesto: no le gusta hablar de eso. No cuenta nada. Pide que no lo fastidien. Entre compañeros se molestan con las chicas y le da vergüenza. Juega con niñas sin excluirlas pero prefiere jugar con niños.

Historia Psicosexual

No les han informado a ambos hijos. Padre lo hace de manera inadecuada.

Historia de la recreación y de la vida social

No le gusta salir de casa a jugar con sus pares.

Prefiere ver televisión.

Juega con hermana y madre, muy rara vez.

Natación y fútbol en vacacional.

Hábitos

No quiere bañarse ni tender su cama, le da flojera cambiarse, elige ropa vieja.

Enfermedades y accidentes

Principios de asma.

7 años paperas.

8 años varicela.

8 años se rompió quijada patinando con skate, 4 puntos.

Convulsiones 2 meses de nacido por altas fiebres.

Movilidad e instalación

Primer mes de nacido en cuarto con hermana y padres.

Luego se mudaron a casa actual.

Personalidad

Cariñoso, alegre y paciente cuando está de buen humor, de lo contrario se molesta, levanta la voz, reniega, llama a sus padres por sus nombres.

Inocente, con “buen corazón”.

Le gusta compartir con los demás.

Historia familiar

Tabla 2: *Datos demográficos de padre, madre y hermana de George*

Datos	Padre	Madre	Hermana
Nombre	Gerardo	Elsa	Marjorie
Sexo	Masculino	Femenino	Femenino
Edad	33 años	38 años	12 años
Lugar y fecha de nacimiento	Piura, 22 de noviembre de 1980	Carhuaz, Ancash, 14 de julio 1975	Lima, 26 de agosto 2001
Tiempo de residencia en Lima	14 años, desde los 20 años (en el 2000)	22 años, desde los 16 años de edad	
Estado civil	Soltero	Soltera	Soltera
Grado de instrucción	Secundaria incompleta (cuarto de secundaria)	Secundaria completa	Secundaria incompleta (primero de secundaria)
Ocupación actual	Vigilancia	Empleada del hogar	Estudiante
Religión	Católica	Católica	Católica
Características personales	Tez oscura, contextura promedio, estatura baja (1.59 cm), cabello corto negro, nariz aguileña, ojos pequeños color negro	Tez trigueña, contextura promedio, estatura promedio (1.60 cm), cabello largo marrón oscuro, ojos grandes color marrón, boca grande.	Contextura delgada, aproximadamente 1.55 cm, tez más clara que sus familiares, cabello largo y lacio de color marrón oscuro, ojos rasgados de color marrón oscuro.

Tabla 3: *Relaciones entre los integrantes de la familia*

Relación	Padre	Madre	Hermana
Relación con George	<p>No muy buena. Le grita mucho, le llama la atención, no le tiene paciencia y lo maltrata físicamente (palmazo, jalón de orejas o patillas). Sin embargo, de buen humor conversan y el padre le aconseja o ven televisión juntos.</p>	<p>Buena relación, conversan bastante, lo ignora cuando se molesta, ya no lo golpea, le aconseja, juegan entre ella y sus hijos.</p>	<p>Antes se querían bastante, andaban juntos y compartían su tiempo jugando, sin embargo, desde que Marjorie entró a secundaria, las cosas entre ambos han cambiado. Suelen pelearse con mayor frecuencia, George se molesta con facilidad con ella, mientras que Marjorie pierde la paciencia al tratar de ayudarlo con sus tareas escolares. Cuando ambos están de buen ánimo, como afirma la madre, son capaces de comer, conversar y reírse juntos. Ella es más dócil, debido a que a pesar de estar molesta, comparte la mesa para comer con sus familiares, mientras que si George se molesta, se va a comer solo frente a la televisión o deja su comida.</p>
Relación de los padres con su hermana	<p>El padre del niño no es el padre de Marjorie, y, a pesar de vivir juntos por 10 años, Marjorie no se lleva bien con su padrastro. Suelen pelearse con frecuencia, discuten porque el padre de George molesta y fastidia a la adolescente, le pregunta con quien está conversando por el celular y la molesta con el sexo opuesto. La madre de George le ha solicitado en repetidas ocasiones que no se meta con su hija, que la deje en paz y que no le grite, pero él hace que Marjorie pierda la paciencia y busque estar sola.</p>	<p>La madre admite tener una buena relación con su hija, conversan mucho juntas y la ayuda en los quehaceres del hogar, admite que es una adolescente bien centrada, estudiosa y madura, y que por tratar de defenderla a ella del temperamento de su pareja, ha dejado que moleste más a George.</p>	
Relación entre los padres	<p>Los padres de George recuerdan que se conocieron mientras que la madre iba a visitar a los familiares de su hija mayor y el padre era vigilante de una construcción en la misma calle. Ambos solían encontrarse y se detenían a conversar. La madre admite que nunca formalizaron su relación, pero empezaron a vivir juntos cuando nació George y hasta ahora siguen bajo el mismo techo.</p>		

Antecedentes psiquiátricos en la familia

No existen antecedentes psiquiátricos en la familia, sin embargo, la madre añade que la hermana de su pareja no terminó la primaria debido a que se le hacía muy difícil y se rindió.

Personas significativas integradas al grupo familiar

- El padre de George tiene dos hermanos que viven en Lima, mientras que sus demás familiares viven en provincia.
- La madre de George solo tiene una sobrina de 25 años que vive en Lima, los demás familiares también viven en provincia.

5.2 Presentación de los resultados de cada técnica de recolección de información

5.2.1 Factores generales

5.2.1.1 Procesos Cognitivos Globales:

A. Escala de Inteligencia de Wechsler WISC IV

a. Observaciones generales

En cuanto a las actividades desarrolladas dentro de esta prueba, se observaba que en ocasiones era necesario repetirle a George las consignas para que comprendiera pero, una vez que lo lograba, aparentaba estar focalizado y concentrado, mientras que se repetía a sí mismo las respuestas en voz alta al ir avanzando. Mostraba una disposición adecuada, manteniéndose reclinado en la mesa. Sin embargo, por momentos se manifestaba tímido, con los

hombros decaídos y con contacto visual esquivo. Esto sucedía sobre todo en ocasiones donde el niño se observaba angustiado por la dificultad que representaba para él algunas actividades.

Asimismo, al momento de responder a cuestionamientos, George optaba por un tono de voz más bajo, respondiendo de manera muy breve y se presentaban dificultades para comprender sus mensajes, siendo necesario solicitarle que los repitiera. El niño hablaba en ocasiones con los ojos cerrados o mirando hacia el piso, lo cual también dificultaba la comprensión por parte de los receptores.

George permanecía atento a las anotaciones que realizaba la evaluadora, intentando descifrarlas. El niño se mantuvo muy pendiente del tiempo restante a lo largo de todas las sesiones y solía hacer sonar sus dedos, jugar con sus manos, rascarse la cabeza, mecerse en su silla o morder sus uñas al solicitarle presentar respuestas verbales espontáneas.

b. Resultados cuantitativos

Tabla 4: *Puntajes obtenidos tras la aplicación del WISC IV*

Subtest	P.D.	P.E.	Edad equivalente	Categoría
Cubos	35	11	9.1	Promedio
Semejanzas	9	5	6.6	Límite
Dígitos	15	10	10.2	Promedio
Conceptos	12	5	7.2	Límite
Claves	44	9	10.2	Promedio
Vocabulario	20	5	7.2	Límite
Letras y Números	16	9	9.6	Promedio
Matrices	17	7	8.6	Promedio Bajo
Comprensión	18	8	8.6	Promedio Bajo

Búsqueda de Símbolos	27	12	12.2	Promedio Alto
Figuras Incompletas	17	6	7.2	Límite
Animales	54	6	7.2	Límite
Información	12	5	7.6	Límite
Aritmética	19	7	8.6	Promedio Bajo
Adivinanzas	5	3	<6.2	Retraso

Figura 1: Perfil de puntuaciones compuestas de los coeficientes intelectuales del WISC IV

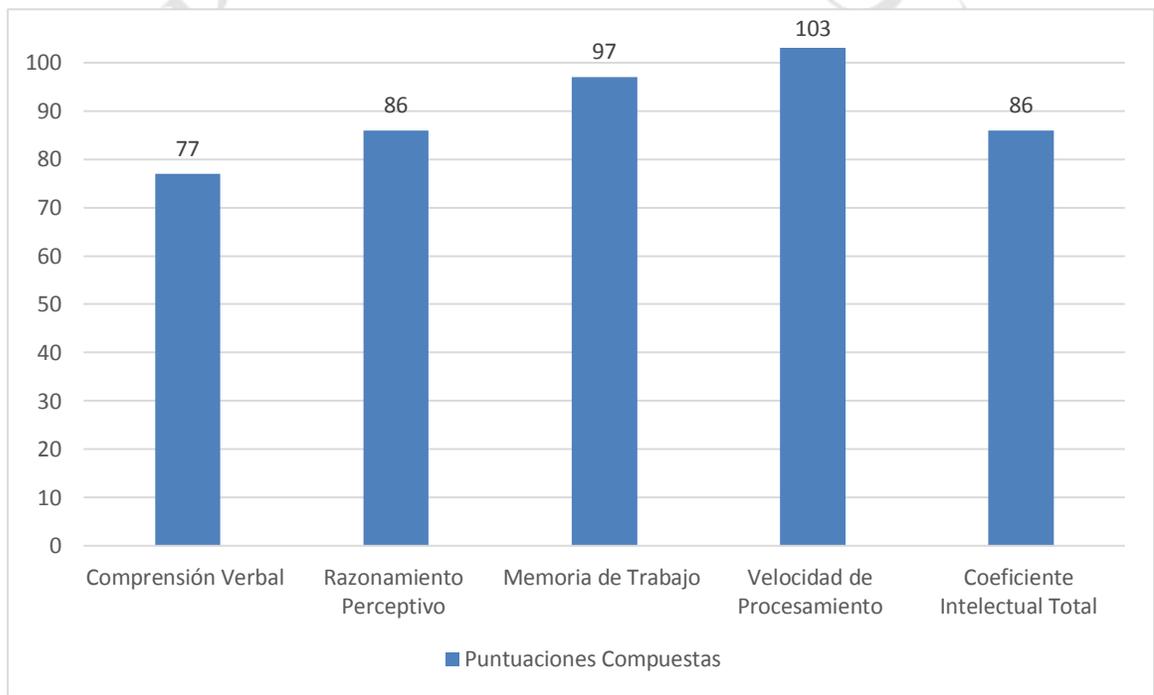
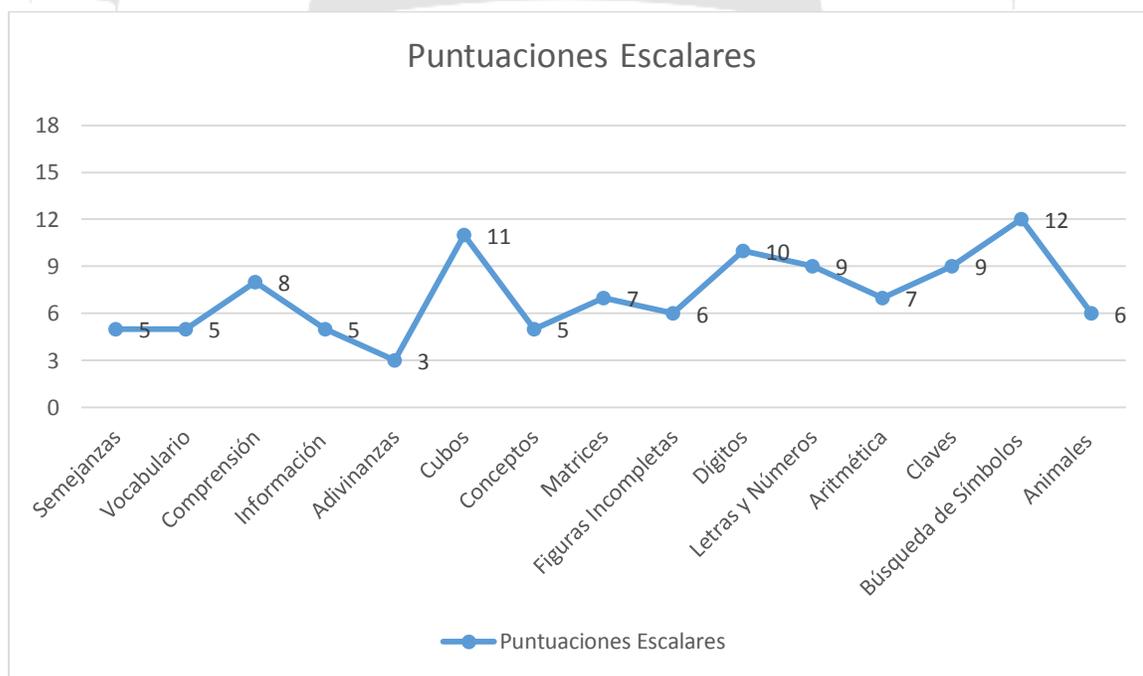


Tabla 5: Perfil de puntuaciones compuestas del WISC IV

Test	P.C.	Percentil	Categoría
Comprensión Verbal	77	6	Limítrofe
Razonamiento Perceptivo	86	18	Promedio Bajo
Memoria de trabajo	97	42	Promedio
Velocidad de Procesamiento	103	58	Promedio
Coefficiente intelectual total	86	18	Promedio Bajo

Figura 2: Perfil de puntuaciones escalares



c. Resultados cualitativos

En el área intelectual, George obtiene resultados que lo ubican en la categoría Promedio Bajo. Según lo evaluado, él presenta un desempeño propio de la categoría Promedio en las escalas de Velocidad de Procesamiento y Memoria de Trabajo, Promedio Bajo en la escala de Razonamiento Perceptual y Límite en la escala de Comprensión Verbal.

Así, se observa que el mejor desenvolvimiento de George está en la escala de Velocidad de Procesamiento, donde alcanza resultados dentro del promedio en las dos principales actividades respectivas a esta escala. En primer lugar, en tareas de discriminación de símbolos abstractos que sean idénticos al patrón presentado dentro de un conjunto. En segundo lugar, en tareas de aprendizaje y reproducción de material visual, en asociación de signos y símbolos. Sin embargo, obtiene un resultado por debajo del promedio en actividades que involucran una discriminación perceptual, la habilidad para reconocer velocidad y precisión, así como persistencia y organización en el barrido.

En la escala de Memoria de Trabajo, obtiene un desenvolvimiento esperado para su edad al medir su capacidad de sucesión, manipulación mental, atención, memoria auditiva a corto plazo y formación de imágenes visoespaciales.

El niño mantiene resultados adecuados al evaluar su capacidad para repetir de manera mecánica algunos dígitos que le fueron previamente mencionados, en el orden inicial e inverso, por lo que se observa un nivel conveniente en su atención a estímulos verbales concretos. Asimismo, demuestra una apropiada capacidad de secuenciación auditiva, adaptada memoria de corto plazo y operativa, apropiados niveles de atención y concentración auditiva y persistencia.

Por el contrario, George obtiene resultados por debajo de lo esperado al evaluar su habilidad para atender y centrar la atención en las relaciones numéricas y procesos lógicos para la comprensión de la matemática. Esto podría sugerir características de distracción, ansiedad en tareas escolares, bloqueo mental hacia las matemáticas o una desventaja cultural en el niño.

Por otro lado, en la escala de Razonamiento Perceptual, George se ubica dentro del promedio en actividades de construcción de diversos diseños en base a modelos previamente mostrados. Este aspecto da cuenta de una buena capacidad de conceptualización, buena coordinación óculo manual y habilidad para analizar y sintetizar estímulos visuales abstractos.

El niño obtiene resultados por debajo del promedio cuando debe identificar el elemento faltante en imágenes que le son mostradas. En este caso, se evidencia un bajo nivel de atención en la tarea, así como una pobre organización perceptiva, baja habilidad de razonamiento y atención a los detalles disminuida.

George logra resultados por debajo de lo esperado al momento de seleccionar y agrupar imágenes, de manera que sostengan una relación lógica. Lo señalado demuestra una capacidad deficiente en su razonamiento abstracto, habilidad para categorizar y formar conceptos a partir de sus destrezas perceptuales.

De manera complementaria, George logra resultados debajo del promedio de su edad en el reconocimiento de detalles esenciales de los objetos y situaciones familiares, evidenciado un pobre nivel en su estado de alerta hacia lo que acontece alrededor suyo y en sus niveles atencionales.

Finalmente, en la escala de Comprensión Verbal, George da a conocer que cuenta con ciertas deficiencias en este aspecto. Los mejores resultados que obtiene dentro de esta escala, ubicándose dentro del promedio esperado para su edad, se dan al presentarle

tareas que evalúan la capacidad de comprensión de principios sociales, evidenciando un desempeño adecuado en su habilidad para el entendimiento de situaciones sociales, desarrollo del juicio social, sentido común y en su capacidad de utilizar experiencias previas para dar solución a situaciones de la vida diaria.

Sin embargo, George denota ciertas dificultades en su capacidad para brindar definición a diversas palabras, lo cual muestra un escaso vocabulario y complicaciones para expresar su pensamiento e ideas de una forma ordenada a través de la estructuración de frases y significados de elementos de la vida. El niño sigue presentando un rendimiento pobre al establecer semejanzas entre dos palabras, lo que da a conocer su insuficiencia para formar conceptos e identificar características esenciales de las que no son.

Además, se midió su habilidad para adquirir, conservar y recuperar conocimientos generales, tarea en la cual evidencia un escaso rango de datos que viene asimilando a partir de su aprendizaje escolar y social. También se evaluó su destreza analógica y abstracción verbal para razonar a partir de pistas, actividad en la que presenta un rendimiento muy por debajo de lo esperado, debido a la reducción de la atención prestada a cada pista brindada, la desconcentración y al cansancio por ser esta la última prueba aplicada.

5.2.1.2 Procesos Cognitivos Básicos:

A. Escala de Evaluación de TDAH de Vanderbilt para Padres

a. Observaciones generales

Para llevar a cabo esta prueba, se le solicitó a la madre de George que llene en casa el cuestionario presentado y lo entregue en la siguiente sesión pautada con el niño. Al entregarlo, la madre explicó que lo realizó en compañía de su hija mayor, ya que había ciertas palabras y expresiones que no comprendía con facilidad, así como le costaba puntuar los ítems por sí sola.

Por esto, se consideró necesario, luego de haber transcurrido seis meses desde la primera vez que llenó el cuestionario, solicitarle nuevamente que lo realice. En esta segunda oportunidad, la psicóloga encargada de la presente investigación, leyó uno a uno los ítems del cuestionario al lado de la madre de George, de modo que sus dudas o dificultades sean absueltas, con el cuidado de no interferir en sus respuestas y puntuaciones.

b. Criterios de corrección de la prueba

Tabla 6: *Criterios de corrección de la Escala de Evaluación de TDAH de Vanderbilt para padres*

Categoría	Criterios
Predominio de Inatención	Debe puntuar 2 o 3 en 6 de los 9 ítems en las preguntas 1-9 Puntuar 4 o 5 en cualquier pregunta de performance 48-55
Predominio de Hiperactividad/Impulsividad	Debe puntuar 2 o 3 en 6 de los 9 ítems en las preguntas 10-18 Puntuar 4 o 5 en cualquier pregunta de performance 48-55
TDAH con Inatención/Hiperactividad	Requiere que se cumplan los dos criterios antes mencionados
Desorden oposicional – desafiante	Debe puntuar 2 o 3 en 4 de las 8 conductas en las preguntas 19-26 Puntuar 4 o 5 en cualquier pregunta de performance 48-55

Desorden de Conducta

Debe puntuar 2 o 3 en 3 de las 14 conductas en las preguntas 27-40

Puntuar 4 o 5 en cualquier pregunta de performance 48-55

Debe puntuar 2 o 3 en 3 de las 7 conductas en las preguntas 41-47

Ansiedad/Depresión

Puntuar 4 o 5 en cualquier pregunta de performance 48-55

c. Resultados cuantitativos

Tabla 7: *Resultados de la aplicación de la Prueba de Vanderbilt*

	Predominio de Inatención		Hiperactividad / Impulsividad		Inatención / Hiperactividad	Desorden opositor/ desafiante		Desorden de conducta		Ansiedad / Depresión	
Criterios	6/9	1/8	6/9	1/8	2 criterios anteriores	4/8	1/8	3/14	1/8	3/7	1/8
Resultados (21/05)	8/9	4/8	5/9	4/8	1 criterio (inatención)	8/8	4/8	4/14	4/8	1/7	4/8
Resultados (26/11)	7/9	3/8	0/9	3/8	1 criterio (inatención)	2/8	3/8	3/14	3/8	6/7	3/8

d. Resultados cualitativos

En la primera evaluación aplicada a la mamá, George obtiene puntajes más altos en los criterios de Predominio de Inatención y Desorden Oposicionista Desafiante, seguido de Desorden de Conducta. Las conductas que presentó con mayor frecuencia fueron: dificultad para concentrarse en lo que hace, distraerse fácilmente con los ruidos, mostrarse olvidadizo con las actividades diarias, mover las manos o los pies en su asiento, discutir con los padres, perder el control, culpar a otros por sus errores, mostrarse enojado o resentido, rencoroso o vengativo, amenazar o intimidar a los demás, iniciar peleas físicas y mentir para salir de los problemas. Asimismo, muestra mayores dificultades en su desempeño escolar, lectura, matemáticas y la relación con su hermana.

En la segunda ocasión, muestra algunos resultados diferentes, presentando puntuaciones que lo posicionan en Predominio de Inatención, además de Ansiedad / Depresión, seguido de Desorden de Conducta. En esta ocasión, presenta una mayor frecuencia de conductas en: no poner atención a los detalles, dificultad para concentrarse, parece que no escucha cuando se le habla, dificultad para organizar tareas, evitar tareas con esfuerzo mental, ser olvidadizo, discutir con los padres, mentir para salir de los problemas, demostrar miedo, ansiedad o preocupación, sentirse solo y estar triste. En relación a su desempeño, se encuentran algunas dificultades en lectura, matemáticas y participación en actividades organizadas.

B. Escalas para la Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad – EDAH

a. Observaciones generales

Con respecto a esta prueba, se le solicitó al profesor del aula de quinto grado de primaria que aplicara el cuestionario para conocer las conductas que presentaba George en la institución al finalizar el quinto grado de primaria. No se presentaron comentarios o dudas con respecto a la prueba.

b. Resultados cuantitativos

Tabla 8: *Puntaje directo, punto de corte y centil de la aplicación de la Prueba de EDAH*

	H	DA	TC	H + DA	H + DA + TC
Puntaje Directo	4	10	5	14	19
Punto de Corte	95	93	91	95	95
Centil	50	93	65	85	80

c. Resultados cualitativos

Esta prueba da a conocer que George cuenta con un predominio en el Déficit de Atención dentro del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. Las conductas que observa el profesor con mayor frecuencia son: dificultad en el aprendizaje escolar, fácil distracción, no terminar las tareas y frustrarse fácilmente.

C. Test Guestáltico Visomotor de Bender

a. Observaciones generales

A lo largo de la evaluación de esta prueba, se observó que George comprendió con rapidez las instrucciones dadas. Contó los puntos de las figuras 1 y 2 y, a pesar de explicarle que no era necesario y que lo hiciera lo más parecido posible sin necesidad de contarlos, lo hizo también en la figura 4. Se evidenció que hacía sonar los dedos de sus manos entre los cambios de láminas que hacía la evaluadora. Finalmente, en la figura 7, se notó que hacía un primer intento de copiar la imagen presentada, luego levantó la mirada para observar a la evaluadora, sonrió y alcanzó el borrador para borrar y hacer de nuevo la figura.

b. Resultados cualitativos

Al evaluar a George con el Test Guestáltico Vismotor de Bender, representa una edad equivalente de 8 años, cuando su edad correspondía a los 10 años, 11 meses en el momento que fue evaluado, en el área de percepción visomotora. Además, se evidencia un indicador emocional, el de “Gran Tamaño”, el cual se refiere a que el niño cuenta con la característica de “acting out”, es decir, presenta una descarga de sus impulsos hacia afuera con respecto a sus conductas, así como cuenta con dificultades en el procesamiento mental.

D. Toulouse Piéron – Prueba Perceptiva y de Atención

a. Observaciones generales

A lo largo de la evaluación de la prueba del Toulouse Piéron se observó que George escuchaba atentamente a las indicaciones, sin embargo, quería iniciar antes de concluir con esta. Del mismo modo, al comentarle que obtendría 10 minutos para realizarla, exclamó *¿no pueden ser 15 minutos?*, así como presentó un *asu* al ver la cantidad de símbolos con los que debía trabajar. El niño se mantuvo concentrado en lo que hacía a lo largo del tiempo establecido, así como trabajó en silencio. Mostraba el ceño fruncido al trabajar y se observaron pequeñas gotas de sudor en su nariz. Pasados los 5 minutos de trabajo, sus mejillas comenzaron a enrojecerse, siendo así que luego del minuto número 7, cambió de posición, suspirando y levantando un poco su cuerpo. Al culminar el tiempo establecido, se sostuvo la cara con ambas manos, se sentó derecho y preguntó cuánto tiempo faltaba para retirarse.

b. Resultados cuantitativos

Tabla 9: *Resultados de la aplicación de la Prueba Toulouse Piéron*

Siglas	Puntuación	Significado
N	21	Nº filas intentadas
R	129	Total marcas
P	8	Posibilidades última fila
O	72	Posibilidades dejadas en blanco
P	208	Total posibilidades [10 (n-1) + p]
A	136	(P-O)
E	-7	(R-A)
P.D.	71	
Percentil	14	A – (E+O)
Categoría	Inferior al promedio	

c. Resultados cualitativos

George cuenta con un puntaje directo total 71, ubicándolo en el percentil 14, cuya categoría corresponde al nivel inferior al promedio. Esto indica que presenta dificultades de Atención y Concentración en las aptitudes perceptivas visuales.

5.2.2 Factores personales

5.2.2.1 Test de la Figura Humana

A. Observaciones generales

a. Figura humana masculina

Para este dibujo, George tomó aproximadamente 12 minutos. Al darle la consigna, el niño preguntó *¿grande o chiquito?*, ante lo cual se le respondió: *como tú quieras*, para luego empezar a dibujar lentamente, sin apuros. Inició dibujando una cabeza con varios pelitos, la borró para hacerla de nuevo y continuó con el cabello, los rasgos de la cara, el cuello, el torso, los brazos, el pantalón, las piernas y los zapatos, para finalmente plasmar las manos, borrando los dedos de la mano izquierda en una ocasión para volver a realizarla. Se observó que George presentaba el lado izquierdo primero que el derecho en su dibujo.

Al solicitarle un relato, él expresó: *Había una vez un niño llamado Juan, que iba a jugar con sus amigos al parque pero cada uno iba a llevar 3 soles para que se compren algo y Juan estaba muy contento. Nada más.*

Luego de esto se realizó un cuestionario con respecto al dibujo realizado:

Tabla 10: *Fase de entrevista de la prueba de Figura Humana masculina*

Pregunta	Respuesta del niño
Edad	Ah... ¿10?
¿Qué es lo que más le gusta hacer?	Jugar, ¿chapadas?, con sus amigos de Mollicentro
¿Qué es lo que no le gusta hacer?	Hacer la tarea
¿A qué le tiene miedo?	A los tigres, a los leones, a los perros y... nada más
¿Se molesta? ¿Cuándo?	Uhm... un poco. Cuando su mamá le dice que haga la tarea. Este... tira las cosas, a su mamá. Su mamá también se pone amarga
¿Tiene facilidad para hacer amigos?	Sí, tiene muchos amigos
¿Cuáles son sus virtudes?	(Pregunta qué es virtudes) uhm... no sé, felicidad, ¿tristeza?, ya
¿Cuáles son sus defectos?	Su "amarguez", su tristeza
¿Qué le hacen cuando se porta mal?	Uhm... lo castigan, que no juegue un fin de semana con sus amigos o con la computadora
¿Qué tal se lleva con sus papás?	Mal, porque él siempre quiere salir a jugar y sus papas no le dejan
¿Con quién se lleva mejor? ¿Por qué?	Su papá, porque es más bueno que su mamá, le compra sus cosas, play, tablet, celular

¿Te gustaría parecerle a él?

No, porque solo porque su papá le compra cosas no quiere decir que su mamá no lo quiera

b. Figura humana femenina

Para el dibujo de la figura humana femenina, George se tomó 3 minutos menos que en la figura masculina, es decir, utilizó 9 minutos. El niño empezó esbozando lo que parecía la cabeza, para luego borrarla y volver a realizarla, observándose cierto descuido en el borrado, arrugando la hoja y haciéndolo de manera débil, por lo que aún se observaba el trazo del lápiz. Continuó dibujando la cabeza, el rostro, el cabello, el cuello, los hombros, los brazos, el torso, la falda y las manos. Regresa luego de esto a la parte del cabello, para hacer más trazos, de manera rápida, y continúa con las piernas y los pies, retomando a la mano derecha para corregirla con trazos más fuertes.

Por otro lado, se observó que realizaba sonidos con su boca mientras dibujaba, como si estuviera pensando. Además, observaba muy de cerca el papel mientras continuaba dibujando, sombreando el cabello de la persona y mostrando delicadeza al realizarlo.

Al finalizar su dibujo, se pudo observar que George hacía sonar sus dedos de ambas manos mientras esperaba a que la evaluadora continúe con la siguiente parte de la prueba. Es así que al solicitarle que realice un relato sobre la persona dibujada, él sostiene su cabeza con ambas manos, percibiéndose cierta resistencia al momento de hacerlo. Sin embargo, al iniciar con la historia, se evidenció un tono de voz adecuado, hablando de manera pausada, moviendo la cabeza y manteniendo los ojos cerrados al contarla. Así mismo se mantuvo inclinado hacia la mesa, jugando con sus manos, corrigiéndose a sí mismo y la historia, acomodándose en la silla,

levantando la cabeza por momentos para observar a la evaluadora, meciéndose en la silla y por momentos inquietándose al no saber qué más añadir.

Con respecto a las preguntas que se le realizaron con respecto al dibujo, George se mantuvo por momentos con los ojos cerrados respondiendo, mientras que en otras ocasiones miraba de reojo a la evaluadora, agachando su cabeza hacia la mesa o cambiando su tono de voz de alto a muy bajo. Se observó también que respondía de manera más espontánea y fluida luego de que se le preguntó sobre el dibujo y habló del papá, aunque cuando habló sobre las virtudes y defectos del personaje, respondía con un tono de duda.

De igual manera, se evidenció un gesto de tristeza cuando habló sobre salir a la calle a jugar, mirando al piso mientras pensaba y haciendo “puchero” con la boca. Finalmente, al culminar con las preguntas, George exclama que ya es hora de irse, sonriendo y sentándose derecho, así como muestra una gran sonrisa al retirarse del ambiente de evaluación.

Relato: *“Había una vez una niña que quería varias cosas pero su mamá le compraba, su papá no, porque era bueno con ella, porque si no ella ya no iba a estudiar, porque ella pedía muchos juguetes. Ella le gritó a su papá porque no le compraba cosas.*

Cuestionario:

Tabla 11: *Fase de entrevista de la prueba de Figura Humana femenina*

Pregunta	Respuesta del niño
Nombre	¿María?
Edad	8 años
¿Qué es lo que más le gusta hacer?	Jugar con sus muñecas, muchas
¿Qué no le gusta hacer?	Estudiar, porque no quiere ser una buena niña
¿A qué le tiene miedo?	A su papá, porque le puede gritar
¿Se molesta? ¿Cuándo?	Sí, cuando no le compran juguetes, más juguetes
¿Tiene facilidad para hacer amigos?	No, porque se dedica a jugar en su casa con sus muñecas
¿Cuáles son sus virtudes?	Felicidad, nada más
¿Cuáles son sus defectos?	Amarguez y tristeza
¿Qué le hacen cuando se porta mal?	Le gritan, su papá
¿Qué tal se lleva con sus papás? ¿Con quién se lleva mejor? ¿Por qué?	Con su mamá bien, pero con su papá mal. La mamá le compra juguetes y el papá no
¿Te gustaría parecerte a ella?	No, porque a mí no me gusta jugar, ni siquiera salgo para ver qué están jugando. Ya estoy igual que mi hermana, porque ella tampoco sale a jugar. Yo no quiero salir, ya no ya, porque algunos a los que no hacen nada ni dicen nada le dicen “picón”

c. Resultados cualitativos

Ambos dibujos parecen ser realizados por un niño de menor edad que George, se perciben como caricaturizados o infantilizados, llevando a considerar una posible regresión en el niño. Del mismo modo, el dibujo da la impresión de que la figura humana masculina resulta más débil y menos dominante que la femenina, dando a percibir una poca diferenciación sexual, lo cual se podría traducir como un superyó muy fuerte, que lucha ante la impulsividad que lo caracteriza, llevando a reprimirse mucho en todo sentido, siendo reservado y un tanto desconfiado, tratando de contenerse el mayor tiempo posible, pero al final perdiendo el control de sus impulsos.

Con respecto a los aspectos formales, George dibujó primero a la figura humana masculina y obtuvo una correcta organización del esquema corporal, iniciando por la cabeza y culminando en los pies. El tamaño de ambos dibujos resulta adecuado, aunque las cabezas de ambos dibujos podrían percibirse como ligeramente más grandes que los cuerpos, denotando una preocupación excesiva con respecto a ciertos temas específicos que se explicarán más adelante.

En cuanto a los trazos de los dibujos, se pueden observar líneas rectas pero repasadas, así como esbozadas, dando a conocer a partir de esto una inseguridad asociada con la ansiedad que presenta el niño. También puede percibirse como timidez, falta de autoconfianza y vacilación en sus conductas o ante el enfrentamiento de situaciones nuevas. Ambos dibujos se observan rígidos y sin movimiento, lo cual demuestra rigidez, falta de espontaneidad o hipervigilancia. El tema del dibujo explica que son dos niños con edades diferentes (la figura masculina con 10 años, y la femenina con 8 años), probablemente planteando a la segunda imagen como menor debido a que es una edad que anhela y extraña, contando quizás con

el deseo de volver a edades anteriores de niñez y alejarse un tanto de la pubertad que atraviesa actualmente.

De igual manera, se evidencia una ligera falta de simetría en ambos dibujos, planteando un escaso sentido de coordinación o falta de control en la vida del niño. También se observa que ambos dibujos están totalmente centrados en las hojas, explicando una orientación hacia sí mismo. Al observar la postura de ambos personajes, se evidencia que cuentan con piernas más delgadas que todas las partes de su cuerpo, aparentando debilidad, o tal vez dando a conocer que las personas alrededor de George no cuentan con bases sólidas, o de lo contrario, son percibidas de esta manera por él, mostrando inestabilidad en sus vidas. En el tema de las borraduras, se perciben más de estas en la figura femenina, sobretodo en la cabeza, el cabello y una de las manos, expresando signos de ansiedad, dificultad para planificar, así como una baja tolerancia a la frustración.

En el análisis del contenido, como ya se mencionó anteriormente, las cabezas se muestran ligeramente más grandes que los cuerpos, así como se evidencia a las cabezas como poco sostenidas, interpretándose como una pérdida de la racionalización, mostrándose más emocional. El cuello de los personajes se percibe más ancho que el cuerpo de ambos, expresando impulsividad. La ausencia de orejas demuestra las dificultades que el niño encuentra por aceptar las críticas que se le generan o también evalúa a su entorno como amenazante. Las sonrisas que dibuja dan a conocer que cuenta con una alta deseabilidad social, buscando que los demás lo aprueben, pero observándose dificultades para expresarse. Los hombros más anchos en la mujer demuestran una supremacía de este género, comparado con el masculino, así como el cuerpo del hombre se muestra más delgado, infiriéndose un descontento con su propio cuerpo. La cintura estrecha y apretada en la figura masculina representa un control precario, que puede influir en arranques

impulsivos. Del mismo modo se observan brazos rectos, que refuerzan esta búsqueda de control corporal. Las manos ligeramente grandes en ambas figuras muestran una necesidad de recibir afecto o contacto. Los dedos de las figuras muestran solo cuatro dedos, expresando inmadurez. Se percibe la culpabilidad en ambos dibujos, mostrando a personajes sonrientes y estructurados, pero escondiendo emociones altamente negativas y ansiosas en sus representaciones. La ausencia de la línea base o el pasto en ambos dibujos expresa la existencia de una figura de autoridad adulta controladora, así como también se ha asociado con dificultades en el apoyo parental y amor de parte de los mismos.

Finalmente, con respecto al análisis de los aspectos verbales, se evidencia que ambas historias pueden percibirse como sencillas y concretas, así como continúa presentando el fuerte interés por el tema de los castigos y recompensas, asociando sus emociones a partir de los “premios” materiales que pueda recibir.

5.2.2.2 Test de Pata Negra

A. Observaciones generales

A lo largo de esta prueba, se observó a George con cierta incomodidad y flojera por observar tantas tarjetas frente a él. Así mismo, se rescataron relatos cortos y concisos, siendo necesario repreguntarle o solicitarle más detalles ante estos.

A continuación se presentan las expresiones del niño ante las láminas planteadas en esta prueba:

- Pata Negra: Niño de 8 años de edad
- Otros dos cerditos: un niño y una niña
- Cerdito con mancha negra: papá en un inicio, luego lo cambia por la mamá

- Cerdito blanco: mamá en un inicio, luego la cambia por el papá

Láminas que le gustan:

- Lámina 2: *en este dibujo hay un chanco que... que le está dando beso a... no, la mamá de Pata Negra, y ahí Pata Negra los está mirando. Él se siente feliz.*
- Lámina 11: *en el otro, este, la mamá de Pata Negra les está dando leche a sus bebés y los niños les están mirando y los señores también les están dando comida. La mamá de Mancha Negra, ¡ah no! Pata Negra, es la de la mancha negra.*
- Lámina 1: *este, acá, es... eh... Pata Negra está corriendo, no, está saltando del barro y los dos de aquí están durmiendo, y estos dos durmiendo, este iba a comer y este iba a dormir.*
- Lámina 18: *acá, este, Pata Negra se ha subido a... a la... al hombro de su mamá para subir al árbol y ver a los pollitos, y la mamá de Pata Negra, el papá de pata negra casi se cae y se agarró del árbol y pata negra se puso feliz porque iba a ver a los pollitos. Pata negra se puso triste de que su papá casi se cae.*
- Lámina 8: *acá, este creo que es pavo ¿no? ¿Ave? ¡Ah no! es un cisne, un cisne y le está mordiendo la colita a pata negra y pata negra está llorando porque le está mordiendo y el otro cerdo no lo ayuda, lo está mirando. Su amigo de pata negra no lo ayuda porque pensaba que a él también le iba a morder.*
- Lámina 9: *acá, este, Pata Negra está saltando al barro y a un cerdito le había manchado de barro en su cara. El otro cerdito le está mirando cómo se divierten mientras que está afuera del barro. El cerdito se amargó cuando le tiró barro y le gritó.*
- Lámina 7: *acá el cerdito está chupando la leche de su mamá y el otro está viendo a su mamá con su hermano y pata negra también quería comer y no hizo nada, se quedó sin comer porque su papá*

y su mamá no le prestaron atención. Pata negra se sintió triste, no hizo nada.

Láminas que no le gustan:

- Lámina 3: *acá Pata Negra y otro cerdito, su hermano del cerdito, se estaban peleando porque él estaba tomando la leche de su mamá, el otro cerdito se fue corriendo y sus padres vinieron y el hermano de Pata Negra le estaba mordiendo la piel y Pata Negra le estaba mordiendo la pata. Los papás no hicieron nada, no, los separaron y Pata Negra se fue molesto* (continúa en la lámina 6).
- Lámina 6: *se quedó hasta la noche y fue a un río y ahí se escondió en unas plantas a la luna llena y chupó leche de una cabra* (continúa en lámina 5).
- Lámina 5: *chupó leche de una cabra porque su mamá ya no estaba y Pata Negra soñó con sus padres* (continúa en lámina 4).
- Lámina 4: *y ahí soñó con sus padres y con él yéndose a la ciudad. Sus papás estaban tristes, no, molestos, porque aparte se había peleado con sus hermanos y le había mordido la pata a su hermano. Pata Negra se sentía triste* (continúa en lámina 15).
- Lámina 15: *y Pata Negra volvió, se disculpó con sus hermanos y chupó leche de su mamá. ¿Éste no lo había leído? ¡Sí la leí! Es igual* (no nota diferencia de dos láminas). (continúa en lámina 14).
- Lámina 14: *y luego sus hermanos se fueron con su papá y todos se quedaron felices.*
- Lámina 13: *acá Pata Negra está soñando con su papá y al siguiente día estaba soñando con su mamá. Solo está soñando, no me gusta. Sí me gusta que sueñe pero solo el cerdito ahí está durmiendo, no hay nada, solo está su papá en sus sueños y nada más.*
- Lámina 12: *soñó con su mamá y el cerdito pensaba que su mamá estaba con él y le iba a dar leche y... se puso feliz.*

- Lámina 10: *Luego Pata Negra en la noche volvió a la casa y sus hermanos estaban durmiendo y su papá y su mamá estaban también durmiendo, Pata Negra les estaba mirando y él se puso a dormir.*

Lámina favorita:

- Lámina 8: *porque el cerdito está llorando cuando le mordió la cola el pavo y su amigo lo ayudó. Por el cisne. Me gustaría ser el pavo que le está mordiendo la cola al cerdito.*

Lámina que menos le gustó:

- Lámina 10: *porque se ve oscuro, ya no se puede ver nada. Antes no me gustaba la oscuridad, me daba miedo, ahora me gusta. Mi hermana me decía que aparecían los fantasmas en la oscuridad, a los 7 años, y recién a los 9 me dijo que era broma.*

B. Resultados cualitativos

A continuación se muestran los temas que considera cada una de las 16 láminas y al lado de estos las respuestas literales que dio el evaluado al momento de ser aplicada la prueba.

Tabla 12: *Respuestas y temas correspondientes de la prueba Pata Negra*

N° de lámina	Nombre	Tema	Respuestas de George
1	Comedero	Sadismo uretral	Este, acá, es... eh... Pata Negra está corriendo, no, está saltando del barro y los dos de aquí están durmiendo, y estos dos durmiendo, este iba a comer y este iba a dormir.
2	Besos	Edípico	En este dibujo hay un chanchito que... que le está dando beso a... no, la mamá de Pata Negra, y ahí Pata Negra los está mirando. Él se siente feliz.
3	Pelea	Sádico-oral de rivalidad fraterna	Acá Pata Negra y otro cerdito, su hermano del cerdito, se estaban peleando porque él estaba tomando la leche de su mamá, el otro cerdito se fue corriendo y sus padres vinieron y el hermano de Pata Negra le estaba mordiendo la piel y Pata Negra le estaba mordiendo la pata. Los papás no hicieron nada, no, los separaron y Pata Negra se fue molesto (continúa en la lámina 6).
4	Carro	Sádico, que a menudo se transforma en castigo contra uno mismo	Y ahí soñó con sus padres y con él yéndose a la ciudad. Sus papás estaban tristes, no, molestos, porque aparte se había peleado con sus hermanos y le había mordido la pata a su hermano. Pata Negra se sentía triste (continúa en lámina 15).
5	Cabra	Madre adoptiva o sustituta	Chupó leche de una cabra porque su mamá ya no estaba y Pata Negra soñó con sus padres (continúa en lámina 4).
6	Partida	De partida	Se quedó hasta la noche y fue a un río y ahí se escondió en unas plantas a la luna llena y chupó leche de una cabra (continúa en lámina 5).
7	Duda	Tema de ambivalencia de rivalidad fraterna o de exclusión	Acá el cerdito está chupando la leche de su mamá y el otro está viendo a su mamá con su hermano y pata negra también quería comer y no hizo nada, se quedó sin comer porque su papá y su mamá no le prestaron atención. Pata negra se sintió triste, no hizo nada.

8	Oca	Tema sádico, con transformación punitiva contra sí mismo, o de castración	Acá, este creo que es pavo ¿no? ¿Ave? ¡Ah no! es un cisne, un cisne y le está mordiendo la colita a pata negra y pata negra está llorando porque le está mordiendo y el otro cerdo no lo ayuda, lo está mirando. Su amigo de pata negra no lo ayuda porque pensaba que a él también le iba a morder.
9	Porquerías	Tema sádico-anal	Acá, este, Pata Negra está saltando al barro y a un cerdito le había manchado de barro en su cara. El otro cerdito le está mirando cómo se divierten mientras que está afuera del barro. El cerdito se amargó cuando le tiró barro y le gritó.
10	Noches	Tema edípico con voyerismo de la habitación de los padres	Luego Pata Negra en la noche volvió a la casa y sus hermanos estaban durmiendo y su papá y su mamá estaban también durmiendo, Pata Negra les estaba mirando y él se puso a dormir.
11	Camada	Tema de nacimiento y rivalidad fraterna	En el otro, este, la mamá de Pata Negra les está dando leche a sus bebés y los niños les están mirando y los señores también les están dando comida. La mamá de Mancha Negra, ¡ah no! Pata Negra, es la de la mancha negra.
12	Sueño madre	Temas de Ideal del Yo o de amor objetal (según el sexo del sujeto examinado)	Soñó con su mamá y el cerdito pensaba que su mamá estaba con él y le iba a dar leche y... se puso feliz.
13	Sueño padre	Temas de Ideal del Yo o de amor objetal (según el sexo del sujeto examinado)	Acá Pata Negra está soñando con su papá y al siguiente día estaba soñando con su mamá. Solo está soñando, no me gusta. Sí me gusta que sueñe pero solo el cerdito ahí está durmiendo, no hay nada, solo está su papá en sus sueños y nada más.
14	Mamada 1	Tema oral	Y luego sus hermanos se fueron con su papá y todos se quedaron felices.

15	Mamada 2	Tema oral con rivalidad fraterna	Y Pata Negra volvió, se disculpó con sus hermanos y chupó leche de su mamá. ¿Éste no lo había leído? ¡Sí la leí! Es igual (no nota diferencia de dos láminas). (Continúa en lámina 14).
16	Hoyo	Tema de soledad, de exclusión, de castigo	Acá, este, Pata Negra se ha subido a... a la... al hombro de su mamá para subir al árbol y ver a los pollitos, y la mamá de Pata Negra, el papá de pata negra casi se cae y se agarró del árbol y pata negra se puso feliz porque iba a ver a los pollitos. Pata negra se puso triste de que su papá casi se cae.

Seguido de esto, el manual expone la manera en que el autor Corman sugiere que sean corregidas las historias que plantea el evaluado en cada lámina. Esto se explica a continuación:

- Tema Fiel: Se trata de Historias relacionadas con lo graficado en la Lámina (apuntando en general a lo descriptivo, aunque a veces lo exceda incluyendo algunas significaciones).
- Tema Normal: Historia fiel a la realidad de la imagen y donde además se formulan abiertamente sentimientos moderados que permiten al sujeto tomar una actitud positiva frente a la situación en general: gustar de ella o asumirla.
- Tema Trivial: Responde a una percepción común (podría corresponder a la descripción más frecuente).
- Tema Original: Aquel que se aparta de la observación común, ya sea por la descripción de la Lámina, bien por las reacciones afectivas o los comportamientos atribuidos a los personajes.
- Tema Dominante: El que aparece en muchas láminas (repeticiones del conflicto) o con alguna singularidad particular. Este puede aparecer bajo dos formas:
 1. Tema Camuflado: En el caso de tendencias censuradas, la defensa del yo impone un camuflaje y el personaje que

asuma dichas tendencias es entonces diferente del sujeto examinado.

2. Tema Franco: Cuando la tendencia se expresa abiertamente. Es de fácil reconocimiento.

Luego se procede a interpretar o categorizar cada una de las mismas según lo explicado anteriormente y las respuestas del evaluado:

Tabla 13: *Asignación de temas para las láminas de la prueba Pata Negra*

N° de lámina	Categoría o Tema según Corman
1	Tema Fiel
2	Tema Normal
3	Tema Original y Tema Dominante (Tema Franco)
4	Tema Trivial y Tema Dominante (Tema Franco)
5	Tema Trivial
6	Tema Original y Tema Dominante (Tema Franco)
7	Tema Original y Tema Dominante (Tema Franco)
8	Tema Original y Tema Dominante (Tema Franco)
9	Tema Original y Tema Dominante (Tema Franco)
10	Tema Fiel
11	Tema Fiel
12	Tema Normal
13	Tema Fiel
14	Tema Normal
15	Tema Fiel y Tema Normal
16	Tema Original

De acuerdo a lo analizado anteriormente, se pudo interpretar que el niño suele presentar en la mayoría de sus historias, Temas Originales y Triviales, así como Temas Dominantes, usualmente en el de tipo Franco. Dentro de las historias con Temas Dominantes

(Francos), se observa que George percibe a sus padres como ausentes, los cuales no satisfacen las necesidades de sus hijos, no resuelven conflictos o peleas entre ellos y cada uno debe hacerlo de la mejor manera. Además, se evidencian con frecuencia sentimientos de rencor y molestia por parte del niño, buscando llamar la atención de sus padres o evitando las situaciones conflictivas, huyendo de las mismas para obtener acompañamiento y soporte, pero no se encuentran. Esto podría estar dando a conocer sentimientos de indefensión e inseguridad.

Se evidencia también la rivalidad fraterna, donde lucha por obtener la mayor parte de la atención y satisfacción por parte de sus padres, pero le cuesta lograrlo ya que él percibe que ambos se muestran más preocupados por su hermana mayor en la mayoría de las ocasiones. Sin embargo, cabe recalcar que no necesariamente concuerda con la realidad, ya que se observa que la madre de George se muestra muy comprometida con acompañarlo y asistir a las terapias del mismo.

5.2.2.4 Inventario Emocional BarOn ICE

A. Observaciones generales

Para esta prueba, la evaluadora lo apoyó en las dos primeras oraciones del protocolo de ítems y respuestas, de modo que se pudiera cerciorar de que había comprendido la consigna, y luego el niño continuó por sí solo. A lo largo del desarrollo de la misma, se mantuvo aparentemente concentrado y focalizado, ya que no se detuvo en ningún momento, observando solo el papel que se le entregó y sin mirar a ningún otro lado. Solo se presentaron dos ocasiones en las que el evaluado levantó la mirada de reojo para observar a la evaluadora.

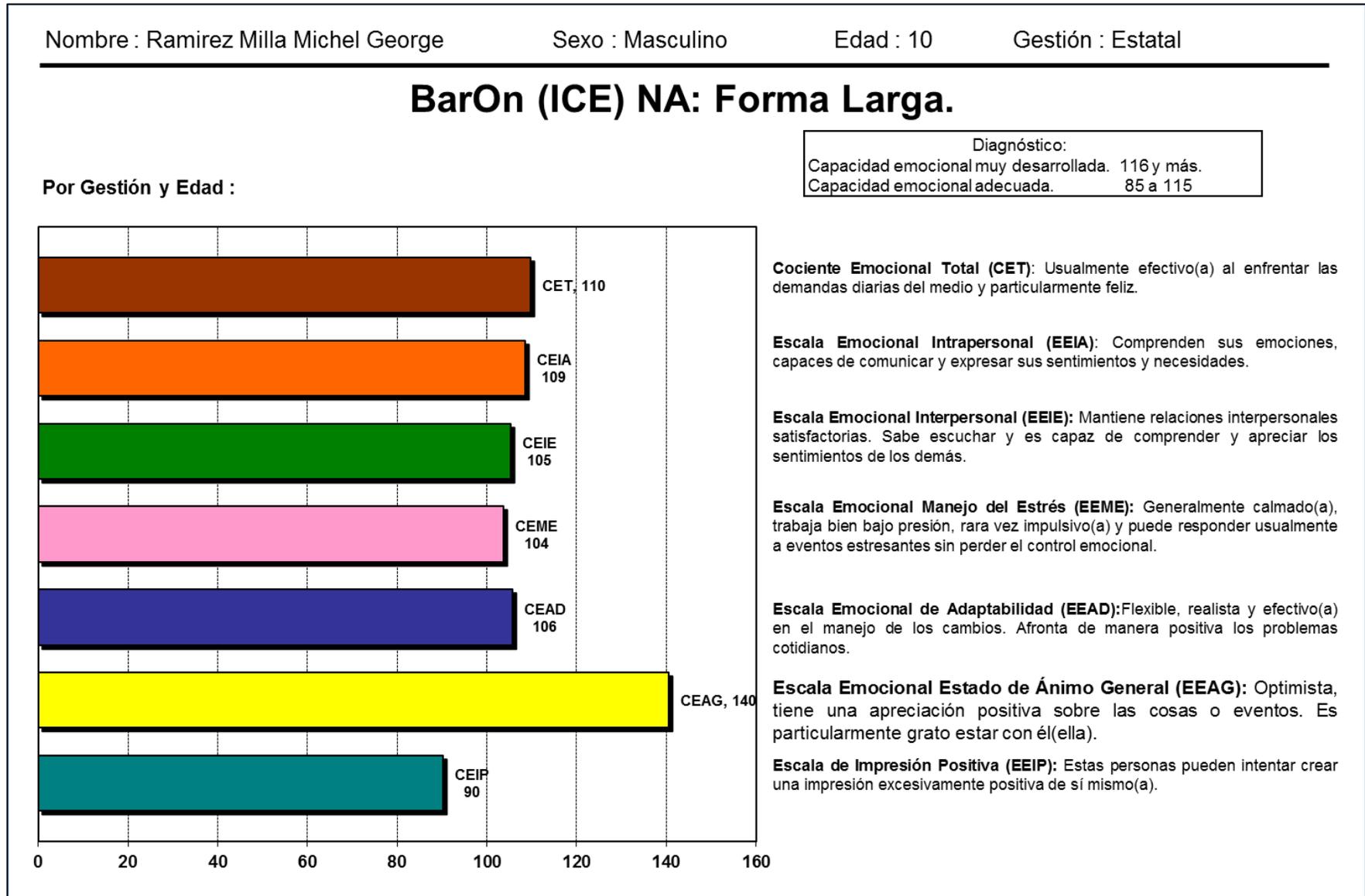
B. Resultados cuantitativos

Tabla 14: *Puntaje directo de las subpruebas del Inventario Emocional BarOn Ice*

Puntaje directo	
Intrapersonal	16
Interpersonal	32
Manejo de estrés	34
Adaptabilidad	26
Ánimo general	43
Impresión positiva	13



Figura 3: Resultados de la aplicación del Inventario Emocional BarOn Ice



C. Resultados cualitativos

Cabe mencionar previamente a analizar los resultados que uno de los criterios de exclusión para poder interpretar esta prueba es que el Índice de Inconsistencia, el cual brinda una estimación de cuán consistentes fueron las respuestas del evaluado, sea mayor que 10, dando a conocer que las respuestas fueron realizadas al azar, mientras que los resultados que presenta George exponen un puntaje de 9 en esta área, explicando que hay que interpretar los resultados con cuidado.

Para iniciar, el niño muestra un Coeficiente Emocional Total de 110, lo cual indica que cuenta con una capacidad emocional adecuada. El indicador en el cual obtiene el puntaje más alto es en la Escala Emocional del Estado de Ánimo General (140), mostrándose optimista y con una apreciación positiva sobre las cosas o eventos, siendo grato estar con él.

Sin embargo, sus puntajes disminuyen en los demás indicadores de esta prueba, y, a pesar de que la interpretación de esta prueba expone que los puntajes que George obtiene son adecuados, se calificarán como que presenta dificultades, ya que son los más bajos en su escala emocional personal. Entonces, en la Escala Emocional Intrapersonal (109), George podría mostrar dificultades para comprender adecuadamente sus emociones, y ser capaz de comunicar y expresar sus sentimientos y necesidades; en la Escala Emocional Interpersonal (105), se observa que el evaluado mantiene relaciones interpersonales adecuadas pero no satisfactorias, tratando de escuchar y ser capaz de comprender y apreciar los sentimientos de los demás; la Escala Emocional de Manejo del Estrés (104), en la cual obtiene el puntaje más bajo, da a conocer que el niño podría estar presentando dificultades para trabajar bien bajo presión y costarle responder usualmente a eventos estresantes sin perder el control emocional; lo mismo se percibe en la Escala Emocional de Adaptabilidad (106), donde

cuenta con un puntaje bajo para el manejo de los cambios y afrontar de manera positiva los problemas cotidianos.

Finalmente, dentro de la Escala de Impresión Positiva, es decir, el deseo de “fingirse estar muy bien” o crear una impresión excesivamente positiva de sí mismo, George obtiene un puntaje de 90, cuando el manual de esta prueba explica que las personas que obtengan un puntaje en esta escala por encima de 120, sus resultados deberán ser interpretados cuidadosamente, siendo los resultados del niño aceptables al encontrarse por debajo de la puntuación establecida.

5.2.3 Factores contextuales

5.2.3.1 Test del Dibujo de la Familia

A. Observaciones generales

a. Familia imaginaria

Con respecto a este dibujo, George utilizó un total de 8 minutos aproximadamente. Se observaba que a lo largo del proceso cubría su dibujo con su mano y su cuerpo, inclinándose hacia la mesa y empezó dibujando por la parte izquierda de la hoja otorgada.

Presentó el siguiente orden para dibujar a los personajes: cabeza, cara, cabello, cuello, torso, brazos, manos, cintura, piernas y pies. Además, borró las dos manos del primer personaje, para luego volver a dibujarlas.

Se tomó aproximadamente un minuto en dibujar al primer personaje, mientras que el segundo se realizó de manera más rápida, colocándole el cabello antes de hacer las manos.

Al momento de darle la consigna de que explicaría su dibujo, el niño se tapó la boca con una mano, como mostrando

asombro. Asimismo, observó el dibujo durante todo el tiempo que estuvo respondiendo a las preguntas.

A continuación se hace un resumen de las preguntas y respuestas planteadas:

Tabla 15: Preguntas y respuestas para la prueba de Familia Imaginaria

Pregunta	Respuestas del niño
Nombres y edades	José (masculino, 20 años), “el niño es... a ver... Luis”, masculino, 8 años, María, femenino, 20 años. El papá, la mamá y el niño.
¿Dónde están?	No sé, en el parque, paseando, jugando
¿Cuál es el más bueno de todos en esta familia?	Él (señala al papá), porque le acaricia al hijo
¿Cuál es el menos bueno de todos?	Ella (señala a la mamá), porque maltrata al hijo
¿Cuál es el más feliz?	Él (señala al hijo), ¿Por qué tiene unos fabulosos padres
¿Cuál es el menos feliz?	Uhm... no lo sé, ¿ella?, porque su hijo le grita
Y tú en esta familia ¿a quién prefieres?	A él (señala al hijo), porque es más feliz
Paseo	Ella, porque no quiere el hijo que vaya, porque le grita
Portó mal, ¿cuál? ¿Qué castigo tendrá?	Él (señala al hijo), no salir una semana a pasear ni a jugar. Encerrado en su cuarto
¿Quién serías tú?	¿El papá?, porque no reniega
¿Estás contento con esta familia que hiciste? ¿Le harías algunos cambios si pudieras?	Sí, más o menos. Borrarlo, todo, lo haría de nuevo. Poniéndole polo y nada más

b. Familia real

Para la siguiente parte de la prueba, la familia real, George se tomó aproximadamente 10 minutos para realizarla. El niño inició su dibujo desplazándose de izquierda a derecha, borrando las piernas del primer personaje para rehacerlas y remarcando la pierna izquierda del segundo personaje. Además, remarcó repetidas veces los dedos del personaje que lo representaba, así como realizó la cabeza más pequeña del mismo comparado con los otros personajes y volvió a hacer la mano con más dedos. Dibujó al personaje que representaba a su hermana mayor más alejada y más grande que los demás miembros de la familia. Colocó un punto en los rostros de los personajes para representar las narices de todos al notar que no las había dibujado.

En comparación con la figura imaginaria, en el segundo dibujo borra menos y se observa más tranquilo que en el anterior.

En la parte donde debía responder a las preguntas del dibujo, se observó que hacía sonar los dedos de ambas manos y comentó que ya quería que sean las 8 de la noche, la cual era la hora en la que culminaba la sesión. Finalmente, no respondió cuando se le preguntó en un primer momento por las edades de los personajes, admitiendo que no las sabía y que él solo iba a suponer.

A continuación se plantean las preguntas y respuestas que expresó el niño con respecto al dibujo realizado:

Tabla 16: Preguntas y respuestas para la prueba de Familia Real

Pregunta	Respuesta del niño
¿Dónde están? ¿Qué están haciendo?	Están paseando en Plaza Veá, comprando cosas... zapatillas, para él y su hermana Gerardo, papá, no lo sé, ¿35?
Nombres y edades	Elsa, mamá, 24 Marjorie, hermana: 12 pero va a cumplir 13 años
Más bueno	Mamá, porque no reniega tanto
Menos bueno	Papá, reniega a veces, grita (no le gusta que grite)
Más feliz	Hermana, porque siempre está feliz, no sabe por qué
Menos feliz	Yo, porque mi papá me para gritando, cuando no termino la tarea, me empieza a gritar
Prefiere	Mamá
Paseo	Papá se queda, porque puede renegar en el camino
Porta mal	Su hermana, la castigan un mes sin computadora. A George lo castigan sin un mes de computadora

B. Resultados cualitativos

En el plano gráfico, se observan trazos más fuertes en la familia real que en la imaginaria, explicándose esto como fuertes pulsiones, violencia o liberación instintiva. Además, se observa que el ritmo del trazado es el mismo en todos los personajes de los dibujos, lo cual se traduce como que el individuo que los realiza ha perdido su naturalidad, rigiéndose a partir de las reglas que se le imponen. Ambos dibujos se encuentran en la parte inferior izquierda de las hojas, expresando un síntoma de regresión al pasado, buscando volver a su infancia.

En el plano de las estructuras formales, se evidencia un tipo racional en ambos dibujos, ya que cada personaje está dibujado de manera aislada, inmóvil y sin lazos de unión con los demás. Esto denota que el niño probablemente ha perdido la espontaneidad o se halla inhibida, siendo sometido a reglas casi rígidas y dificultades en el contacto afectivo.

En el plano del contenido, se evidencia una omisión importante, la figura de su hermana mayor, en el dibujo de la familia imaginaria. Esto se traduciría dentro de esta prueba como unos probables celos con respecto a este personaje, contando con temor de que lo sustituyan en el afecto de sus padres o también por una marcada preferencia de los padres hacia el otro. Sin embargo, en la familia real, George dibuja al personaje que representa a su hermana mayor como una figura imponente, que representa autoridad y respeto, mostrándola en un mayor tamaño que los demás miembros, así como se dibuja un tanto alejada de los demás personajes en el dibujo de la familia real, exponiendo nuevamente rechazo hacia ella.

George puede estar llegando a percibirse a sí mismo como el más pequeño, indefenso y débil, ya que se encuentra en ambos dibujos en el medio de los personajes, buscando contención y apoyo o acompañamiento. Del mismo modo, en la familia real se observa a George situado al lado de su madre, es decir, junto al padre del sexo complementario, lo cual se puede traducir como una desvalorización del padre o una rivalidad edípica. Esto se puede comprobar debido a que la figura que representa al padre del niño se encuentra caricaturizado o infantilizado, reforzando la idea de que cuenta con dificultades con este personaje.

Con respecto a las borraduras, se puede observar que el niño demuestra dificultades para realizar las manos de ambas figuras parentales en el dibujo de la familia imaginaria, borrándolas y rehaciéndolas con líneas remarcadas, lo cual podría estar expresando

agresividad por parte de ellos, o también conflictos con respecto al afecto que le estarían dando o la ausencia del mismo. De igual manera se percibe que una de las manos del niño, en el dibujo de la familia real, se encuentra con los dedos remarcados para aparentar un crecimiento de los mismos, representando quizás la agresividad que podría mostrar en situaciones en las que los impulsos y las emociones vencen a la racionalidad.

Finalmente, con respecto al cuestionario realizado en ambos dibujos, se observan diferencias notorias. En cuanto al cuestionario de la familia imaginaria, se evidencia que George representa la idealización de lo que le gustaría que sea su familia real, mostrándose con una edad menor a la actual (2 años menos) y explicando a una familia con un solo hijo, donde los padres comparten jugando en el parque con el niño y disfrutando sin peleas o discusiones. Asimismo, describe al padre como el más bueno, cariñoso y afectivo, y la madre como castigadora y maltratadora, mientras que él sería el más feliz de esa familia porque sus padres son “fabulosos”, invirtiendo completamente los papeles de lo que sucede en su realidad familiar. Sin embargo, al realizarse la pregunta del menos feliz, se observa que George toma (en parte) conciencia de su culpabilidad y explica que el niño de ese dibujo le grita a su madre, por lo que ella es la menos feliz de la familia, sintiéndose seguro de generar esta afirmación, ya que solo está proyectando a un niño que no es él.

En cuanto al cuestionario de la familia real, se observa cierta idealización en un inicio, ya que explica que todos los miembros de la familia están comprando cosas, específicamente zapatillas, para él y su hermana. Nuevamente se repite la importancia que le da a las recompensas materiales. Sin embargo, al continuar realizando las preguntas de esta familia, el niño toma una mayor conciencia de la realidad familiar en la que coexiste y muestra a su madre como la más buena, ya que no reniega tanto como el padre, el cual grita y esto

le desagrada a George. En cuanto al personaje más feliz de su familia, el niño elige a su hermana mayor, explicando que no sabe por qué está feliz pero siempre es así, aparentando cierto recelo o envidia por sus emociones positivas y eligiéndose a sí mismo para explicar al personaje menos feliz, acotando que esto sucede porque su padre siempre le grita cuando no termina las tareas. Se observa una notoria preferencia por la figura materna, así como le gustaría excluir a la paterna, por generarle incomodidad y descontento.

5.2.3.2 Evaluación de la Conducta Escolar

Los dos reportes de la Evaluación de la Conducta Escolar fueron completados por tanto el profesor del aula escolar de George, como por la profesora que lo supervisa en el Centro en el cual lo apoyan con sus tareas escolares.

El profesor informó que cuenta con ciertas conductas y características en clase que considera frecuentes, estos son: se distrae, falla en terminar lo que comienza, parece como ido o “sueña despierto”, cortos periodos de atención y se frustra fácilmente en los esfuerzos. En cuanto al área de actitudes hacia la autoridad, el profesor explica que el niño frecuentemente se muestra sumiso, dócil y tímido.

Por otro lado, la profesora de la institución donde apoyaban con sus tareas escolares informó que a veces se mueve sin parar, así como sus demandas deben ser satisfechas de inmediato, se muestra inatento o distraído, le cuesta culminar las actividades que inicia, es sensible, se frustra fácilmente ante sus esfuerzos y cuenta con dificultades para aprender. En cuanto al aspecto de participación en grupos, explica que a veces se aísla de otros niños, parece que mandara con facilidad y no se siente bien con los del mismo sexo. Con respecto a las actitudes hacia la autoridad, George se muestra a veces sumiso o dócil, imprudente, demanda mucha atención del profesor y es terco y obstinado.

La misma profesora indica que el niño ha mejorado y evolucionado en su comportamiento, mostrando un mayor interés aparentemente, así como seguridad en sí mismo, aunque aún muestra grandes dificultades en el área de Matemáticas, requiriendo de que alguien lo acompañe constantemente para explicarle repetidas veces cómo llegar a la solución.

5.2.3.3 Reporte Escolar

Este Reporte Escolar fue resuelto por el profesor del aula de quinto grado de primaria del niño. En este explica que George se encuentra “algo por debajo” en el Nivel de Lectura, así como se muestra indiferente en el aspecto de motivación. Del mismo modo, requiere de supervisión en cuanto al tema de atención, aunque muestra un desempeño promedio en cuanto a su comportamiento, la coordinación motora y el lenguaje. En la relación con la figura de autoridad, el profesor añade que es cooperador, así como cuenta con una relación “normal” con sus compañeros. Cuenta con logros esporádicos en el aula y nunca falta al colegio.

Además, el mismo profesor informa que George es un niño tranquilo, al cual en ocasiones le cuesta opinar en clase por temor a equivocarse. Sin embargo, cuenta con una actitud positiva hacia el colegio, siendo puntual y respetando las normas dentro y fuera de la institución escolar. Con respecto a sus compañeros, el profesor evidencia que a veces se aísla de ellos, costándole congeniar con ellos y agradándole o prefiriendo estar solo. Al niño le cuesta intervenir en clases y se muestra poco colaborativo con los demás, es tímido y no confía en sí mismo, pero cuenta con una actitud positiva por querer aprender y participar.

El profesor añade que para poder ayudar al niño a superar sus dificultades, él conversa constantemente con George, pero afirma que en la institución escolar hay muy pocos recursos. Finalmente, en cuanto a su

impresión del ambiente familiar del niño, éste considera que tiene un ambiente afectivo y unos padres que se preocupan por su bienestar.

5.2.3.4. Libreta de Notas

A lo largo de los dos primeros trimestres del quinto grado de primaria al cual asistía George, se pudieron observar ciertas fluctuaciones y variabilidades. Dentro del primer trimestre, obtiene resultados adecuados, es decir una A, lo cual significa “Logro Previsto” e incluye una calificación entre el 13 y 16, en cursos como Comunicación, Arte, Personal Social, Educación Religiosa y Ciencia y Ambiente, mientras que muestra un aprendizaje “En Proceso” (calificaciones entre 11 y 12) en el curso de Matemática.

A lo largo del segundo trimestre logra mantener un desempeño adecuado en los cursos de Arte, Personal Social y Educación Religiosa. Sin embargo, muchas de estas calificaciones adecuadas cambian, mostrando dificultades en Comunicación y Ciencia y Ambiente, donde pasa de una A a una B, dando a conocer que aún está “En Proceso” en ambos cursos. Asimismo, su rendimiento disminuye aún más en Matemática, obteniendo una C, que categoriza su aprendizaje “En Inicio” e incluye calificaciones entre el 0 y el 10.

En ambos trimestres logra obtener una A en conducta, infiriéndose una calificación entre el 13 y el 16, demostrando lo previsto. Además, el tutor del aula de George sugiere como comentarios finales que sea apoyado en casa y que debe ser más responsable con sus tareas.

5.3 Informe psicológico integral

1. Datos de filiación

Nombre: George

Sexo: Masculino

Edad: 10 años, 10 meses

Lateralidad: Diestro

Lugar y Fecha de nacimiento: Lima, 6 de julio del 2003

Grado de instrucción: Quinto de Primaria.

Colegio: Víctor Raúl Haya de la Torre, Manchay

Número de alumnos en aula: 41

Religión: católico

Constelación familiar: padre, madre, hermana por parte de la madre (12 años)

Ocupación del padre: vigilante, por tiempos esporádicos

Ocupación de la madre: empleada del hogar

Posición ordinal: 2

Dirección: Cieneguilla

Informantes: padres, tutor del aula y hermana

Fechas de las entrevistas: 5, 7, 8 y 12/5/14 (padres), 14/5/14(madre), 15/5 (solo hermana), 3/6 (profesor)

Lugar de la evaluación: Consultorios en una institución para el desarrollo infantil

Evaluadora y responsable: Giulia Barrios Oneto

2. Motivo de consulta

Los padres de George asisten a una evaluación psicológica debido a que el niño presenta conductas impulsivas, como amargarse con facilidad, tirar las cosas cuando esto sucede y levantar la voz al dirigirse a los demás miembros de la familia.

Del mismo modo, no colabora con las tareas del hogar, mostrándose reacio a ayudar en los quehaceres que le son encargados y preguntando *¿por qué todo yo?*, así como refieren que suele olvidarse con frecuencia de lo que se le dice o solicita, como por ejemplo, cuando le piden que vaya a la tienda a comprar azúcar y regresa al hogar con una bolsa de leche.

Por otro lado, la madre considera que su hijo no está aprendiendo todo lo que se le enseña en la escuela. Se muestra distraído, le cuesta copiar las clases en sus cuadernos y hace sus tareas y cumple con sus responsabilidades solo para librarse de ellas, sin darles importancia, buscando obtener las recompensas que se le dan al culminar, como jugar y ver televisión.

De acuerdo a lo que refiere la madre, el niño estaría imitando las conductas del padre, así como ambos asocian esta desmotivación hacia todas las actividades de su vida diaria y los cambios actitudinales y emocionales a la etapa del desarrollo en la que se encuentra, señalando rebeldía al encontrarse ingresando a la adolescencia, así como al diagnóstico que se le ha indicado por el neuropediatra encargado del caso.

Como consecuencia a estas conductas inadecuadas, la madre afirma que las ignora y deja que se le pase la cólera, mientras que el padre argumenta que su esposa es muy blanda y no le exige, premiándolo y comprándole dulces cuando presenta conductas inadecuadas. Ante esto, la madre argumenta que el padre de George es muy duro al corregir a su hijo, maltratándole en ocasiones, gritándole muy fuerte, así como jalándole de las orejas y de las patillas.

Los padres señalan que se encuentran interesados en determinar los progresos en su hijo desde la última ocasión en la cual fue evaluado, en agosto del 2012. Asimismo, les gustaría comprender ciertos cambios actitudinales y

emocionales que han observado a través de los dos últimos años en George, ya que esto genera un impacto negativo entre todos los miembros de la familia y en las áreas del niño.

Finalmente, la madre recuerda que en ocasiones George afirma que nadie lo quiere porque todos le gritan, refiriéndose a su padre y a su hermana mayor, principalmente. Además, informa que su hijo ha retomado la conducta de jalarse las pestañas, escondiéndose para que nadie lo encuentre haciendo esto y negando hacerlo cuando se le confronta.

3. Antecedentes de importancia

Como antecedentes sobre el diagnóstico del niño, se evidencia que inicialmente, a la edad de 2 meses de nacido, presentó convulsiones por fiebres muy altas. Luego, a la edad de 8 años, 10 meses, al presentar dislalias, el neuropediatra que lo observó planteó un Trastorno de Aprendizaje. Sin embargo, aproximadamente 5 meses después, este mismo profesional cambió el diagnóstico y sugirió un Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, recetándole Ritalin de 10 miligramos. Asimismo, a la edad de 10 años se le añadió una dosis de Rivotril en gotas, por presentar un cuadro de ansiedad, junto con la medicina anteriormente propuesta.

Luego de 4 meses desde la última oportunidad en que fue observado por su neuropediatra, la madre decidió aceptar la sugerencia de cambiar de Neuropediatra, por lo que a la edad de 10 años, 11 meses, George asistió a una cita con otro profesional que planteó el diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención sin Hiperactividad y Trastorno de Ansiedad con un medio familiar violento. El mismo sugirió una dosis de 50 miligramos de Sertralina, primero un cuarto de tableta por noche y luego media tableta por noche, a lo largo de 3 meses.

La última cita a la cual asistió el niño con el mismo profesional, fue diagnosticado con TDAH y Trastorno de Ansiedad, a la edad de 11 años, 2 meses donde recomendó aumentar la dosis de Sertralina de 50 miligramos a una tableta por noche, así como iniciar una dieta balanceada.

George atravesó por un proceso de evaluación psicológica integral durante los meses de junio y julio del 2012 en la misma institución a la que acude actualmente para llevar a cabo sus terapias. La profesional que la realizó concluyó que el niño mostraba un coeficiente intelectual situado en la categoría Límite, así como la presencia de un Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad con predominio inatento, una situación familiar generadora de conductas inadecuadas y un rendimiento escolar bajo el cual afectaba tanto en su autoestima como en la motivación.

Cabe añadir que los padres del niño informaban que no cumplía con la disciplina que su terapeuta de la Terapia de Modificación de Conducta había organizado junto al niño para trabajar dentro de su hogar, prefiriendo mantenerse durante gran parte del día viendo televisión.

Por otro lado, la terapeuta de lenguaje que trabajaba con el niño a lo largo de un periodo, concluyó en su último informe que presentaba dificultades en la comprensión de absurdos, en la definición de algunos conceptos y en las analogías semicomplejas, dándole de alta en esta terapia pero solicitando que inicie un proceso de terapia de aprendizaje, el cual fue seguido de acuerdo a lo recomendado.

Tuvo la oportunidad de ser evaluado en dos ocasiones en el área de aprendizaje. La primera, en junio del 2012, donde se observó que se mostraba disperso, siendo necesario repetirle las consignas, se recostaba en la mesa, se le caían varias veces los materiales y evitaba realizar las actividades diciendo “no puedo”. En esta ocasión se concluyó que presentaba una velocidad lectora lenta y una comprensión lectora ubicada en el promedio inferior para su edad y grado escolar.

Además, manifestaba dificultades en unir palabras (sustantivos y adjetivos), en comprender consignas escritas, en preguntas con alternativas múltiples y sustituía u omitía letras, así como se demoraba en escribir. En el área de escritura al dictado, era necesario repetirle de 2 a 3 veces las frases para realizarlo, cambiaba las palabras y presentaba errores de ortografía acentual y de reglas. En el área de evaluación lógico matemático, mostraba dificultades en la escritura literal y numeral con 4 dígitos, en

la escritura de números anteriores y posteriores, en series numéricas y en el planteamiento y resolución de problemas. Los objetivos del tratamiento fueron comprender consignas escritas con 4 y 5 variables, reforzar los procesos semánticos y sintácticos en la comprensión de lectura y reforzar en las operaciones aritméticas básicas de suma y resta con 4 dígitos.

La segunda evaluación se realizó en mayo del 2014, observándose que se mostraba colaborador, concentrándose en las actividades que se le designaban y presentaba sudoración en ambas manos. En el área de lectura se indicó que realizaba varias rectificaciones, así como sustituía grafías por otras y mostraba una lectura vacilante (lee palabras enteras pero sus detenciones se dan al azar, determinadas por la dificultad de la lectura y no por el sentido, corresponde a una edad de 8 años, 1 mes) y no respetaba los signos de puntuación, costándole pronunciar cada frase con su entonación, lo cual correspondería a un niño de 11 años a más, como la edad de George al ser evaluado. Se percibía una velocidad lectora lenta, contaba con una postura adecuada y en ocasiones utilizaba apoyo para leer con el dedo.

Además, en cuanto a la comprensión lectora, presentaba un nivel sintáctico promedio y un nivel semántico bajo, costándole memorizar la información de un texto e inferir al dar respuestas a preguntas de su opinión. En el área de escritura, exponía un escaso vocabulario y generaba oraciones sin utilizar signos de puntuación. En la escritura del dictado, presentó dificultades en las grafías b, v, h, c y s, en la tildación de palabras agudas, graves y esdrújulas y una velocidad normal promedio. En el área de lógico matemático, el niño fue evaluado con un nivel de tercero de primaria, a pesar de encontrarse en ese momento cursando el quinto de primaria, debido a que presentaba dificultades y no respondía a niveles más altos. Demostró dificultades en operaciones básicas de suma, multiplicación y división, así como no manejaba los datos en la resolución de problemas con dos operaciones.

Se concluyó que George continuaba presentando dificultades en su aprendizaje, sobre todo en el área de matemática, en operaciones básicas y resolución de problemas con dos operaciones (razonamiento). Sin embargo, sus niveles semánticos en procesos lectores habían mejorado, así como sus procesos de lectura

en general, aunque aún no se encontraban al nivel adecuado, de acuerdo a su grupo de edad. Se sugirió que el niño continuara asistiendo a la terapia de aprendizaje, con una frecuencia de dos veces a la semana, planteándose los objetivos de incrementar los procesos semánticos (en conceptos y preguntas informales), afianzar el cálculo básico en agilidad y rapidez de ejecución, incrementar la comprensión de resolución de problemas con dos operaciones y disminuir sus errores ortográficos.

Con respecto al tema académico, los padres indicaron que George contaba con notas muy bajas en sus cursos durante los años escolares previos y el actual, costándole aprobar debido a que requiere de una nota más alta de 14 para lograrlo. Ambos recuerdan que George desaprobó dos cursos el año escolar pasado, Matemáticas y Ciencia y Ambiente, siendo necesario que acudiera a los cursos de recuperación durante dos meses de vacaciones para poder aprobarlos y continuar con el siguiente grado escolar. La madre señala que las dificultades que encuentra más importantes en su hijo se dan al rendir en los exámenes y al enfrentarse a la situación de exponer en clases.

Con respecto al contexto familiar, cabe añadir que en la entrevista realizada solo con la madre, ella explica que en ocasiones su pareja se va de la casa por las noches y regresa borracho por las madrugadas, despertando a todos los miembros de la casa y generando discusiones y peleas que han concluido en agresiones físicas, tanto a la madre como a los hijos, por tratar de defender a esta última. Ante esto, ella admite que le ha pedido en varias ocasiones que se retire del hogar, amenazándolo con que si no se va, le pondrá una denuncia policial por agresión física y psicológica, tanto familiar como personal, pero el padre la reta y hace caso omiso a estas indicaciones, argumentando que no tiene a dónde ir.

4. Técnicas de recolección de información

- Factores generales
 - Procesos Cognitivos globales
 - Escala de Inteligencia de Wechsler para niños – WISC IV
 - Procesos Cognitivos Básicos
 - Escala de Evaluación de TDAH de Vanderbilt para Padres
 - Escalas para la Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad – EDAH – Farré y Narbona
 - Test Guestáltico Visomotor de Bender
 - Toulouse - Piéron – Prueba Perceptiva y de Atención
- Factores personales
 - Test de la Figura Humana de Koppitz
 - Test de Pata Negra de Corman
 - EQi-YV BarOn Emotional Quotient Inventory
- Factores contextuales
 - Test del Dibujo de la Familia de I. Corman

Asimismo, se utilizaron dos documentos que recopilaron información con el profesor del aula donde acudía George y con la colaboradora del centro al que asistía el niño luego del horario escolar para ser apoyado en las tareas:

- Evaluación de la conducta escolar
- Reporte escolar

5. Observaciones generales

El niño presenta una tez trigueña, cabello corto de color negro, ojos pequeños y rasgados, mejillas prominentes, cara de forma redonda y una estatura promedio comparado con los demás niños de su edad. Es de contextura gruesa y su tronco es corto, al ser comparado con otros niños.

George acudió a las sesiones de evaluación psicológica acompañado en ocasiones por su madre y en otras asistiendo por sí solo. El niño ingresó al

ambiente de manera independiente y mostrándose constantemente sonriente, así como una buena disposición hacia las actividades propuestas. Cabe mencionar que conforme se desarrollaron los encuentros, George se manejaba con mayor soltura y comodidad, interviniendo y comentando con mayor frecuencia.

En cuanto a actividades más estructuradas, en ocasiones era necesario repetirle a George las consignas para que comprendiera pero, una vez que lo lograba, aparentaba estar focalizado y concentrado, mientras que se repetía a sí mismo las respuestas en voz alta al ir avanzando. Mostraba una disposición adecuada, manteniéndose reclinado en la mesa. Sin embargo, por momentos se manifestaba tímido, con los hombros decaídos y con contacto visual esquivo. Esto sucedía sobre todo en ocasiones donde el niño se observaba angustiado por la dificultad que representaba para él algunas actividades o por preguntas que eran más personales.

Así mismo, al momento de formular historias o responder a cuestionamientos, George optaba por un tono de voz más bajo, respondiendo de manera muy breve y se presentaban dificultades para comprender sus mensajes, siendo necesario solicitarle que los repitiera. El niño hablaba en ocasiones con los ojos cerrados o mirando hacia el piso, lo cual también dificultaba la comprensión por parte de los receptores.

Para continuar, George permanecía atento a las anotaciones que realizaba la evaluadora, intentando descifrarlas. El niño se mantuvo muy pendiente del tiempo restante a lo largo de todas las sesiones y solía hacer sonar sus dedos, jugar con sus manos, rascarse la cabeza, mecerse en su silla o morder sus uñas al solicitarle presentar respuestas verbales espontáneas.

Por último, George aceptó realizar algunos gráficos, en los cuales se esforzaba, haciendo uso constante del borrador y cambiando las posiciones de los objetos que dibujaba, así como hacía varias preguntas antes de iniciar sus dibujos, evitando de esta manera cometer errores, sin embargo, se dispersaba al jugar con el borrador, el cual se le cayó en varias ocasiones, y al preocuparse por la punta

del lápiz. Al preguntarle sobre sus producciones, respondió con buena disposición, sin embargo, presentaba pausas en sus narraciones, mostrando poca fluidez y cambiando de tono de voz, aparentemente de duda y demorando en responder.

Sin embargo, al realizar una actividad en la que debía completar frases incompletas, el niño le solicitó a la evaluadora si podía escribir las respuestas por él, ante lo cual se accedió ya que era la última actividad de las sesiones con George y había trabajado de manera adecuada a lo largo de las mismas.

6. Interpretación de resultados

El área de **Factores Generales** se divide en dos partes: Procesos Cognitivos Globales y Básicos. Dentro de los Procesos Cognitivos Globales, George obtiene resultados que lo ubican en la categoría Promedio Bajo. Según lo evaluado, él presenta un desempeño propio de la categoría Promedio en las escalas de Velocidad de Procesamiento y Memoria de Trabajo, Promedio Bajo en la escala de Razonamiento Perceptual y Límite en la escala de Comprensión Verbal.

Así, se observa que el mejor desenvolvimiento de George está en la escala de Velocidad de Procesamiento, donde alcanza resultados dentro del promedio en las dos principales actividades respectivas a esta escala. En primer lugar, en tareas de discriminación de símbolos abstractos que sean idénticos al patrón presentado dentro de un conjunto. En segundo lugar, en tareas de aprendizaje y reproducción de material visual, en asociación de signos y símbolos. Sin embargo, obtiene un resultado por debajo del promedio en actividades que involucran una discriminación perceptual, la habilidad para reconocer velocidad y precisión, así como persistencia y organización en el barrido.

Para continuar, en la escala de Memoria de Trabajo, obtiene un desenvolvimiento esperado para su edad al medir su capacidad de sucesión, manipulación mental, atención, memoria auditiva a corto plazo y formación de imágenes visoespaciales.

El niño mantiene resultados adecuados al evaluar su capacidad para repetir de manera mecánica algunos dígitos que le fueron previamente mencionados, en el orden inicial e inverso, por lo que se observa un nivel conveniente en su atención a estímulos verbales concretos. Asimismo, demuestra una apropiada capacidad de secuenciación auditiva, adaptada memoria de corto plazo y operativa, apropiados niveles de atención y concentración auditiva y persistencia.

Por el contrario, George obtiene resultados por debajo de lo esperado al evaluar su habilidad para atender y centrar la atención en las relaciones numéricas y procesos lógicos para la comprensión de la matemática. Esto podría sugerir características de distracción, ansiedad en tareas escolares, bloqueo mental hacia las matemáticas o una desventaja cultural en el niño.

Por otro lado, en la escala de Razonamiento Perceptual, George se ubica dentro del promedio en actividades de construcción de diversos diseños en base a modelos previamente mostrados. Este aspecto da cuenta de una buena capacidad de conceptualización, buena coordinación óculo manual y habilidad para analizar y sintetizar estímulos visuales abstractos.

El niño obtiene resultados por debajo del promedio cuando debe identificar el elemento faltante en imágenes que le son mostradas. En este caso, se evidencia un bajo nivel de atención en la tarea, así como una pobre organización perceptiva, baja habilidad de razonamiento y atención a los detalles disminuida.

George logra resultados por debajo de lo esperado al momento de seleccionar y agrupar imágenes, de manera que sostengan una relación lógica. Lo señalado demuestra una capacidad deficiente en su razonamiento abstracto, habilidad para categorizar y formar conceptos a partir de sus destrezas perceptuales.

De manera complementaria, George logra resultados debajo del promedio de su edad en el reconocimiento de detalles esenciales de los objetos y

situaciones familiares, evidenciado un pobre nivel en su estado de alerta hacia lo que acontece alrededor suyo y en sus niveles atencionales.

En contraste, se localiza la escala de Comprensión Verbal, George da a conocer que cuenta con ciertas deficiencias en este aspecto, con excepción de la capacidad de comprensión de principios sociales, evidenciando un desempeño adecuado en su habilidad para el entendimiento de situaciones sociales, desarrollo del juicio social, sentido común y en su capacidad de utilizar experiencias previas para dar solución a situaciones de la vida diaria.

Denota dificultades en su capacidad para brindar definición a diversas palabras, lo cual muestra un escaso vocabulario y complicaciones para expresar su pensamiento e ideas de una forma ordenada a través de la estructuración de frases y significados de elementos de la vida. El niño sigue presentando un rendimiento pobre al establecer semejanzas entre dos palabras, lo que da a conocer su insuficiencia para formar conceptos e identificar características esenciales de las que no son.

Además, se midió en George su habilidad para adquirir, conservar y recuperar conocimientos generales, tarea en la cual evidencia un escaso rango de datos que viene asimilando a partir de su aprendizaje escolar y social. También se evaluó su destreza analógica y abstracción verbal para razonar a partir de pistas, actividad en la que presenta un rendimiento muy por debajo de lo esperado, debido a la reducción de la atención prestada a cada pista brindada, la desconcentración y al cansancio por ser esta la última prueba aplicada.

Dentro de los **Procesos Cognitivos Básicos**, George obtuvo un resultado en común entre todas las pruebas aplicadas en esta área: el déficit de atención. En el área de Memoria-Atención obtuvo un percentil de 3, lo cual indica que está en un Nivel Bajo, en la cual, a partir de estímulos visuales, se valora la capacidad del niño para mantener una atención concentrada en tareas que exigen observación analítica, así como la capacidad de memoria a corto plazo en tareas de reconocimiento. Asimismo, esta área se divide en tres tareas: 1) Localización

rápida de dibujos idénticos a un modelo dado que exigen observación analítica y atención selectiva, 2) Observación y recuerdo posterior de detalles de un dibujo y 3) Localización rápida de combinaciones de números que exigen atención concentrada.

En la primera prueba presenta puntuaciones que lo posicionan en Predominio de Inatención, además de Ansiedad / Depresión, seguido de Desorden de Conducta. En esta ocasión, demuestra una mayor frecuencia de conductas como: no pone atención a los detalles, dificultad para concentrarse, parece que no escucha cuando se le habla, dificultad para organizar tareas, evitar tareas con esfuerzo mental, ser olvidadizo, discutir con los padres, mentir para salir de los problemas, demostrar miedo, ansiedad o preocupación, sentirse solo y estar triste. En relación a su desempeño, se encuentran algunas dificultades en lectura, matemáticas y participación en actividades organizadas.

En la segunda prueba presenta un predominio en el Déficit de Atención dentro del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. Las conductas que observa el profesor con mayor frecuencia son: dificultad en el aprendizaje escolar, fácil distracción, no terminar las tareas y frustrarse fácilmente. En la tercera prueba se expone que cuenta con un puntaje directo total 71, ubicándolo en el percentil 14, cuya categoría corresponde al nivel inferior al promedio. Esto indica que presenta dificultades de Atención y Concentración en las aptitudes perceptivas visuales.

Además, en otra prueba George representa una edad equivalente de 8 años, cuando su edad correspondía a los 10 años, 11 meses en el momento que fue evaluado, en el área de percepción visomotora, así como se evidencia un indicador emocional, el de “Gran Tamaño”, el cual se refiere a que el niño cuenta con la característica de “acting out”, es decir, presenta una descarga de sus impulsos hacia afuera con respecto a sus conductas, así como cuenta con dificultades en el procesamiento mental.

Por otro lado, en el área de **Factores Personales**, George denota indicadores de Trastorno de Ansiedad, Desorden de Conducta o un Desorden Oposicionista Desafiante, pero sería necesario indagar más específicamente en estas para adjudicarlas al niño. Asimismo, se da a conocer como un niño dócil y respetuoso, con una usual sonrisa en el rostro, el cual en un inicio se muestra tímido y alerta, pero de manera progresiva logra seguir indicaciones y adaptarse al contexto que se le presenta. George se muestra intimidado ante una situación de observación o evaluación, así como percibe a las figuras con autoridad del mismo modo, ya que en el pasado ha obtenido críticas y refuerzos negativos.

Lo antes mencionado conlleva a que el niño cuente con sentimientos de inseguridad e indefensión, por lo cual ante situaciones de amenaza o peligro, prefiere mantenerse al margen, como un observador que no se involucra, por la idea preconcebida de que todo tipo de esfuerzo o intento que componga por solucionar algo o dar su ayuda, no funcionará, generando así una desesperanza aprendida a partir de los sucesos vividos. Así mismo, George presenta dificultades en el área cognitiva, lo cual a su vez repercute en el aspecto emocional, ya que se percibe y evalúa con sentimientos de minimización al compararse con niños de su misma edad, reforzando así la indefensión.

Además, tanto la desorganización y la desatención con las que cuenta George desde muy temprana edad, características principales del trastorno que padece, han estado siendo más conscientes durante estos dos últimos años, llevando a que esté constantemente comparándose con sus compañeros del colegio y se generen dificultades en el autoestima.

Por otro lado, el niño cuenta actualmente con una percepción hostil y amenazante del mundo, con la idea de que no es un ambiente seguro ni cálido, debido a los mensajes negativos y condenadores del ambiente entre otros motivos, por lo que tiene que estar constantemente a la defensiva. Sin embargo, estos intentos por defenderse son inútiles, volviendo entonces a la indefensión antes mencionada, así como evaluándose a sí mismo como él solo contra el mundo, sintiéndose solo y abandonado por las personas a su alrededor.

George se da por vencido y concurren a su mente pensamientos de agresión interna, los cuales se mantienen contenidos por largos periodos, al no saber cómo expresarlos, pero estos sentimientos de molestia eventualmente se exteriorizan de una forma inadecuada, abruptamente, sin mediar en lo que pueda ocurrir, dejando de lado evaluar las consecuencias, generando repercusiones tanto físicas como emocionales consigo mismo y con las personas a su alrededor.

Con respecto al área de **Factores Contextuales**, George evalúa esto como muy importante y resaltante en su vida, percibiendo a su madre como la persona que cumple el rol tanto de madre como de padre, debido a que él percibe que su padre está presente de manera física pero ausente de manera emocional y como apoyo, lo cual lleva al niño a mostrarse descontento y con la necesidad de que intervenga más en la dinámica familiar, sin embargo, cuando esto sucede, él siente que el padre es una figura agresiva y amenazante, lo cual genera grandes sentimientos de ansiedad en George, tornándose impulsivo e inconsecuente, atentando contra sí mismo, realizando actividades como comer en exceso, jalarse las pestañas, hacer sonar sus dedos y morderse las uñas.

Finalmente, el niño muestra una relación ambivalente con su hermana mayor, buscando compartir momentos y vivencias con ella pero al mismo tiempo expresando su descontento y rechazo al evaluarla como una persona que hace bien las cosas, recibe constantemente refuerzos positivos y obtiene buenos resultados académicos. En ocasiones su hermana mayor puede ser su cómplice, mientras que en otras es su principal rival, así como también puede llegar a ser percibida por George como una figura con más autoridad que sus propios padres.

Cabe resaltar que se evidencia una gran preocupación por parte de la madre para apoyar a sus hijos, llevarlos adelante y mejorar las dificultades que presentan, sin embargo, ella no cuenta con las herramientas necesarias para hacerlo. El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, con predominio en Atención está inmerso en todos los aspectos de la vida de George pero el tema familiar genera que aparte de este, también tenga otros problemas, tanto

emocionales como conductuales, ya que no cuenta con un ambiente familiar contenedor, careciendo del suficiente apoyo.

Esto no quiere decir que los padres no deseen apoyar al niño, pero son diferentes aspectos los que intervienen en este momento, como el nivel sociocultural, las vivencias y costumbres propias de los padres, el contexto en el que viven a diario y la incapacidad de cambiar su dinámica familiar.

7. Aproximación diagnóstica

- George presenta un Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, con predominio inatento, asociado a indicadores de ansiedad y depresión.
- El perfil cognitivo global corresponde al Promedio Bajo con mayores debilidades en Comprensión Verbal, lo cual impacta en su desempeño escolar y social.
- Con respecto a los procesos cognitivos básicos, muestra un nivel bajo en el área de Memoria-Atención, así como en la maduración de la percepción visomotora, con una edad equivalente de 8 años, cuando su edad correspondía a los 10 años, 11 meses en el momento que fue evaluado.
- Con respecto a los Factores Personales, se evidencian indicadores de un desorden de conducta o desorden oposicionista desafiante, siendo necesario indagar sobre estos con mayor profundidad para poder considerarlos en el niño, denotando características de indefensión, inseguridad, agresión contenida y dificultades en las habilidades sociales, llevando a que George cuente con altos niveles de ansiedad en su vida diaria, buscando canalizar esto de manera inadecuada, ya que no cuenta con un ambiente que lo contenga y acompañe para superar sus adversidades académicas, sociales y familiares.
- En el Factor Contextual, el ámbito familiar de George resulta hostil, agresivo, inestable y poco contenedor, no contribuyendo con las dificultades en el niño, a pesar de los intentos de la madre por colaborar con estos. George exhibe a su padre como modelo para evitar colaborar en los quehaceres del hogar, al ver que él no lo hace, mostrando conductas desafiantes, oposicionistas y agresivas,

las cuales se han ido incrementando con el tiempo, correspondiendo este a un condicionamiento vicario.

8. Pronóstico

George continúa desenvolviéndose dentro de un ambiente familiar poco enriquecedor debido al estilo de crianza del padre, que impacta en las relaciones familiares y sociales. Si se considera el perfil cognitivo disminuido en Comprensión Verbal, asociado a las dificultades de inatención, conducta y ansiedad, se podría explicar las dificultades actuales que presenta George en su adaptación escolar y socioemocional, apreciándose un pronóstico reservado.

9. Recomendaciones

Para el niño:

- Asistir con puntualidad a los controles periódicos en el servicio de Neuropediatría.
- Continuar asistiendo a la Terapia de Aprendizaje, de modo que el niño cuente con un apoyo para reforzar lo que se le enseña en el colegio.
- Iniciar una terapia dirigida hacia la oratoria. Es necesario reforzar un mayor repertorio de vocabulario en el niño y trabajar en aspectos tanto comprensivos como expresivos.
- Revisar la medicación que fue recetada para George, de modo que pueda detectarse si es la más adecuada actualmente, de lo contrario, generar los cambios necesarios.
- Es muy necesario que George asista a una Terapia Psicológica Emocional, de modo que pueda obtener un espacio para regular sus dificultades emocionales y actitudinales.
- Se considera necesario que el niño logre acceder a una evaluación integral, para descartar algún tipo de deficiencia neurológica o psiquiátrica, que esté afectando en algún aspecto de su vida.

Para los padres:

- Se sugiere que los integrantes que conforman el núcleo familiar de George asistan a una terapia familiar, de modo que pueda contar con un ambiente familiar contenedor y colaborador.
- Procurar el mantenimiento de pautas de crianza homogéneas, de manera que no haya desacuerdos respecto a la aplicación de consecuencias de conducta inadecuadas o de refuerzos de conductas esperadas.
- Brindarle a George un hogar estructurado, con un horario establecido y actividades delimitadas para su realización. Reforzar al niño cada vez que tenga una conducta esperada respecto a ello, de manera que se incentive su autonomía y creencias positivas en él mismo en relación a su desempeño y capacidad de llevar a cabo diversas tareas.
- Motivarlo a que participe en decisiones sencillas dentro del hogar. Incentivar que brinde su opinión ante diversos temas en los que se le pueda incluir y tomarlo en cuenta.
- Generar mayores espacios donde George pueda compartir sus experiencias diarias entre los miembros de su familia, de modo que así cuente con un espacio para exteriorizar sus sentimientos y pensamientos.
- Disminuir las horas de televisión, de modo que pueda generar otros tipos de actividades diferentes a esta, como jugar en familia a las cartas, realizar actividades en papel que sean del agrado de George, como por ejemplo, origami, etc. Así mismo, fomentar espacios en los que el niño pueda salir de casa a buscar amigos e interactuar y jugar con ellos.
- Es necesario que el padre de George comprenda que la manera agresiva y amenazante como se le están enviando los mensajes a su hijo no está contribuyendo en su progreso. El padre debe desarrollar una adecuada paciencia y comprender que George es un niño, no un adulto.
- Continuar esforzándose en que George realice las tareas del hogar que se le asignan. Si el niño nota que puede librarse de ellas de alguna manera, entonces no las realizará.

- Colaborar con que George disminuya la conducta de jalarse las pestañas, sonar sus dedos o morderse las uñas de manera sutil, evitando condenarlo o minimizarlo por hacer esto.
- Mantenerse al tanto de los alimentos que podría ingerir George cuando no se le está observando, de modo que pueda prevenirse esta conducta y anticiparse a que suceda con tanta frecuencia.

Para los profesores:

- Es necesario que George se mantenga sentado en un asiento cerca a la pizarra, de preferencia en la primera fila de carpetas, de modo que se encuentre con menos estímulos distractores y pueda obtener una imagen más clara de lo que se está realizando en clases.
- Asignarle las tareas de manera muy clara y concisa, incluso administrándole los pasos exactos y necesarios para realizarlas, de modo que George pueda comprender adecuadamente lo que se espera de él y logre concluirlo con éxito. Así mismo, proporcionar un seguimiento de estas para cerciorarse de que el niño lo está haciendo bien y acompañarlo en el proceso en la medida de lo posible.
- Proponer las actividades y tareas para George y los demás compañeros de manera más visual y didáctica, de modo que tanto la motivación como la atención de George logren activarse en el aula.
- Incentivar situaciones sociales en las que George interactúe con sus pares. En el colegio se pueden aprovechar las actividades más estructuradas para que él participe y sea consciente de que puede aportar algo positivo al grupo.
- En actividades menos estructuradas, George puede contar con algún compañero asignado que lo acompañe y congenie bien con él, de manera que sirva de modelo y apoyo en situaciones donde le sea más complicado realizar las tareas y actividades propuestas.

Programa para niños con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad con predominio inatento

1. Definición

El programa está desarrollado para potencializar las habilidades de niños diagnosticados con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad con predominio inatento y llevarlos a descubrir sus propias estrategias para que se encuentren al alcance de sobrellevar las dificultades cotidianas. A partir del apoyo en obtener una manera más real de percibirse a sí mismos, tanto por sus habilidades como capacidades, como del desarrollo de comunicarse de manera asertiva en sus interacciones interpersonales, se encontrarán en la posibilidad de desempeñarse y desenvolverse más saludable y positivamente en todos los aspectos de su vida.

Así mismo, se trabajará en base a tres grandes módulos, el primero enfocándose en la atención, la organización, la impulsividad y la hiperactividad; el segundo se mantendrá focalizado en las emociones y el tercero responderá a las dificultades en la resolución de problemas y en las habilidades sociales. Además, se buscará trabajar en la planificación, organización y administración del tiempo al desarrollar una actividad, mediante el trabajo en atención y concentración sostenida, memoria y discriminación visual y auditiva, planificación, anticipación y organización de la tarea.

El programa está desarrollado para que los padres y los maestros del niño se involucren en el proceso del mismo y darles la posibilidad de promover una actitud proactiva en los diferentes ámbitos donde se desenvuelven.

2. Población

Dirigido hacia niños con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad con predominio inatento, que se encuentren entre quinto y sexto grado de primaria, divididos en grupos de cuatro participantes por edades correspondientes a su desarrollo evolutivo.

Considerar en la población:

- a) Presencia de funcionamiento cognitivo promedio o sobre el promedio (C.I. Promedio Bajo, Promedio, Promedio Alto, Superior).
- b) Dificultades en el rendimiento escolar.
- c) Problemas en el lenguaje y comunicación.
- d) Problemas socioemocionales.
- e) Trastornos conductuales.

3. Objetivo general

- Desarrollar una mejora con respecto a las diferentes dificultades del niño en las áreas académica, conductual, social y familiar.

4. Objetivos específicos

- Reducir los síntomas que presenta el TDAH de tipo inatento.
- Aumentar la atención y organización, de modo que repercutan en una mejora en el aspecto académico.
- Disminuir las conductas inadecuadas que presenta el niño, trabajando las áreas de impulsividad e hiperactividad, a partir del entrenamiento en autoinstrucciones.
- Fomentar la identificación y expresión de emociones, tanto de sí mismo como de las personas a su alrededor, de modo que pueda verbalizar y exteriorizar sus dificultades emocionales.
- Mejorar las interacciones sociales, disminuyendo sus interacciones inadecuadas, de modo que sea aceptado por su grupo de pares con facilidad y por su entorno familiar.
- Fomentar el uso de estrategias de resolución de problemas, de modo que obtenga un mayor repertorio de soluciones ante las dificultades que se le podrían presentar.
- Disminuir la ansiedad que presenta el niño enseñando y fomentando la práctica de las diferentes técnicas de relajación seleccionadas como pertinentes para las características del mismo.

5. Hipótesis de trabajo

Si se trabajan en esta intervención psicológica las áreas de atención, impulsividad y ansiedad mediante el uso de estrategias cognitivo conductuales y de habilidades sociales, impactarán en la mejora de la conducta del niño.

6. Estrategias

- Entrenamiento en autoinstrucciones a partir del “Esquema de autoinstrucciones para el entrenamiento cognitivo de niños con déficit de atención con hiperactividad”, modificado por Orjales (1995) a partir de la propuesta de Meichenbaum (1976).
- Entrenamiento en tareas de resolución de problemas
- Modelado
- Autoevaluación
- Refuerzo material por un adecuado puntaje en la autoevaluación
- Refuerzo social por realización correcta y autorrefuerzo por comportamiento adecuado.
- Presentación de situaciones sociales y problemas cotidianos para modular su comportamiento y emociones a partir del role-playing.

7. Duración

El Programa se llevará a cabo durante 16 semanas, en las cuales la frecuencia de asistencia de los niños y niñas se desarrollará dos veces por semana.

Sesiones	Variables	Conducción	Actividades	Objetivo
	<i>Informar sobre la naturaleza e importancia del TDAH</i>	Psicóloga	. Informar al padre de familia, sobre el desarrollo del programa	<ul style="list-style-type: none"> • Brindar los recursos necesarios para que participen en el proceso del programa. • . Generar redes de apoyo en el hogar. • Comprometerlos a asistir a las reuniones periódicas.
	<i>Evaluación</i>	Psicóloga	<p>Se entregará a los padres :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Protocolo de conductas escolares. - Vanderbilt - Toulouse Piéron - Entrevista con los padres - Observación del niño en sus terapias 	
<i>1°</i>	<i>Bienvenida</i>	Psicóloga	<ul style="list-style-type: none"> . Se presentan los terapeutas. . Dinámica de integración del grupo con el juego de la pelota. . Explicación del porque se encuentran en el programa. . Las reglas de oro . Enseñanza de las autoinstrucciones. . Cierre 	<ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento del grupo en general. • Psicoeducación con los niños. • Enseñanza de las autoinstrucciones
			<ul style="list-style-type: none"> . Autoinstrucciones . A través de un juego hacer que los niños se den cuenta de las dificultades que presentan para tomar atención y así 	<ul style="list-style-type: none"> • Lograr la enseñanza de seguir las indicaciones para realizar las actividades.

2°	<i>Atención</i>	Psicóloga	<p>tomar en cuenta la importancia de escuchar las indicaciones para realizar adecuadamente los trabajos y actividades. Con preguntas se llevara al niño a plantarse alternativas y estrategias para escuchar y seguir las indicaciones con mayor atención. (juego de simón dice)</p> <p>. Con la segunda dinámica interactiva se buscara que los niños escuchen a sus compañeros de terapia para poder juntos sostener un juego manteniéndola atención sostenida en un periodo de tiempo prolongado.(juego de la mochila)</p> <p>. Autoevaluación</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mostrar la importancia de escuchar a los demás y mantener y trabajar el mantener la atención sostenida por espacios de tiempo prolongados.
3°	<i>Atención</i>	Psicóloga	<p>.Autoinstrucciones</p> <p>.Con esta actividad se buscará que los niños permanezcan en la tarea asignada teniendo un adecuado seguimiento de indicaciones y permaneciendo en la tarea durante el tiempo requerido. (Origami)</p> <p>. Con la última dinámica se enseña a los niños a que si miran a los ojos pueden tener una atención más constante y sostenida. (dinámica de ojos)</p> <p>. Autoevaluación</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Analizar las actitudes, dificultades y soluciones que surgen de los niños cuando se enfrentan a una tarea específica. • Lograr que los niños mantengan contacto visual y aumenten el sostenimiento de la atención visual hacia el compañero.

4°	<i>Organización</i>	Psicóloga	<p>. Autoinstrucciones</p> <p>. A través de una actividad de organización se buscará que los niños logren ordenar y organizar un espacio. (limpiar, organizar y ordenar el ambiente)</p> <p>. Autoevaluación</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer una meta y mantenerla por un espacio prolongado de tiempo, logrando un objetivo común y logrando entender la importancia del trabajo en equipo.
5°	<i>Organización</i>	Psicóloga	<p>. Autoinstrucciones</p> <p>. Con una actividad se buscara que los niños se organicen para realizar un trabajo colectivo y así puedan identificar la opinión de los demás, se pongan de acuerdo y cumplan con el objetivo final. (juego de las cañitas)</p> <p>. A través de un juego de objetos se buscara realizar clasificaciones y organizarlos según características esenciales.</p> <p>. Autoevaluación</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lograr que realicen una actividad en equipo planificando y organizando. • Asimilar algunos criterios de clasificación que les permita organizar sus propios objetos.
6°	<i>Organización</i>	Psicóloga	<p>. Autoinstrucciones</p> <p>. A través de una actividad grafica se buscara que los niños logren un trabajo limpio y ordenado.(copiar una mándala)</p> <p>. Autoevaluación</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Observar el grado de organización y planificación en las actividades.

7°	<i>Impulsividad</i>	Psicóloga	<p>. Auto instrucción</p> <p>. Con un juego interactivo se buscara que los niños logren controlar sus impulsos siguiendo las reglas de convivencia pre establecidas (Juego de la tormenta)</p> <p>. Inicio de técnicas de relajación</p> <p>. Autoevaluación</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ejercitar la escucha, detenerse a pensar antes de actuar y lograr un clima adecuado en vez de enfocarse en quien gana o pierde. • Enseñar a los niños técnicas de relajación
8°	<i>Impulsividad</i>	Psicóloga	<p>. Autoinstrucciones</p> <p>. Con un juego de roles se busca que los niños tomen conciencia de cómo se pueden buscar soluciones sin frustrarse. (juego de roles padre-hijo)</p> <p>. Técnica de relajación</p> <p>. Autoevaluación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Explorar las diferentes maneras de comunicarse con los demás, y ver que a pesar de estar molestos se pueden buscar soluciones, sin frustrarse.
9°	<i>Impulsividad</i>	Psicóloga	<p>. Autoinstrucciones</p> <p>. A través de un juego con tarjetas se buscara que los niños sigan las indicaciones de las tarjetas a pesar de tener mensajes opuestos al mensaje. (juego de las tarjetas incongruentes)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ser conscientes de que las palabras deben ir de acuerdo con el tono de voz, gestos y expresión fácil para ser comprendidos por los demás.

			<p>. Técnica de relajación.</p> <p>. Autoevaluación</p>	
10°	<i>Hiperactividad</i>	Psicóloga	<p>. Autoinstrucciones</p> <p>. Se les contara una historia y luego se les pedirá que realicen una actividad manual, cada uno debe de realizar la actividad en su lugar sin moverse y organizando su espacio personal.</p> <p>. Técnica de relajación</p> <p>. Autoevaluación</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tomar conciencia de la importancia de mantenerse sentados y en silencio, lo cual ayudara a concentrarse más y realizar un trabajo rápido y adecuado.
11°	<i>Hiperactividad</i>	Psicóloga	<p>. Autoinstrucciones</p> <p>. Con un juego de cambio de roles se les pedirá a los niños que dejen de ser ellos mismos e imiten las conductas no permitidas del compañero de forma exagerada.</p> <p>. Técnica de relajación</p> <p>. Autoevaluación</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tomar conciencia de los movimientos que hacen cuando están sentados y que sepan cómo los ven sus pares y también identificar el impacto que esto tiene en su desempeño escolar y familiar.

12°	<i>Hiperactividad</i>	Psicóloga	<p>. Autoinstrucciones</p> <p>. Se les solicita a los niños sentarse de tres para que el del medio cuente una historia, mientras que los dos niños de los costados lo interrumpen, el niño de medio tienen que contestar las preguntas que le hacen y continuar con sus historia.</p> <p>. Técnicas de relajación</p> <p>. Autoevaluación</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reconocer la forma en cómo se participa en situaciones de comunicación y tratar la importancia de esperar los turnos para hablar.
13°	<i>Reunión con padres</i>	Psicóloga		
14°	<i>Las emociones</i>	Psicóloga	<p>. Autoinstrucciones</p> <p>. Solicitar a los niños su opinión sobre la definición de lo que son las emociones.</p> <p>. Diferenciar las emociones positivas y negativas.</p> <p>. Entrega de una actividad para desarrollar en la cual el objetivo consiste en el apareamiento de una imagen de un rostro expresando una emoción y el nombre de la misma.</p> <p>. Relajación</p> <p>. Autoevaluación</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Extender la información sobre el concepto de las emociones. • Ser capaces de reconocer y diferenciar las emociones positivas de las negativas. • Lograr identificar las emociones a partir de los gestos faciales.

15°	<i>Emociones (Me hago responsable de lo que siento)</i>	Psicóloga	<p>. Autoinstrucciones</p> <p>. La terapeuta pedirá a los niños que se sienten en círculo y colocara al centro tarjetas de cartulina blanca y piedras de tamaño mediano. Luego, les pedirá que escriban en las tarjetas como se sienten cuando “un amigo no quiere jugar conmigo”, o cuando “mi hermano me gana cuando estamos jugando”. La terapeuta puede leerles otras situaciones. Cuando terminen de escribir cada tarjeta, irán colocando sobre cada una, una piedra que se le ira entregando. A continuación les pedirá que metan en una bolsa las piedras y las tarjetas que han escrito, y que la cierren y caminen por un minuto por el salón cagando la bolsa y sientan el peso. Finalmente se sentaran otra vez en el círculo y sacaran las piedras y las tarjetas. Compartirán sus impresiones sobre la dinámica.</p> <p>. Relajación</p> <p>. Autoevaluación</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aprender a ser responsables de sus emociones. • Reconocer sus emociones y poder expresarlas. • Asociar las emociones con alguna situación real.
16°	<i>Emociones (Termómetro de las emociones)</i>	Psicóloga	<p>. Autoinstrucciones</p> <p>. La terapeuta explicara a los niños la triada pensamiento – emoción – conducta. Asimismo se les explicará mediante una dinámica el termómetro de las emociones, para que los</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lograr que los niños reconozcan la forma en cómo expresan sus emociones y busquen una forma adecuada de expresarlas.

			<p>niños logren identificar la forma en cómo expresan sus emociones y generar el Plan de Seguridad.</p> <ul style="list-style-type: none"> . Relajación . Autoevaluación 	
17°	<i>Emociones (Alegría y Tristeza)</i>	Psicóloga	<ul style="list-style-type: none"> . Autoinstrucciones . Mediante una historia se les explicará a los niños qué significan las emociones para que luego logren identificarlas en ellos mismo mediante el termómetro de las emociones. . Relajación . Autoevaluación 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar las emociones de la alegría y la tristeza.
18°	<i>Emociones (Miedo y Cólera)</i>	Psicóloga	<ul style="list-style-type: none"> . Autoinstrucciones . Mediante una historia se les explicará a los niños que significan las emociones para que luego logren identificarlas en ellos mismo mediante el termómetro de las emociones. . Relajación 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar las emociones del miedo y la cólera

			. Autoevaluación	
19°	<i>Emociones (Culpa – Vergüenza)</i>	Psicóloga	. Autoinstrucciones . Mediante una historia se les explicará a los niños que significan las emociones para que luego logren identificarlas en ellos mismo mediante el termómetro de las emociones. . Relajación . Autoevaluación	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar las emociones de culpa y vergüenza.
20°	<i>Entrenando el Auto Control Emocional</i>	Psicóloga	. Autoinstrucciones . A través de un video breve se muestra los tres estilos de afrontamiento mediante la identificación de tres personajes (El impulsivo, el evitativo y el asertivo). Luego preguntar sobre las consecuencias a corto plazo y a largo plazo de cada una de las tres reacciones y apuntarlas en la pizarra. . Se brinda información sobre las definiciones, las características y ejemplos de cada uno de los tres estilos de afrontamiento. . Dinámica: Se solicita que realicen pequeñas escenificaciones donde se pueda apreciar los tres estilos de afrontamiento (todos participan).	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar diferentes estilos de afrontamiento de la ansiedad y el enfado. • Reconocer las ventajas y desventajas de cada uno de ellos.

			<p>. Luego de verlos actuar, se pide que analicen sobre las reacciones fisiológicas, motoras y de pensamiento que experimentaron al asumir sus roles.</p> <p>. Relajación</p> <p>. Autoevaluación</p>	
21°	<i>Reunión con Padres</i>	Psicóloga		
22°	<i>Resolución de problemas</i>	Psicóloga	<p>. Autoinstrucciones</p> <p>. Comunicación asertiva. Como comunicarse, técnicas de comunicación.</p> <p>. Escucha, observación, gestos, contacto visual, emisor, receptor, mensaje.</p> <p>. Expresión verbal y no verbal.</p> <p>. Comunicación pasiva, agresiva y asertiva.</p> <p>. Relajación</p> <p>. Autoevaluación</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Enseñar a los niños formas efectiva de comunicarse
			<p>. Autoinstrucciones</p> <p>. Se realizaran trabajos en equipo donde cada participante cumpla un rol establecido y mediante las técnica de</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Que los niños logren vivenciar como la comunicación asertiva ayuda a la resolución de problemas.

23°	<i>Resolución de problemas</i>	Psicóloga	<p>comunicación puedan resolver los conflicto que se presenten en el transcurso de la dinámica.</p> <p>. Relajación</p> <p>. Autoevaluación</p>	
24°	<i>Resolución de problemas</i>	Psicóloga	<p>. Autoinstrucciones</p> <p>. Mediante la presentación de casos se buscara que los niños planteen diversas soluciones y escojan la mejor opción en cada situación problema.</p> <p>. Relajación</p> <p>. Autoevaluación</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Buscar que los niños comprendan que para cada situación problema existen diversas soluciones.
25°	<i>Resolución de problemas</i>	Psicóloga	<p>. Auto instrucción</p> <p>. Cómo afecta la mentira en la resolución de problemas.</p> <p>. Relajación</p> <p>. Autoevaluación</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mostrar a los niños cómo la mentira afecta en las relaciones interpersonales y las consecuencias negativas de estas.

26°	<i>Resolución de problemas</i>	Psicóloga	<p>.Autoinstrucciones</p> <p>.Se presentaran casos para la resolución de conflictos familiares mediante juego de roles.</p> <p>. Relajación</p> <p>. Autoevaluación</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se buscara que los niños logren ponerse en el lugar de sus familiares y puedan buscar la resolución de conflictos.
27°	<i>Habilidades sociales</i>	Psicóloga	<p>. Autoinstrucciones</p> <p>. Trabajo en pensamientos positivos y negativos, la técnica de la oruga y mariposa.</p> <p>. Situaciones difíciles, incómodas, injustas e indeseables entre pares.</p> <p>Reconocimiento y cambio de pensamientos negativos a positivos.</p> <p>. Relajación.</p> <p>. Autoevaluación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lograr que el niño reconozca sus pensamientos negativos y positivos.
28°		Psicóloga	<p>. Auto instrucción</p> <p>. El comportamiento asertivo, hacer y rechazar peticiones y cumplidos, expresar opiniones y desacuerdos, pedir disculpas, admitir ignorancia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Enseñarle comportamiento asertivo.

	<i>Habilidades sociales</i>		<ul style="list-style-type: none"> . Recepción de críticas constructivas y destructivas. . Aprender a defenderse y decir no. . Relajación . Autoevaluación. 	
29°	<i>Habilidades sociales</i> <i>(La identidad y la seguridad)</i>	Psicóloga	<ul style="list-style-type: none"> . Autoinstrucciones . Autoestima, identidad, reafirmación. . Virtudes y defectos personales. . Soy único e irrepetible. . Reconocimiento de referentes afectivos. . Perdida del temor al ridículo. . Relajación . Autoevaluación 	<ul style="list-style-type: none"> • Logra una adecuada mirada de sí mismo.
30°	<i>Habilidades Sociales</i> <i>(La socialización)</i>	Psicóloga	<ul style="list-style-type: none"> . Autoinstrucciones . Como puedo hacer amigos. . Cohesión grupal . Trabajo en equipo . Inicio mantenimiento y termino de conversaciones. . Relajación 	<ul style="list-style-type: none"> • Lograr que el niño logre una adecuada socialización

			. Autoevaluación	
31°	<i>Reunión de padres</i>	Psicóloga		
32°	<i>Cierre de Programa</i>	Psicóloga	. Retroalimentación de cada uno de los logros obtenidos durante el programa. . Se realizará un compartir donde se les entregará unos diplomas y medallas por los logros obtenidos.	



CAPÍTULO VI: DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en el estudio de caso único mediante la aplicación de pruebas psicológicas, el cual se realizó con el objetivo general de determinar las características diagnósticas del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en un niño de 11 años de edad, ya establecido por dos neuropediatras de la institución a la cual acude para realizar sus diferentes terapias, dieron a conocer que no solo se trataría del diagnóstico ya planteado.

De acuerdo a la información recopilada en el marco teórico de esta investigación, es reconocido por los profesionales que el TDAH suele estar acompañado por otras dificultades (Lavigne & Romero, 2012) ya sea como antecedentes o consecuentes del mismo. En este caso resulta difícil determinar específicamente cuál de los trastornos que podrían estar conviviendo con el niño fue el primero en aparecer.

Primero fue diagnosticado por el Neuropediatra con un Trastorno de Aprendizaje, para luego señalar el TDAH con predominio inatento, corroborándose posteriormente el TDAH de tipo inatento y Trastorno de ansiedad. Los resultados obtenidos en los primeros grados de primaria, descartaron el trastorno de aprendizaje por presentar un perfil cognitivo disminuido, correspondiente a la categoría Límite.

Del mismo modo, el tipo de TDAH que presenta es de predominio inatento, lo cual es corroborado en todas las pruebas aplicadas para esta área. Cabe mencionar que el perfil de resultados que el niño demuestra en la prueba para indagar sobre los Procesos cognitivos globales (WISC-IV) no coincide con los usuales perfiles de niños diagnosticados con este trastorno. Así, recordando lo que mencionan Fenollar-Cortés et al. (2005) en su investigación y los puntajes obtenidos por el niño de esta investigación, se observa que obtiene las más altas puntuaciones en los Índices de Velocidad de Procesamiento (103) y Memoria de Trabajo (97), mientras que muestra unos resultados notoriamente más bajos en los Índices de Razonamiento Perceptual (86) y especialmente en Comprensión Verbal (77), los cuales refutan a muchas investigaciones que plantean esta diferencia de manera invertida. A partir de esto, se considera necesario realizar otras investigaciones relacionadas con este aspecto,

determinando que cada perfil de un niño diagnosticado con TDAH corresponde a un perfil individual.

Por otro lado, el niño se encuentra diagnosticado por el neuropediatra que sigue su caso en la actualidad con un Trastorno de Ansiedad. Esto se corrobora de igual manera con las pruebas realizadas, así como por la observación de conducta realizada a lo largo de las sesiones como: jalarse las pestañas y el cabello, morderse las uñas de ambas manos y sudoración palmar y facial, identificándose como consecuencia de los trastornos antes mencionados, corroborado por Artigas-Pallarés (2003, como se citó en Campeño, 2014, p. 70). Por esta razón se considera pertinente que el niño acuda a una interconsulta psiquiátrica.

Todo lo anteriormente expresado genera una amplia gama de síntomas en el niño, aparte de los que implican sus trastornos diagnosticados, los cuales concluyen en consecuencias negativas para la vida de George, como por ejemplo, que muestre comportamientos inadecuados para expresar sus emociones, como la ira, la rabia y la incapacidad que puede llegar a considerar al compararse con sus pares, las dificultades en las habilidades sociales y su seguridad y autoestima. Apareciendo en él alteraciones en la atención sostenida, funciones ejecutivas, pobre autorregulación y dificultades de conducta. (Montoya, Varela & Dussán, 2011).

Estas consecuencias no solo repercuten en el aspecto personal, escolar o social, ya que en la convivencia diaria familiar se puede encontrar más confiado en expresarse con libertad, llevando a que todos los miembros de la familia se vean afectados, lo cual sucede en el caso de éste niño. Es necesario mencionar en esta disyuntiva las dificultades familiares y educativas en las que el niño se encuentra envuelto, con un ambiente familiar violento y amenazante, así como una institución escolar pública, en la cual no cuenta con el apoyo individualizado y especializado necesario para superar sus dificultades, los cuales repercuten de manera negativa en el desempeño de George, evidenciándose que los factores contextuales se encuentran comprometidos.

Es por ello que se considera tan importante obtener un adecuado soporte familiar y escolar para todas las personas diagnosticadas con cualquier tipo de aflicción, siendo considerado crucial el trabajo en conjunto con los familiares y profesores de George para obtener avances en las dificultades del mismo y generar un ambiente adecuado para lograr un pronóstico favorable.

De acuerdo al análisis de los resultados neurológicos actuales, se considera necesaria la recomendación de un examen especializado en neurología para determinar si existe un factor neurobiológico que estaría afectando en el desempeño de los diferentes ámbitos de la vida de George.

Al analizar de forma integral los diferentes factores evaluados, como los cognitivos, psicológicos y contextuales, se corrobora la importancia de un adecuado diagnóstico interdisciplinario que lleve a esclarecer la complejidad del caso evaluado, debido a que inicialmente se consideró un Trastorno de Aprendizaje y posteriormente se determinó que era un TDAH asociado a un Trastorno de Ansiedad. En el factor psicológico, en un primer momento, se le consideraba un Trastorno de Conducta o un Trastorno Oposicionista Desafiante, y posteriormente, se concluyó que presentaba problemas de conducta o conductas oposicionistas como consecuencia de las dificultades de atención y de la problemática contextual que lo rodea.

En cuanto a los antecedentes de las evaluaciones de aprendizaje, estos coinciden con los resultados obtenidos en el perfil cognitivo actual, debido a que el factor cognitivo impacta sobre su desempeño en el aprendizaje, en donde se manifiestan dificultades en el proceso semántico de la lectura, en la riqueza de su vocabulario, en realizar inferencias e interpretar textos sencillos y situaciones sociales.

Así mismo, el presentar un perfil cognitivo disminuido determina que se debería trabajar necesariamente la zona de desarrollo próximo, mediante la Modificabilidad Cognitiva de Feuerstein.

Además de lo expresado, se plantea una alternativa de intervención psicológica desde un enfoque cognitivo conductual para el niño, así como continuar con la Terapia de Aprendizaje, orientada a un adecuado manejo de estrategias de aprendizaje, a la cual asiste en la actualidad y principalmente, una terapia familiar para todos los miembros de la misma, de modo que puedan ser un factor de soporte para George, ya que de acuerdo a las investigaciones, se ha demostrado que se requiere de un tratamiento multidisciplinario e individualizado para cada caso y su familia, incluyendo un abordaje farmacológico y un apoyo psicosocial, para controlar este trastorno (Hidalgo & Soutullo, 2014).

CONCLUSIONES

- En la actualidad se aprecia que el TDAH es un trastorno neuropsicológico relacionado a diferentes factores, lo que es conocido como multifactorial, asociándose tanto a una base biológica cerebral, como a una predisposición genética que interactúa con los diferentes aspectos ambientales, es decir, el contexto familiar, la escuela, el entorno, la socialización, el nivel socioeconómico, entre otros.
- Además, durante las últimas décadas, este trastorno se encuentra sobrediagnosticado por varias razones, entre las cuales se encuentran una inadecuada elección de los métodos de evaluación utilizados para el diagnóstico, la exageración de los síntomas cuando existe un desconocimiento del trastorno por parte de las fuentes de información (padres, cuidadores y profesores), entre otras.
- Se considera importante y crucial obtener información de varias fuentes, ya sea tanto de los padres, como del niño, de la observación de conducta del niño, de los profesores y de otros profesionales que hayan evaluado anteriormente al mismo al momento de diagnosticar, de modo que se le evalúe de manera integral, incluyendo las áreas médica, psicológica, psiquiátrica, familiar, ambiental, escolar y social, así como indagar de manera exhaustiva en el desarrollo evolutivo de cada niño, desde su nacimiento hasta la actualidad.
- A partir de este estudio de caso realizado, se evidencia y refuerza la idea de que al evaluar a un niño para descartar la posibilidad de un diagnóstico de TDAH, es necesario reconocer que no basta con una simple observación de conducta de rutina, sino que es necesario tomar muy en cuenta que este trastorno arroja unas muy altas tasas de comorbilidad, el cual también puede solaparse y confundirse con facilidad con otros trastornos asociados.
- Tomando esto como base, se evidencia en la presente investigación que el niño evaluado en este caso cuenta con un Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad con predominio inatento, asociado con problemas de aprendizaje generales y un Trastorno de Ansiedad, presentando como consecuencia dificultades de adaptación en el entorno familiar, educativo y social en el que se encuentra circundante.

- Finalmente, cabe mencionar la importancia del trabajo interdisciplinario que coadyuva a un adecuado conocimiento de la evaluación y tratamiento que permita una pertinente y oportuna intervención según los entornos familiar, educativo y social del niño, evitando así la etiquetación, el fracaso escolar y el rechazo social alterno. Es por ello que se debe incentivar a próximas y futuras investigaciones relacionadas a este tema, de modo que se puedan esclarecer en mayor medida las dudas y cuestionamientos que surgen con respecto al TDAH, su sobrediagnostico y los trastornos comórbidos asociados.



RECOMENDACIONES

- Este estudio de caso de TDAH refuerza la idea de que toda persona que se encuentre interesada, ya sea de manera voluntaria o por terceros, de ser evaluada para descartar algún tipo de trastorno o enfermedad, tiene el derecho de conocer y de exigir que se realice una intervención multimodal e individualizada.
- Del mismo modo, se evidencia la importancia de un diagnóstico neurológico especializado a partir de un examen neurobiológico, así como se torna imperativo realizarlo de la misma manera en las áreas educativa, social, conductual, etc.
- Se considera necesario investigar los métodos más efectivos en intervención, tanto en la evaluación como en el diagnóstico y el tratamiento, para determinar el trastorno adecuado, así como su comorbilidad, si fuera el caso.
- Se sugiere una intervención multimodal e individualizada, en donde se evidencie el trabajo de equipo del neurólogo, del psicólogo con corriente cognitivo conductual, de los profesores del colegio y de la familia a cargo del niño del caso, con el objetivo de lograr disminuir las dificultades asociadas a su trastorno de TDAH, con predominio inatento y que potencie sus fortalezas individuales.
- Finalmente, se considera que se debe priorizar una intervención sistémica a nivel familiar, de manera que obtenga adecuadamente el soporte de su entorno más próximo y cotidiano, así como las respectivas y relevantes adaptaciones al contexto escolar y al medio social en el que el niño se desenvuelve en el aspecto académico.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Washington D.C.: American Psychiatric Association.
- Bakker, L., y Rubiales, J. (2012). Autoconcepto en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *PSIENCIA Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 4(1), 5-11.
- Barkley, R. (1999). *Niños hiperactivos. Cómo comprender y atender sus necesidades especiales* (2ª ed.). Madrid, España: Editorial Paidós.
- Brenlla, M. E. (2013). Interpretación del WISC-IV. Puntuaciones compuestas y modelos CHC. *Ciencias Psicológicas*, 2(2), 183-197. Recuperado de <http://www.scielo.edu.uy/pdf/cp/v7n2/v7n2a07.pdf>
- Campeño Y. (2014). *Intervención psicopedagógica en niños afectados por el TDAH. Estudio experimental* (Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid). Recuperada de <http://eprints.ucm.es/24523/1/T35110.pdf>
- Dávila, J. (2010). *Atención y comprensión lectora en estudiantes del cuarto grado de primaria de una institución educativa en Ventanilla – Callao* (Tesis doctoral, Escuela de Postgrado – Universidad San Ignacio de Loyola). Recuperada de http://repositorio.usil.edu.pe/wp-content/uploads/2014/07/2010_D%C3%A1vila_Atenci%C3%B3n-y-comprensi%C3%B3n-lectora-en-estudiantes-de-cuarto-grado-de-primaria-de-una-instituci%C3%B3n-educativa-en-Ventanilla-Callao.pdf
- De la Garza, F. (2007). *Hiperactividad y déficit de atención en niños y adultos*. México D.F.: Editorial Trillas.

- Elías, Y., y Estañol, B. (2005). *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Bases neurobiológicas, modelos neurológicos, evaluación y tratamiento*. México D.F.: Editorial Trillas.
- Fenollar-Cortés, J., Navarro-Soria, I., González-Gómez, C., y García-Sevilla, J. (2015). Detección de perfiles cognitivos mediante WISC-IV en niños diagnosticados de TDAH: ¿Existen diferencias entre subtipos? *Revista de Psicodidáctica*, 20(1), 157-176. Recuperado de www.ehu.es/revista-psicodidactica
- Filomeno, A. (2009). *El niño con déficit de atención o hiperactividad: cómo pasar del fracaso al éxito* (2ª ed.). Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Flores, J. (2009). Características de comorbilidad en los diferentes subtipos de trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Psicothema*, 21(4), 592-597.
- Freire, H. (2013). *¿Hiperactividad y déficit de atención? Otra forma de prevenir y abordar el problema*. Barcelona: RBA Libros, S.A.
- Fundació Sant Joan de Deo (2010). *Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes. Guía de práctica clínica sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes*. Cataluña: Plan de Calidad para el Sistema Nacional del Ministerio de Sanidad, Política e Igualdad. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat (AIAQS), 18.
- Guerrero, J. (2006). *Creatividad, ingenio e hiperconcentración: las ventajas de ser hiperactivo (TDAH)*. Málaga: Ediciones Aljibe.
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación* (5ª ed.). México D.F.: McGraw-Hill.

- Herrera, E., Bermejo, R., Fernández, M., y Soto, G. (2011). Déficit de atención e hiperactividad. En M. D. Prieto (Ed.), *Psicología de la Excepcionalidad*. (pp. 139-151). Madrid: Editorial Síntesis, S.A.
- Hidalgo, M. I., y Soutullo, C. (2014). *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)*. Recuperado de: http://www.sepeap.org/wp-content/uploads/2014/02/Ps_inf_trastorno_deficit_atencion_hiperactividad_tdah.pdf
- Jarque, S. (2012). Eficacia de las intervenciones con niños y adolescentes con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). *Anuario de Psicología*, 42(1), 19-33.
- Lavigne, R., y Romero, J. (2012). *El TDAH. ¿Qué es?, ¿qué lo causa?, ¿cómo evaluarlo y tratarlo?* Madrid: Ediciones Pirámide.
- López, C., Castro, M., Belchí, A. I., y Romero, A. (2013). Descripción clínica: el trastorno por déficit de atención e hiperactividad y los trastornos del comportamiento. En C. López y A. Romero (Eds.), *TDAH y trastornos del comportamiento en la infancia y la adolescencia. Clínica, diagnóstico, evaluación y tratamiento*. (pp. 21-32). Madrid: Ediciones Pirámide.
- López, C., Castro, M., Fernández, V., y Romero, A. (2013). Características cognitivo-emocionales y procesos psicológicos implicados. En C. López y A. Romero (Eds.), *TDAH y trastornos del comportamiento en la infancia y la adolescencia. Clínica, diagnóstico, evaluación y tratamiento*. (pp. 45-70). Madrid: Ediciones Pirámide.
- López, C., Alcántara, M., Fernández, V., y Romero, A. (2013). Diagnóstico clínico. En C. López y A. Romero (Eds.), *TDAH y trastornos del comportamiento en la infancia y la*

adolescencia. *Clínica, diagnóstico, evaluación y tratamiento*. (pp. 99-130). Madrid: Ediciones Pirámide.

López, C., Alcántara, M., Belchí, A. I., y Romero, A. (2013). Estado actual del tratamiento del TDAH y otros trastornos del comportamiento. En C. López y A. Romero (Eds.), *TDAH y trastornos del comportamiento en la infancia y la adolescencia. Clínica, diagnóstico, evaluación y tratamiento*. (pp. 171-208). Madrid: Ediciones Pirámide.

Martínez, M., Henao, G., y Gómez, L. (2009). Comorbilidad del trastorno por déficit de atención e hiperactividad con los trastornos específicos del aprendizaje. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38(1), 178-194.

Martínez, B., y Rico, D. (2013). DSM-5 ¿Qué modificaciones nos esperan? *Boletín Digital UNIDIS*, 2, 1-13. Recuperado de http://portal.uned.es/pls/portal/docs/PAGE/UNED_MAIN/LAUNIVERSIDAD/VICERRECTORADOS/EXTENSION/DICAP/RECURSOS/PUBLICACIONES/DOCUMENTOSPRIVADOS/DMS%20V%20QUE%20MODIFICACIONES%20NO%20ESPERAN%5D.PDF

Mejía, D. M., y Albarracín, A. P. (2013). Estudio preliminar de las propiedades psicométricas del WISC-IV en una muestra de escolares de Bucaramanga. *Informes psicológicos*, 13(2), 13-25. Recuperado de: <https://revistas.upb.edu.co/index.php/informespsicologicos/article/view/2790>

Merino, C. (2011). Validez comparativa de tres sistemas de calificación del Test Gestáltico Visomotor de Bender. *Revista psicología*, 13(1), 90-102. Recuperado de http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/rev_psicologia_cv/v13_2011_1/pdf/a07.pdf

Montoya, D., Varela, V., y Dussán, C. (2011). Caracterización neuropsicológica de una muestra de niños y niñas con TDAH de la ciudad de Manizales. *Biosalud*, 10(1), 30-

51. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-95502011000100004&script=sci_arttext

Organización Mundial de la Salud (2000). *Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Editorial Médica Panamericana, S.A.

Orjales, I. (1995). *Déficit de atención con hiperactividad: manual para padres y educadores* (7ª ed.). Madrid, España: Ciencias de la Educación Prescolar y Especial - CEPE.

Papalia, D. Olds, S., y Feldman, R. (2012). *Desarrollo Humano* (12ª ed.). México D.F.: McGraw-Hill/Interamericana Editores.

Pontón, W. (2009). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH): los olvidados en el diagnóstico. Reporte de Caso. *Revista Med*, 17(1), 166-167.

Silver, B. (2004). *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Guía Clínica de diagnóstico y tratamiento para profesionales de la salud*. España: LEXUS Editores.

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. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 27(3), 157-167. Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v27n3/a02v27n3.pdf>

Wolraich, M., Lambert, W., Doffing, M., Bickman, L., Simmons, T., & Worley, K. (2003). Psychometric properties of the Vanderbilt ADHD diagnostic parent rating scale in a referred population. *Journal of pediatric psychology*, 28(8), 559-568. Recuperado de <http://jpepsy.oxfordjournals.org/content/28/8/559.full.pdf+html>



ANEXO 1: ANAMNESIS

1. Datos de filiación

1. Nombres y Apellidos: Michel George Ramírez Milla
2. Sexo: Masculino
3. Edad: 10 años, 10 meses
4. Lugar y fecha de nacimiento: Lima, 6 de julio del 2003
5. Tiempo de residencia en Lima:
6. Estado civil: soltero
7. Grado de instrucción: quinto de primaria, Colegio Víctor Raúl Haya de la Torre, Manchay
8. Ocupación actual: estudiante
9. Religión: católico
10. Idiomas: español
11. Con quiénes vive: madre, padre, hermana
13. Número de hermanos: 1
14. Posición ordinal: 2
15. Dirección: Cieneguilla
16. Teléfono: 990205114
17. Informantes: padre, madre, hermana
18. Fechas de las entrevistas: 5/5, 7/5, 8/5, 12/5, 14/5 (solo madre), 15/5 (solo hermana), 3/6 (profesor)
19. Lugar de las entrevistas: Consultorios del Instituto para el Desarrollo Infantil y colegio donde estudia
20. Evaluadora: Giulia Barrios Oneto

2. Descripción física y conductual del paciente

El niño presenta una tez trigueña, cabello corto de color negro, ojos pequeños y rasgados, mejillas prominentes, cara de forma redonda y una estatura promedio comparado con los demás niños de su edad. Es de contextura gruesa y su tronco es corto, al ser comparado con otros niños.

3. Problema actual

3.1. Motivo de consulta:

Los padres de George explican que les llama la atención ciertas reacciones que muestra su hijo, como por ejemplo, cuando el padre del niño se molesta, suele tirar las cosas y gritarle a las personas que están a su alrededor, siendo así que George lo imita y repite estas conductas.

Por otro lado, se muestran preocupados por el aspecto académico, ya que, como agregan, es necesario exigirle y presionarlo para que haga las tareas, de lo contrario, no las hace por iniciativa propia. Así mismo, es frecuente que requiera de acompañamiento y apoyo constantemente en las tareas, sin embargo, cuando se le intenta corregir, él se molesta y reniega, buscando librarse de estas. La madre explica que para corregirlo cuando no quiere hacer sus tareas, opta por quitarle la oportunidad de ver la televisión, pero cuando menos lo espera, observa que su padre está viendo televisión con su hijo, desautorizándola. Ante esto, el padre admite que su pareja es muy blanda para corregir a su hijo y no le exige lo suficiente, explicando que lo premia y le compra dulces cuando no debería. La madre responde que su pareja le jala las orejas y las patillas a su hijo, considerando que esos tipos de maltratos no son necesarios y no ayudarán a George.

Cabe añadir que George asiste a un centro donde recibe ayuda para las tareas escolares y su hermana mayor también trata de ayudarlo, pero ella suele perder la paciencia y reniega, tendiendo a gritarle a su hermano. Los padres comentan que George afirma que nadie lo quiere debido a que todos le suelen gritar, pero la madre explica que es la única manera de que haga las cosas, accediendo mientras agrega *ya, voy a hacer*.

Para continuar con el tema académico, los padres añaden que su hijo sigue bajo en las notas, explicando que es necesario obtener una puntuación mayor a 14 para poder aprobar en su colegio, sin embargo, él obtuvo calificaciones entre 10 y 13 durante el año escolar pasado, desaprobando en los cursos de Matemáticas y Ciencia y Ambiente. Ante esto, fue necesario que George asistiera a clases de recuperación en verano, de febrero a marzo, para que pudiera pasar ambos cursos.

Además, la madre del niño comenta que el profesor del aula de George admite que ha mejorado. Este profesor está trabajando con George desde el tercer grado de primaria y el padre lo califica como un buen profesor, explicando que enseña bien. La madre explica que su hijo logra comprender bien las clases, pero sus problemas se presentan en los exámenes y en las exposiciones, así como solo busca “zafarse” y terminar las tareas que le solicitan rápidamente, observando que no está aprendiendo como debería. La misma también expresa que a su hijo le cuesta acordarse de las cosas, así como hacer multiplicaciones con números más grandes y problemas de matemáticas.

La madre de George cuenta que cuando se molesta con su hijo, lo ignora y prefiere apartarse, para luego dejar que se le pase la cólera y conversa con él. Además, informa que su hijo no colabora en casa, no quiere apoyar en los quehaceres y no cumple con la disciplina y las reglas que le han impuesto en su terapia de modificación de conducta. Los padres recuerdan que George exclama *¿por qué todo yo?*, reclamando que su hermana no hace nada, sin embargo, la madre admite que su hija limpia la casa, se organiza, hace sus tareas y colabora con ella. Además, la madre admite que prefiere no solicitar la ayuda de su hijo, ya que, por ejemplo, en ocasiones anteriores, cuando le ha pedido a George que acuda a la tienda para comprar azúcar, el niño vuelve al hogar con leche, siendo frecuentes estas confusiones.

Finalmente, los padres muestran una fuerte preocupación debido a que su hijo aún continúa arrancándose las pestañas, admitiendo que se esconde para hacerlo y utiliza sus dedos de la mano para esto.

Los padres de George afirman que empezaron a observar ciertos síntomas en su hijo cuando tenía aproximadamente 4 años de edad. El niño había ingresado a inicial en el colegio al cual asiste en la actualidad y su madre se mostró preocupada por evidenciar algunas características en su hijo que no observaba en los demás niños de su misma edad.

La madre recuerda que George era un infante muy inquieto, no prestaba atención y con frecuencia se sacaba cero de nota. La profesora de inicial le comentó a la padre que su hijo no avanzaba en las actividades de pintado y pegado, ya que no los hacía

por sí solo y no las culminaba. George iba “arrastrando” estas malas notas y pasaba “con las justas” de grado, como afirma su madre.

Por otro lado, la madre de George recuerda que el año pasado acudió a un hospital junto a su hijo para que sea revisado por una doctora endocrinóloga, de modo que pueda bajar de peso y cuente con una dieta balanceada, debido a que observaba que el niño comía con ansiedad. Ella le recomendó que redujera las cantidades de arroz y papa y aumentara las ensaladas sancochadas en su dieta diaria. Así mismo, indicó que disminuyeran las cantidades de carne proporcionadas, debido a que George cuenta con una hemoglobina alta. George se mantuvo durante un año con este tratamiento, pero lo dejó al obtener mejoras en su peso.

Sin embargo, la madre refiere que ha vuelto a encontrarse preocupada sobre este tema, ya que George puede tomarse actualmente 1 litro de yogurt en el transcurso de una tarde, mientras ve televisión, sin considerar que existen otras personas con las que convive y debe respetar que ellos también consumirán de la comida que encuentra en su hogar. Actualmente George se encuentra muy interesado en comprar unos chocolates que vienen con unos muñecos que le gustan, por lo que está subiendo nuevamente de peso.

Desatención

1. No suele prestar atención a los detalles. Comete errores frecuentemente en el colegio, el trabajo u otras actividades.

Se olvida de las tareas que le han dejado en el colegio. George afirma: *esto es papayita*, pero no logra realizar las tareas solo, requiere de constante supervisión y apoyo. Retiene información al instante, pero luego de transcurrida una hora, se le vuelve a preguntar y no recuerda lo que se le explicó. No quiere leer por sí solo cuando se le deja esto como tarea, solo cuando se le obliga de manera persistente.

Por otro lado, no suele prestar atención a los mensajes que se le dan, por ejemplo, se le solicita que vaya a la tienda a comprar Ajinomoto y regresa a la casa con harina. Ante esto, George pide que le anoten en una hoja los víveres que son necesarios que él compre, para así no tener la opción de olvidarse. Ante estos errores, la madre le pide que vuelva a la tienda y cambie los productos equivocados pero George se

justifica y explica que la señora de la tienda es sorda y no escuchó bien lo que él le solicitaba. George no quiere volver a la tienda para cambiar los productos comprados, mostrándose avergonzando por sus errores y argumentando que a la próxima no lo manden a él, siendo al final la hermana de George la que debe acudir a la tienda a enmendar los errores de su hermano.

2. Le cuesta mantener la atención en tareas o actividades de tipo lúdico.

Sobre todo en las tareas escolares. Los padres cuentan que en la institución donde lo apoyan en estas actividades, le presentan ejemplos para que él los comprenda y siga a partir de estos con sus tareas, es solo un apoyo, no le hacen las tareas en este lugar. Sin embargo, George no presta atención a los ejemplos propuestos y resuelve sus tareas a su manera, terminándolos rápidamente, sin saber si está bien o mal, para poder jugar con sus compañeros. Su hermana mayor revisa sus tareas dentro de este centro y, al encontrar errores en sus tareas, lo corrige y le solicita que los arregle, pero George se molesta y no lo hace.

Estas dificultades se dan con una frecuencia de 3 o 4 días a la semana, siendo necesario supervisarlo aún más en tareas donde le cuesta más, como las Matemáticas.

El padre informa que George no puede dividir más de dos números, explicando que sus profesores del colegio no han hecho nada al respecto, así como opinando que ellos desvalorizan a los niños que no responden y no los ayudan en su autoestima.

3. Parece que no escucha cuando se le habla.

George suele llegar de su colegio, sentarse en su cama y prender la televisión, siendo esto lo primero que busca hacer. Los padres le exigen que se cambie de ropa, pero él no contesta ante esto. Es necesario repetírselo varias veces para obtener una respuesta, incluso siendo necesario levantar la voz para que recién logre responder *ahorita, ahí voy, ya escuché*, sin embargo, no realiza lo que se le solicita.

4. No suele finalizar las tareas o encargos que empieza y no suele seguir las instrucciones que se le mandan, sin ser por un comportamiento negativista o por una incapacidad para comprender las instrucciones.

No siempre termina las tareas escolares. El padre de George es el que suele apoyarlo para realizar las tareas escolares en casa. Él añade que le explica la tarea, le deja la página de la tarea indicada y le dice que regresará en un rato para revisar sus progresos, pero George no avanza, se acerca donde el padre y le dice que no entiende, no puede solo y necesita ayuda.

5. Le resulta complicado organizar tareas y actividades.

No hace su rutina diaria de manera individual. No quiere bañarse, busca que alguno de sus otros miembros de la familia lo haga primero para que él acceda, argumentando que el programa de televisión que está viendo está interesante. Cuando sus padres le exigen que haga algo que no quiere, él hace “berrinches”, como si quisiera llorar pero no lo hace hasta que le gritan. Esto se da con una frecuencia de todos los días de la semana.

Sus terapeutas le hablan y le explican que debe hacer sus responsabilidades por sí solo y seguir las reglas que le dan sus padres. Ante esto, George se porta bien y hace sus actividades de la vida diaria por su cuenta, pero esto solo le dura uno o dos días y luego se olvida. Sus padres lo amenazan diciendo que le contarán a sus terapeutas y él responde *¡dile pues!*

6. Intenta evitar realizar tareas que le suponen un esfuerzo mental sostenido (actividades escolares o tareas domésticas).

Los padres de George informan que antes solía acceder a las tareas domésticas, lavaba los platos y tendía su cama, pero actualmente no lo hace. Para lograr que el niño tienda su cama, los padres deben repetírselo varias veces y él solo estira sus sábanas, se sienta en la cama y ve televisión. Luego de transcurrido un tiempo, vuelve a estirar sus sábanas, repitiendo este proceso hasta terminar de tender su cama. En ocasiones lava los platos y tiende su cama durante los fines de semana.

7. Pierde objetos frecuentemente (ejercicios, lápices, libros, juguetes...)

Suele perder sus objetos personales durante el año escolar. La madre de George informa que el año pasado perdió su chalina, un fólter que le habían comprado

especialmente para guardar sus hojas que dejaba sueltas, así como lapiceros y una tijera especial que le habían comprado a su hermana mayor y se la llevó al colegio sin pedir permiso. Actualmente no lleva muchos útiles escolares al colegio, solo sus colores, lapiceros y cuadernos. George llega a su hogar y cuenta sus colores y objetos personales, ya que los padres le han advertido que no los pierda.

8. Se distrae con cualquier estímulo irrelevante.

Los padres refieren que suele distraerse con frecuencia ante la televisión, se voltea varias veces para ver la televisión cuando está realizando sus tareas, costándole concentrarse y culminarlas. Sin embargo, los padres admiten que el único momento en que George se muestra muy focalizado es cuando come.

9. Es descuidado en las actividades de la vida diaria.

Los padres admiten que George aún necesita apoyo para realizar sus actividades de la vida diaria, como al momento de bañarse, siendo necesario que sea supervisado para que se lave bien el cabello y se enjuague bien el cuerpo. Él se puede cambiar la ropa solo, pero es necesario que sus padres le indiquen qué es lo más adecuado para ponerse en las diferentes ocasiones que se le presentan, por ejemplo, la madre recuerda que cuando asisten a la Iglesia, es necesario que le recuerden que se vista con ropa limpia y bonita, de lo contrario, él elige un short de deporte o un pantalón con agujeros y zapatillas, es decir, elige lo primero que encuentra y no se preocupa en elegir a conciencia.

Además, añaden los padres que a su hijo no le gusta mucho salir a la calle y prefiere quedarse en casa viendo la televisión.

3.2. Desarrollo cronológico:

Los episodios previos de la enfermedad

Los padres de George recuerdan que empezaron a observar los síntomas antes mencionados en su hijo desde inicial de 4 años y su madre se sintió preocupada por esto, notando que su hijo se desempeñaba de manera diferente a los niños de su misma edad. Ella añade que George se sacaba cero en sus exámenes, no

prestaba atención a las clases y era muy inquieto, así mismo la profesora del salón le comentó a la madre que su hijo no avanzaba igual que los demás, costándole pintar y hacer las actividades que se le solicitaban para su edad, como rasgado, punzar, cortar, etc. El niño iba arrastrando las malas notas y como recuerda la madre, con las justas pasaba de grado. Así mismo, recuerdan ambos padres que su hijo solía llorar con mucha frecuencia e intensidad cuando era pequeño, mientras que su padre renegaba por esto y quería pegarle, pero la madre trataba de evitar esto. Del mismo modo, acotan que su hijo babeaba en exceso hasta los 6 años de edad, pero dejó de hacerlo al ver que sus compañeros del colegio no lo hacían y le daba vergüenza.

- El desarrollo de la enfermedad actual propiamente dicha.

Como antes fue mencionado, los padres admiten que notaron ciertas dificultades en su hijo aproximadamente a la edad de 4 años. Estas se han mantenido hasta la actualidad, pero, como explica la madre, ha disminuido en sus conductas inadecuadas, siendo ahora un niño más obediente y cariñoso, mientras que en el pasado no obedecía, no aceptaba que se le dijera *no* ante lo que solicitaba y hacía fuertes pataletas, que podían durar por varios minutos, como recalca la madre. Ella admite que en el pasado solía agredir físicamente a su hijo cuando se daban los berrinches y pataletas, sin embargo, actualmente prefiere ignorarlo y dejar que se le pase para luego conversar con él al respecto.

3.3. Tratamientos psicológicos y psiquiátricos previos:

Los padres de George recuerdan que fue el profesor de una institución donde lo apoyaban en sus tareas escolares del niño el que los alentó a tomar la decisión de solicitar ayuda profesional y especializada en las dificultades de su hijo, explicándoles que consideraba necesario asistir a otro lugar para que recibieran el apoyo adecuado. Ante esto, los padres decidieron asistir por primera vez a solicitar ayuda a un neuropediatra en el Hospital de la Solidaridad, en el 2009. Este profesional los derivó a una clínica particular donde se le realizó a George una evaluación psicológica, con la cual obtuvieron un informe psicológico que enviaron al psicólogo de la institución que apoyaba en sus tareas escolares para que pudiera ayudarlos a tomar una decisión de qué hacer con respecto a su hijo.

Este psicólogo les aconsejó que acudieran a un instituto del desarrollo infantil, pero los padres dejaron que el tiempo pasara y no asistieron hasta que ocurrió un incidente con una profesora del lugar que lo apoyaba en sus tareas escolares, mientras George cursaba el segundo grado de primaria, doblándole el brazo fuertemente a una profesora del mismo centro. Luego de esto, la madre sabía que era necesario acudir por apoyo para su hijo, pero no contaban con los recursos económicos para esto y el padre se negaba a aceptar que las dificultades de su hijo requerían de apoyo profesional. Pasados ciertos meses luego del incidente, la encargada del centro que lo apoyaba en sus tareas escolares le explicó a la madre del niño que habían ganado en un sorteo la posibilidad de acudir a terapias en una institución del desarrollo infantil, siendo así que la madre aceptó esto pero el padre aún se negaba a pagar. Seguido de ciertos trámites administrativos la madre logró que le exoneraran los pagos de las terapias en este mismo centro y fue así que a mediados del 2011 George tuvo la oportunidad de iniciar con sus terapias respectivas.

George acudió a una cita con un neuropediatra en el instituto para el desarrollo infantil por primera vez el 5 de junio del 2012, a la edad de 8 años, 10 meses, cuando cursaba el tercer grado de primaria. El motivo de consulta recogido por el mismo profesional fue por problemas de atención, no tomaba responsabilidades, hacía rabieta, preocupación en el letrado, descuidaba y perdía cosas, así como se mostraba desordenado, sin embargo, el mismo explicó que colaboró con la consulta, su actividad motora era normal y presentaba dislalias. Se le diagnosticó Trastorno del Aprendizaje. Además, se le solicitó que sea incluido en las terapias de Lenguaje, Aprendizaje, Modificación de Conducta, del mismo modo en que obtenga una evaluación en Psicología e inicie el Taller de Déficit de Atención.

Cuatro meses después, el día 30 de octubre del mismo año, a la edad de 9 años, 3 meses acudió nuevamente a un control neuropsiquiátrico, donde se explicó que había mejorado en el lenguaje, presentaba problemas en las matemáticas, sus notas eran bajas, se distraía mucho en clases y se jalaba las pestañas. En esa ocasión se generó un cambio en el diagnóstico, afirmando un Trastorno por Déficit de Atención (F90), por lo cual se le recetó Ritalin de 10 miligramos.

El siguiente control neuropediátrico de George se dio el 26 de febrero del 2013, donde el profesional añade que mejoró con el Ritalin y no se generaron efectos adversos, así mismo se le recomendó iniciar la terapia de Modificación de Conducta. Durante la siguiente consulta, el día 3 de setiembre del mismo año, se afirmó que contaba con 40 kilogramos de peso y con una estatura de 1 metro, 38 centímetros. Luego de esto, el día 17 de diciembre del 2013, a la edad de 10 años, se adjuntó que mostraba un peso de 46 kilogramos y una estatura de 1 metro, 39 centímetros, así como contaba con una conducta irregular, seguía ansioso, se sacaba las pestañas y continuaba tomando Ritalin de 10 miligramos, sin embargo, se le recetó Rivotril para que iniciara este medicamento después de terminar con el Ritalin.

El día 6 de febrero del 2014 volvió a acudir a una cita con el neuropediatra encargado del caso, explicando que en ese entonces asistía a vacacional en el colegio debido a que había jalado dos cursos y su rendimiento académico era muy bajo. Contaba con un peso de 44 kilogramos y una estatura de 1 metro, 40 centímetros y se le solicitó a los padres que continuaran administrándole a su hijo Ritalin y Rivotril.

Con respecto a la medicación que obtuvo el niño a lo largo de su vida, se intenta especificar aún más este aspecto. Los padres de George recuerdan que inició el tratamiento con Ritalin desde aproximadamente octubre del 2012 y tomaba una pastilla diaria de 10 mg durante las mañanas. Luego de esto, el mismo neuropediatra les recomendó Rivotril en gotas por las noches desde diciembre del 2013.

Ambos admiten no estar muy al tanto de para qué sirven ambos medicamentos, por lo que no están seguros si deberían continuar dándoselos a su hijo. El padre del niño recuerda vagamente que el neuropediatra que los recetó les explicó que eran para reforzar las neuronas y también para que ayudara a que su hijo preste atención y retenga la información.

La madre de George suspendió ambos medicamentos desde aproximadamente abril del 2014, contando que escuchó entre otras madres que el Ritalin era para mantener al niño en calma, no para ayudar en la atención, del mismo modo en que le recomendaron que mejor suspenda el uso del Rivotril. Así mismo, admite que era difícil lograr que George tome el medicamento Rivotril en gotas, ya que le generaba náuseas y se negaba a tomarlas.

Con respecto a los cambios observados a partir del consumo de estos medicamentos, los padres añaden que George se mostraba más tranquilo con el Ritalin, siendo este otro motivo por el cual suspendieron su uso, ya que estaba más calmado.

Actualmente George asiste a las Terapias de Aprendizaje y Lenguaje, así como acude al Taller de Déficit de Atención.

3.4. Opinión del paciente sobre su problema:

No se muestra consciente del diagnóstico que presenta y las dificultades que conlleva.

No hay información al respecto, ya que no hay conciencia del trastorno.

4. Historia personal

1. Desarrollo inicial:

La madre de George recuerda que tuvo un embarazo bueno y tranquilo. Era empleada del hogar para el momento en que se enteró de que estaba embarazada y afirma que no dejó de trabajar hasta el mismo día que acudió al hospital para dar a luz a su segundo hijo. Fue por parto natural y el bebé pesó 2 kilos con 450 gramos, así como midió 48 centímetros.

La informante explica que al recién nacer era un bebé sano, pero con el pasar de los meses se volvió muy enfermizo, por lo cual su hijo sufrió mucho. Recuerda que le diagnosticaron principios de asma a los meses de nacido, motivo por el cual tuvo que ser nebulizado al año de nacido y solía resfriarse constantemente.

Le recetaban gotas de Ambroxol para la nariz y la garganta y el padre de George atribuye las dificultades en el aprendizaje de su hijo a la gran cantidad de medicamentos que se le dieron a su hijo a lo largo de su vida. La madre recuerda que estuvo entrando y saliendo de los hospitales con su hijo hasta los 2 o 3 años de edad.

Dentro del aspecto motor, los padres afirman que George se sentó a los 6 meses aproximadamente y gateó a los 9 meses, para lograr caminar solo al año y tres meses, aunque debió ayudársele un poco más debido a que contaba con una contextura gruesa para su edad.

En el área del lenguaje, el niño mostró sus primeras palabras a los 6 meses de nacido y logró hablar a los 9 meses. Sus primeras frases se dieron al año y medio, pero presentaba dificultades en la r, l y s, las cuales fueron trabajadas y superadas con la

terapia de lenguaje. También recuerdan los padres que su hijo babeaba en exceso hasta los 5 o 6 años de edad, que dejó de hacerlo por su cuenta al entrar al colegio.

Con respecto a la alimentación, George contó con lactancia materna exclusiva hasta el año y medio, dejándola por iniciativa propia, como explica la madre. A los 6 meses empezó a utilizar el biberón y comió con cucharita. Accedió a ingerir alimentos sólidos con facilidad, su apetito era bueno pero se queja actualmente de algunos alimentos que no son de su agrado, como la quinua y el queso. Actualmente come por sí solo y prefiere utilizar cuchara, rechazando el cuchillo porque no es de su agrado.

La madre explica que en muy pocas ocasiones se sientan todos los miembros de la familia en la mesa para comer, ya que cada uno se va por su lado y George prefiere comer mientras ve televisión. El niño utilizó chupón hasta el año de edad y hasta el momento succiona sus dedos pulgares de la mano cuando está viendo televisión, así como también se le observa jalándose las pestañas cuando nadie está cerca de él. Del mismo modo, suele comerse las uñas y hacer sonar los dedos de sus manos.

En la actualidad, George cuenta con un sueño tranquilo y profundo como recalcan sus padres, siendo solo que se levanta para acudir al baño, sin embargo, en el pasado solía llorar con frecuencia durante las noches y se levantaba a cualquier hora debido a que no conciliaba un sueño constante por el asma. Además, desde el mes de enero del presente año, el niño duerme en la misma habitación con su hermana mayor.

En cuanto al control de esfínteres, el niño utilizó pañal de tela hasta el año y medio de nacido, mientras que hizo uso del bacín a la edad de tres años, aún apoyo y supervisión. La madre resalta que hasta el año pasado era necesario apoyar a George en la limpieza de las heces debido a que sus manos no llegaban. La misma informante explica que ocasionalmente a la edad de 3 o 4 años aproximadamente se dieron ciertos incidentes de mojar la cama, pero no se daba con frecuencia.

George obtuvo apoyo para vestirse hasta la edad de 8 años, siendo la madre la que le subía el pantalón y le colocaba adecuadamente la correa. Además, aún cuenta con acompañamiento y apoyo para bañarse, debido a que le cuesta enjabonarse correctamente.

2. Educación:

a. Historia escolar

La madre de George recuerda que cuando su hijo tenía un año y medio aproximadamente comenzó a llevarlo a un centro estatal de estimulación temprana, similar a lo que se conoce como “cunas”. Luego de esto formó parte de PRONOEI (programa no escolarizado de educación inicial) a las edades de 3 y 4 años, para continuar con su ingreso al colegio en el que se encuentra actualmente.

3. Ocupación

Estudiante del quinto grado de primaria.

4. Relaciones interpersonales:

a. Amistades

La madre de George añade que su hijo logra hacer amistades, pero cuando no quieren jugar con él admite que no tiene amigos.

b. Relaciones con el sexo opuesto

Los padres de George explican que al niño no le gusta hablar del sexo opuesto, no suele contarles nada a ellos con referencia a este tema y cuando han intentado conversar con él sobre esto, solicita que no lo fastidien.

Asimismo, la madre admite que entre los compañeros de aula suelen fastidiarse con las niñas y a su hijo le da vergüenza. Además, juega con las niñas sin excluirlas, pero prefiere jugar con los niños.

5. Historia psicosexual:

a. Información sobre el sexo

Ambos padres admiten no haberle informado a sus hijos sobre este tema. La madre recuerda que en las ocasiones que su pareja ha querido conversar con ellos, lo hace de manera inadecuada, ya que los fastidia con el sexo opuesto y ellos buscan escapar y evitar.

La madre afirma que ha conversado con George sobre no hablar ni acercarse a personas extrañas, pero hace un tiempo que no se lo recuerda.

6. Educación hogareña y religión:

Afirman ser católicos. En el pasado la madre del niño solía asistir una vez por semana a la Iglesia, sin embargo, esto ha disminuido por falta de tiempo. El padre de George asiste mucho menos que la madre.

7. Historia de la recreación y de la vida social:

La madre explica que a George no le gusta salir de casa a jugar con sus pares. Recuerda que en el pasado solía salir con mayor frecuencia, pero los demás lo molestaban y eran un poco “pirañas”, por eso decidió dejar de salir. Actualmente prefiere mantenerse viendo televisión o en ocasiones puede llegar a jugar con su hermana, pero muy rara vez.

Por otro lado, la madre afirma que su hijo practica natación durante los vacacionales de su colegio, desde enero hasta marzo que inicia el año escolar, desde el 2009. Así mismo, participó en el deporte de fútbol en las vacaciones de este año.

8. Hábitos:

La madre de George explica que en ocasiones George no quiere bañarse, siendo necesario repetírselo varias veces para que acceda, pero a regañadientes. Además, no quiere tender su cama y busca zafarse de esta tarea, así como le da flojera cambiarse y elige ropa vieja para salir, por lo que la madre tiene que supervisarlo y apoyarlo en elegir su vestimenta.

9. Enfermedades y accidentes:

Pocos meses después de haber nacido, le diagnosticaron principios de asma, siendo que solía presentar resfríos y dificultades para respirar. A los 7 años de edad, al ser contagiado por su hermana mayor, tuvo paperas, pero fue leve y a los 8 años de edad contrajo varicela. A esta misma edad se rompió la quijada patinando con su skate y fue necesario colocarle 4 puntos en la herida.

La madre recuerda que a los dos meses de nacido su hijo presentó convulsiones debido a fiebres altas, las cuales los padres trataban de aliviar con frotaciones para que la fiebre baje y con respiración boca a boca, administrada por el padre.

10. Movilidad e instalación:

George vivió junto con sus padres y su hermana mayor en un cuarto alquilado dentro de una casa donde compartían hogar con otras familias durante el primer mes de haber

nacido. Seguido de esto, se mudaron a vivir a la misma casa en donde habitan actualmente.

11. Delincuencia, récord policial y judicial:

Ningún antecedente.

12. Personalidad:

La madre de George lo describe como un niño cariñoso y alegre, mostrándose paciente y “con ganas” cuando está de buen humor, pero cuando no es así, se molesta, llama a sus padres por su nombre y levanta su tono de voz. Admite que es un niño inocente, bueno, con “buen corazón” y le gusta compartir con las demás personas.

5. Historia familiar

Padres

1.1 Padre

a. Datos de filiación:

1. Nombre y apellidos: Gerardo
2. Sexo: Masculino
3. Edad: 33 años
4. Lugar y fecha de nacimiento: Piura, 22 de noviembre de 1980
5. Tiempo de residencia en Lima: 14 años, desde la edad de 20 años (en el 2000)
6. Estado civil: soltero
7. Grado de instrucción: secundaria incompleta (cuarto de secundaria)
8. Ocupación actual (centro de trabajo y cargo): vigilancia, actualmente no trabaja debido a que han temporalizado la obra que cuidaba.
9. Religión: católico

b. Características personales:

Cuenta con una tez oscura, contextura promedio, estatura baja (1 metro con 59 centímetros), cabello corto de color negro, nariz aguileña y ojos pequeños de color negro.

c. Relación del paciente con su padre

El padre del niño admite no tener una muy buena relación con su hijo, debido a que le grita mucho, le llama la atención y no tiene paciencia con él ya que no le hace caso y “se las busca”. El mismo afirma que se encoleriza, le grita y le pega,

no tan fuerte pero acepta que lo maltrata. Con respecto a los golpes, el informante explica que puede ser un “palmazo” o un jalón de orejas, mientras que en el pasado solía golpearlo con la correa.

Sin embargo, el padre recuerda que cuando ambos están de buen humor, George le cuenta de su colegio y de sus notas, conversan mientras se transportan hacia algún lugar en el bus y el padre trata de aconsejarle. Él recuerda que se sienta a hablar con él cuando sale mal en el colegio, mientras que su hijo lo escucha y le promete que no lo volverá a hacer, pero no cumple con esto. Ambos juegan juntos muy poco, prefiriendo ver televisión juntos.

1. 2 Madre

a. Datos de filiación:

1. Nombre y apellidos: Elsa
2. Sexo: Femenino
3. Edad: 38 años
4. Lugar y fecha de nacimiento: Carhuaz, Ancash, 14 de julio de 1975
5. Tiempo de residencia en Lima: 22 años, desde los 16 años de edad
6. Estado civil: soltera
7. Grado de instrucción: secundaria completa
8. Ocupación actual (centro de trabajo y cargo): ama de casa
9. Religión: católica

b. Características personales

Cuenta con una tez trigueña, contextura promedio, estatura promedio (1 metro con 60 centímetros), cabello largo de color marrón oscuro, ojos de color marrón y boca grande.

c. Relación del paciente con su madre

La madre admite haber golpeado a su hijo en el pasado, al igual que su pareja, sin embargo afirma que ahora considera una buena relación con su hijo, conversa con él constantemente, lo ignora cuando se molesta y se irrita y espera a que se tranquilice para poder aconsejarle. A veces juegan juntos al vóley con un globo, tanto la madre como sus dos hijos.

1.3. Relación entre los padres

Los padres de George recuerdan que se conocieron mientras que la madre iba a visitar a los familiares de su hija mayor y el padre era vigilante de una construcción en la misma calle. Ambos solían encontrarse y se detenían a conversar. La madre admite que nunca formalizaron su relación, pero empezaron a vivir juntos cuando nació George y hasta ahora siguen bajo el mismo techo.

Hermana

a. Datos de filiación: (media hermana)

1. Nombre y apellidos: Marjorie
2. Sexo: Femenino
3. Edad: 12 años
4. Lugar y fecha de nacimiento: Lima, 26 de agosto del 2001
5. Estado civil: soltero
6. Grado de instrucción: secundaria incompleta (primero de secundaria)
7. Ocupación actual: estudiante
8. Religión: católica

b. Características personales

Marjorie es una adolescente de contextura delgada, con aproximadamente 1 metro con 55 centímetros de altura, de tez más clara que sus padres y su hermano, con cabello largo y lacio de color marrón oscuro y ojos rasgados de color marrón oscuro.

c. Relación del paciente con su hermana

La madre de ambos admite que antes se querían bastante, andaban juntos y compartían su tiempo jugando, sin embargo, desde que Marjorie entró a secundaria, las cosas entre ambos han cambiado. Suelen pelearse con mayor frecuencia, George se molesta con facilidad con ella, mientras que Marjorie pierde la paciencia al tratar de ayudarlo con sus tareas escolares. Cuando ambos están de buen ánimo, como afirma la madre, son capaces de comer, conversar y reírse juntos.

La misma informante explica que su hija es más dócil, debido a que a pesar de estar molesta, comparte la mesa para comer con sus familiares, mientras que si George se molesta, se va a comer solo frente a la televisión o deja su comida.

d. Relación de los padres con su hermana

La madre de George comenta que el padre del niño no es el padre de Marjorie, y, a pesar de vivir juntos por 10 años, Marjorie no se lleva bien con su padrastro. Suelen pelearse con frecuencia, discuten porque el padre de George molesta y fastidia a la adolescente, le pregunta con quien está conversando por el celular y la molesta con el sexo opuesto. La madre de George le ha solicitado en repetidas ocasiones que no se meta con su hija, que la deje en paz y que no le grite, pero él hace que Marjorie pierda la paciencia y busque estar sola.

La madre admite tener una buena relación con su hija, conversan mucho juntas y la ayuda en los quehaceres del hogar, admite que es una adolescente bien centrada, estudiosa y madura, y que por tratar de defenderla a ella del temperamento de su pareja, ha dejado que moleste más a George.

6. Antecedentes psiquiátricos en la familia

Los padres de George admiten que no existen antecedentes psiquiátricos en la familia, sin embargo, la madre añade que la hermana de su pareja no terminó la primaria debido a que se le hacía muy difícil y se rindió.

7. Personas significativas integradas al grupo familiar

El padre de George tiene dos hermanos que viven en Lima, mientras que sus demás familiares viven en provincia.

La madre de George solo tiene una sobrina de 25 años que vive en Lima, los demás familiares también viven en provincia.

ANEXO 2: INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Figura 4: Perfil de puntuaciones y resultados del WISC IV

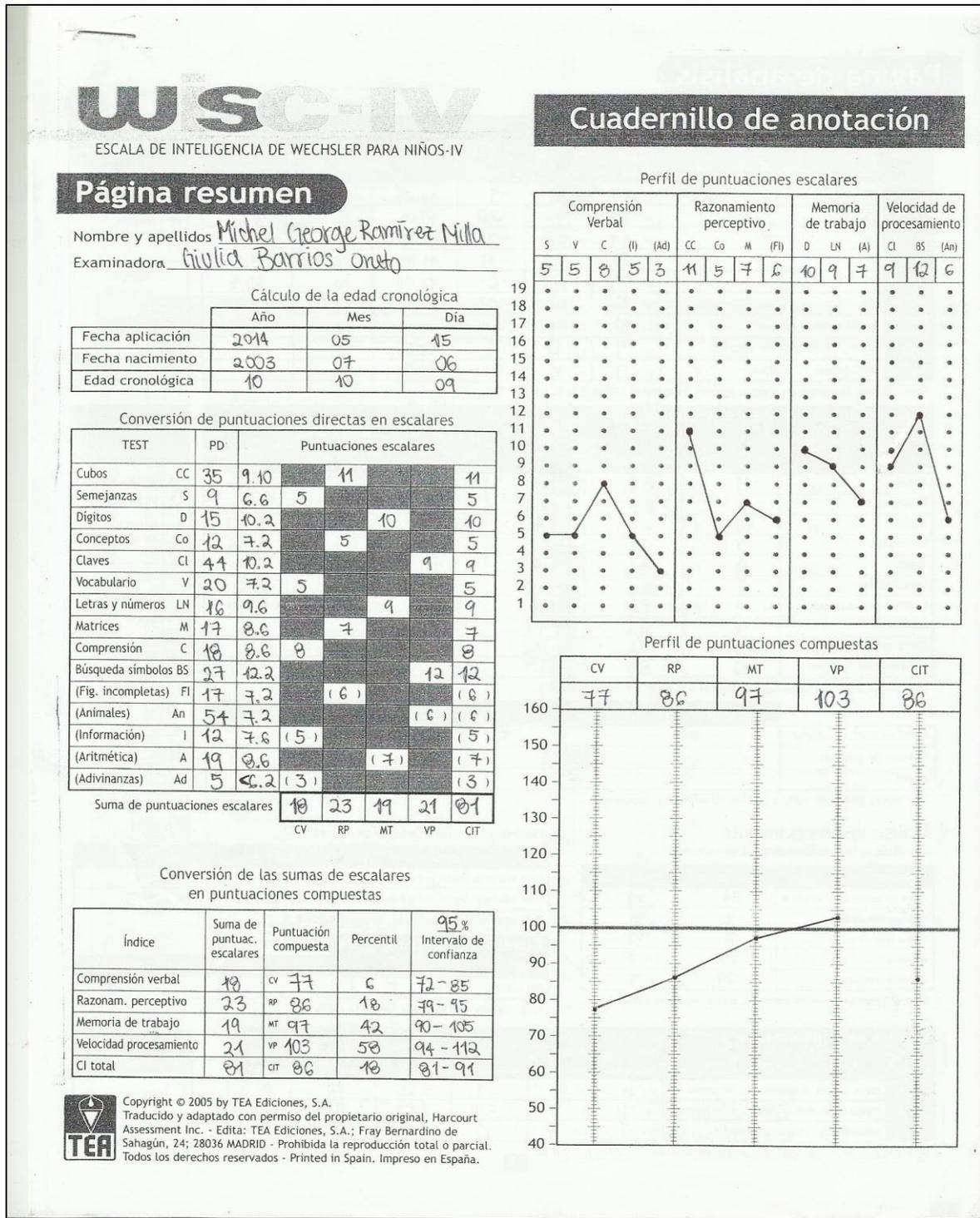


Figura 5: Página 1 de la hoja de registro de respuestas de la Escala Vanderbilt

1

Servicio de Psicología

ESCALA DE EVALUACIÓN DE TDAH DE VANDERBILT PARA PADRES

Fecha de Hoy: 26/11/14 Nombre del Niño: George Ramírez Milla
 Fecha de Nacimiento: _____ Completado por: Elsa Milla. (madre)

Instrucciones:
 Cada evaluación debe ser considerada dentro del contexto de lo que es apropiado para la edad de su niño.
 Al llenar este formulario deberá pensar en las conductas que ha tenido su niño durante los últimos **6 meses**.

Esta evaluación se hizo en el momento en que su niño: Estaba tomando medicamentos *A veces sí, a veces no. (3 veces x semana)*
 No estaba tomando medicamentos No está seguro

Nº	Síntomas	Nunca	Ocasionalmente	A menudo	Muy a menudo
1	No pone atención a los detalles o comete errores por descuido. Por ejemplo, al hacer la tarea	0	1	2	X
2	Tiene dificultad para concentrarse en lo que debe hacer	0	1	2	X
3	Parece que no escucha cuando se le habla directamente	0	1	2	X
4	No sigue las instrucciones que se le dan y no logra terminar las actividades (no porque se niegue o no entienda)	0	X	2	3
5	Tiene dificultad para organizar tareas y actividades	0	1	2	X
6	Evita, no le gusta o no quiere iniciar tareas que requieran un esfuerzo mental sostenido	0	1	2	X
7	Pierde las cosas necesarias para realizar sus tareas o actividades (juguetes, tareas, libros o lápices)	0	X	2	3
8	Se distrae fácilmente con los ruidos u otros estímulos	0	1	2	X
9	Es olvidadizo con las actividades diarias	0	1	2	X
10	Mueve las manos o los pies o se retuerce en su asiento	0	X	2	3
11	Se pone de pie cuando debería permanecer sentado	0	X	2	3
12	Corre por todos lados o se sube a donde puede en situaciones en las que debería permanecer sentado	X	1	2	3
13	Tiene dificultad para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio	0	X	2	3
14	Está "siempre activo" o a menudo actúa como si estuviera "conducido por un motor"	0	X	2	3
15	Habla demasiado	0	X	2	3
16	Responde impulsivamente antes de que terminen de hacerle una pregunta	X	1	2	3
17	Tiene problemas para esperar su turno	X	1	2	3
18	Interrumpe o se mete en las conversaciones y/o las actividades de otros	0	X	2	3
19	Discute con los adultos <i>con padres</i>	0	1	2	X
20	Pierde el control	0	1	X	3
21	Molesta deliberadamente a las personas	0	X	2	3
22	Culpa a otros por sus errores o mala conducta	0	X	2	3
23	Es susceptible o las personas logran que se moleste con facilidad	X	1	2	3
24	Está enojado o resentido	0	X	2	3
25	Es rencoroso o vengativo (busca desquitarse)	X	1	2	3
26	Hostiliza, amenaza o intimida a los demás	X	1	2	3

Version 00 / Rev. RED / Aprob. DE / Fecha: 01.08.10

Figura 6: Página 2 de la hoja de registro de respuestas de la Escala Vanderbilt

2

N°	Síntomas	Nunca	Ocasionalmente	A menudo	Muy a menudo
27	Inicia peleas físicas	X	1	2	3
28	Miente para salir de los problemas o para evitar obligaciones	0	1	2	X
29	Falta a la escuela sin permiso	X	1	2	3
30	Es cruel físicamente con las personas (con hermano o m)	0	X	2	3
31	Ha robado objetos de valor	X	1	2	3
32	Destruye intencionalmente las cosas de los demás	0	1	X	3
33	Ha usado un arma que puede causar daño serio (bate, cuchillo, ladrillo, arma de fuego)	X	1	2	3
34	Es cruel físicamente con los animales	X	1	2	3
35	Ha provocado incendios con la intención de hacer daño	X	1	2	3
36	Ha irrumpido en la casa, oficina o auto de alguna persona	X	1	2	3
37	Ha permanecido fuera de casa durante la noche sin permiso	X	1	2	3
38	Ha escapado de casa de un día para otro	X	1	2	3
39	Ha obligado a alguien a sostener algún tipo de actividad	X	1	2	3
40	Demuestra miedo, ansiedad o preocupación	0	1	2	X
41	Tiene miedo de intentar cosas nuevas por miedo a equivocarse	0	1	X	3
42	Siente que no vale o que es inferior	0	1	X	3
43	Cree que es la causa de los problemas, siente culpa	0	1	X	3
44	Se siente solo, no querido o no amado, se queja de que "nadie lo quiere"	0	1	2	X
45	Está triste, infeliz o deprimido	0	1	2	X
46	Parece inseguro o se avergüenza con facilidad	0	1	X	3

Desempeño	Excelente	Sobre el promedio	Promedio	Algunos problemas	Problemático
48 Desempeño escolar	1	2	X	4	5
49 Lectura	1	2	3	X	5
50 Escritura	1	2	X	4	5
51 Matemáticas	1	2	3	X	5
52 Relación con parientes	1	X	3	4	5
53 Relación con hermanos	1	2	X	4	5
54 Relación con compañeros	1	2	X	4	5
55 Participación en actividades organizadas (Ej: equipos) se avergüenza	1	2	3	X	5

Version 00 / Rev. RED / Aprob. DE / Fecha: 01.08.10

Figura 7: Hoja de anotación de respuestas del EDAH

HOJA DE ANOTACIÓN

Nombre Michel George Ramirez Milla
 Centro #259 "V.R.H.T" Manduj Nivel escolar: 5° primaria
 Edad 11 años Sexo VARÓN MUJER Fecha 6-11-2014

RESPONDA A CADA CUESTIÓN RODEANDO CON UN CÍRCULO EL GRADO EN QUE EL ALUMNO PRESENTA CADA UNA DE LAS CONDUCTAS DESCRITAS

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

NO DESPEGUE ESTE EJEMPLAR O LA APLICACIÓN QUEDARÁ INVALIDADA

Autor: A. Farré y J. Narbona.
 Copyright © 1998 by TEA Ediciones, S.A. - Edita: TEA Ediciones, S.A., Fray Bernardino de Sahagún, 24: 28036
 reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados - Este ejemplar está impreso en DOS TINTAS. Si se preserva en un único negro, es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio, NO LA UTILICE - Printed in Spain. Impreso en España.

NPS - 08

Figura 8: Cuadro de respuestas de Bender

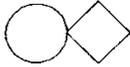
FIGURA	ITEM (puntuados como presente/ausente: 1 ó 0). En caso de duda, no se computa.	P.D.	INDICADORES DISFUNCIÓN (* Común. Inmadurez funcional (**) Casi exclusivo de DCM		
	1. Distorsión forma 1a. Uno o ambos muy achatado o deformado..... 2b. Desproporción (uno es el doble)..... 2. Rotación parcial/total 45° ó + de tarjeta o dibujo. 3. Integración (separ/solapam. >3mm en la unión)..	0	* Adicción u omisión ángulos		
		0	*		
		0	* (a partir de 6 años)		
		0	*		
1	4. Distorsión forma (5 ó + puntos son círculos)..... 5. Rotación (45° o más en tarjeta/dibujo)..... 6. Perseveración. (> 15 puntos por fila).....	0	*		
		0	**		
		0	** (>7 años)		
		0	** (>7 años)		
2	7. Rotación..... 8. Integr.: Omisión/adición filas. 4 ó +círculos en mayoría de columnas. Fusión con Fig. 1..... 9. Perseveración (>14 columnas).....	0	* (> 8 años)		
		1	** (> 6 años)		
		0	** (>7 años)		
3	10. Dist. Forma (5 ó + puntos convert. en círculos).. 11. Rotación del eje 45° ó + en dibujo (o la tarjeta). 12. Integración (forma no conseguida): 12a. Desintegración del diseño..... 12b. Línea continua en vez de hileras de puntos..	1	* (> 6 años)		
		0	** (>7 años)		
		0	* (>5 años)		
		0	**		
4	13. Rotación (de la figura o parte 45°, o de tarjeta). 14. Integración (separación o superpos. > 3 mm.).....	0	**		
		0	*		
5	15. Dist. Forma (5 ó + puntos convert. en círculos).. 16. Rotación 45° o más (total o parcial)..... 17. Integración. 17a Desinteg.: recta o círculo puntos (no arco), la extensión atraviesa el arco.. 17b. Línea continua en vez de puntos.....	1	* (>8 años)		
		0	*		
		0			
		0	** En todas las edades		
6	18. Distorsión de la forma: 18 a. Tres o más ángulos en vez de curvas..... 18 b. Líneas rectas..... 19. Integración (cruzan mal)..... 20. Perseveración (6 ó + sinusoides completos en cualquiera de las dos líneas).....	0	* Sustitución de curvas por ángulos		
		0	** Sust. curvas X líneas rectas		
		0	*		
		1	** (> 7 años)		
7	21. Distorsión forma: 21 a. Desproporción tamaño (El doble)..... 21 b. Deformación hexágonos (> n° < ángulos)... 22. Rotación parcial/total figura o tarjeta (45°ó +)... 23. Integración (no se superponen o lo hacen demasiado, un hexágono penetra totalmente).....	0	* Adicción/omisión ángulos (>8 años)		
		0	* (>7 años)		
		0	** (>6 años)		
		0	* (>6 años)		
8	24. Distorsión forma (deformada, > < n° ángulos)..... 25. Rotación eje en 45° o más.....	0	* Adicción/omisión ángulos (>6 años)		
		0	**		
		P.D. TOTAL (máx 30):		4	
Grupo de edad	Media del grupo	Desviación Típica	Intervalo +/- 1 D.T.	Edad Equivalente	Percentil
De 10.6 a 10.11	1.5	2.10	0.0 a 3.6	8 años	

Figura 9: *Indicadores de desajuste emocional de Bender*

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.	0
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.	0
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.	0
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.	0
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.	1
VI Tamaño pequeño (micro grafismo) Uno o más dibujos son la mitad que el modelo	Ansiedad, conducta retraída, timidez.	0
VII. Líneas finas. Casi no se ve el dibujo.	Timidez y retraimiento.	0
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”.	0
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.	0
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.	0
XI. Marco alrededor de las figuras	Pobre autocontrol, necesitan y quieren límites y controles externos.	0
XII. Cambios o añadidos	Niños abrumados por temores y ansiedades o por sus propias fantasías. Débil contacto con la realidad	0
TOTAL NUMERO DE INDICADORES EMOCIONALES:		1

Figura 10: *Parte frontal de la hoja de Bender*

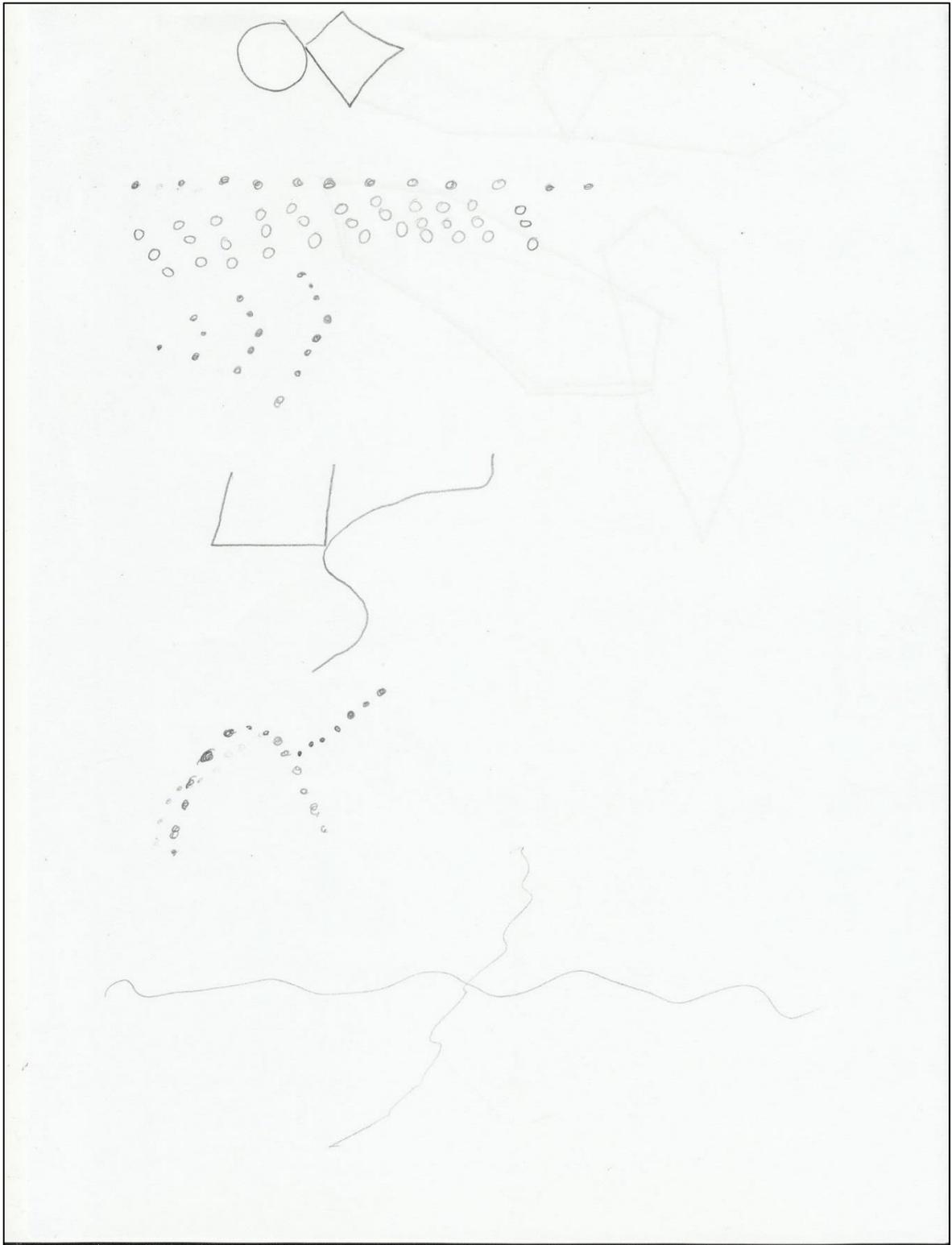


Figura 11: *Parte trasera de la hoja de Bender*

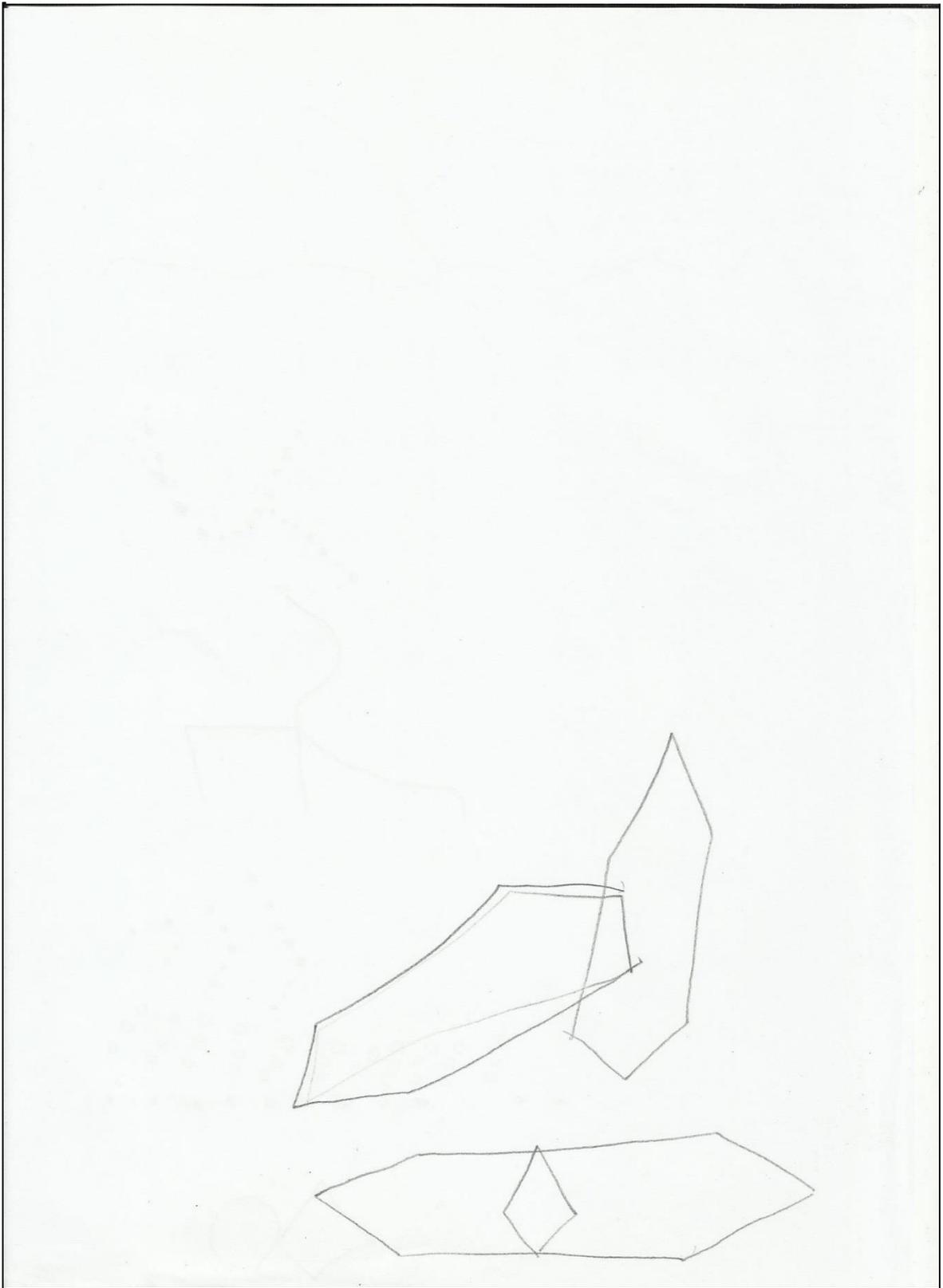


Figura 13: *Dibujo de la Figura Humana masculina*

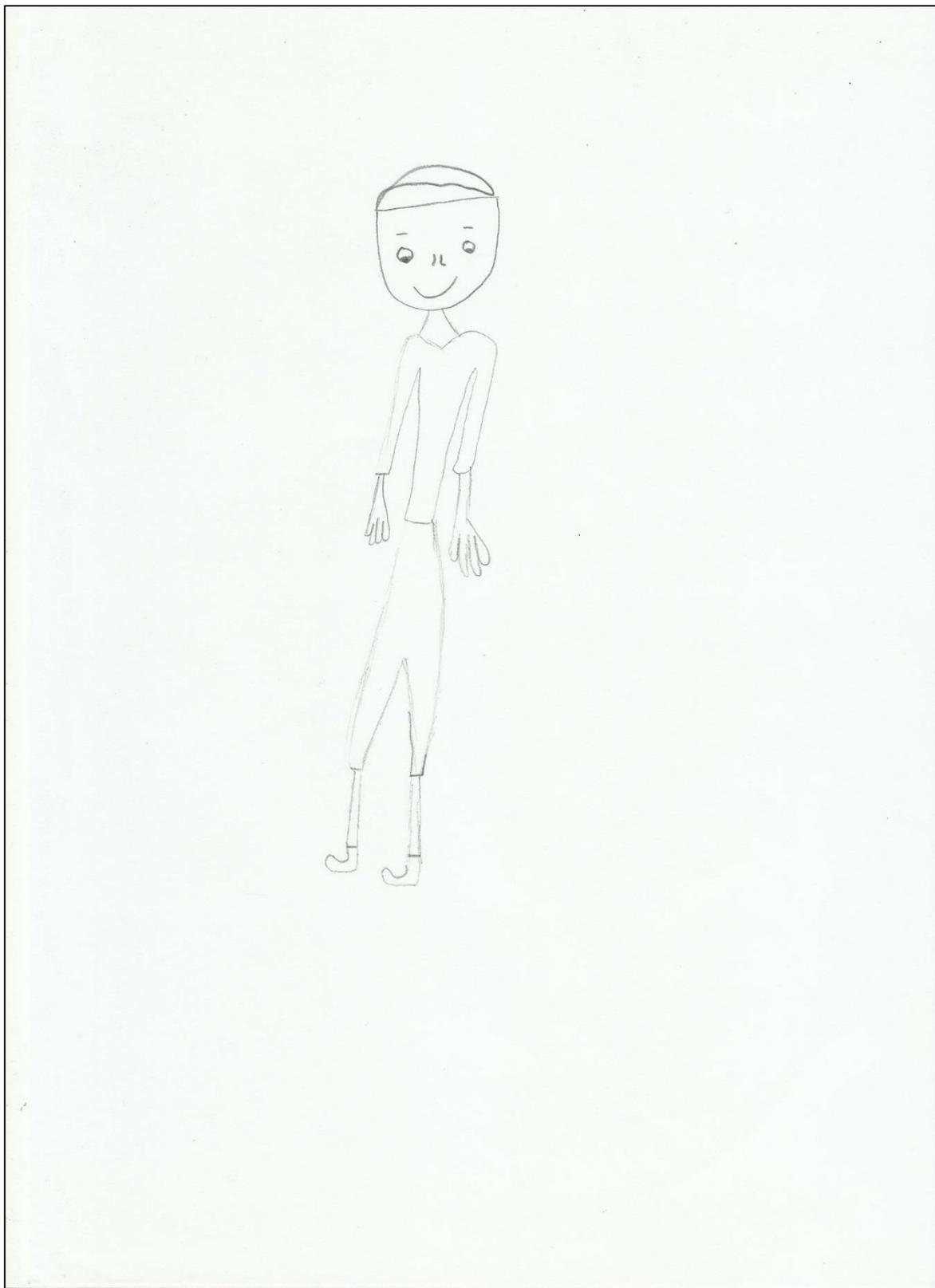


Figura 14: *Dibujo de la Figura Humana femenina*



Figura 15: Cuestionario final del Test de Pata Negra

EL TEST PATTE NOIRE (P.N.) *La Interpretación Clínica desde lo Normativo*

CUESTIONARIO FINAL (preguntas de síntesis)

• Puntualización de sentimientos

El más feliz... pata negra ¿Por qué? porque vio a su m. y sup. dándose un beso.

El menos Feliz... su hermano ¿Por qué? porque le están mostrando la solita

El más bueno... su mamá ¿Por qué? pa. le daba de comer

El menos bueno... el señor (lámina 4) ¿Por qué? porque se la estaba llevando a la ciudad

• Atracciones afectivas

¿A quién prefiere el padre? a pata negra porque fue su primer bebé

¿Y la madre? a pata negra porque pata negra siempre jugaba con ella.

¿P.N. a quién prefiere? a sus dos papás

¿Y los chanchitos blancos? a sus papás

¿Y vos, a quién preferís? a pata negra porque sabía defenderse

¿Qué será P.N. cuando sea mayor? Un bardo... estudiante carpinchica

¿Qué piensa de su pata negra? nada, si le gusta porque le gusta el color negro.

HADA

1er. deseo crecer para ser como sus padres

2do. deseo tener vida eterna para vivir siempre él y su familia

3er. deseo tener 3 deseos más. pediría comida, mucho barro y que sus papás nunca murieran.

4º Deseo (Bestiario, correspondiente al Test de Zazzó)

En un león porque el león sabe defenderse y pata Negra m. sabe defenderse, solo sabe correr.

183

Figura 16: Dibujo de la Prueba Pata Negra

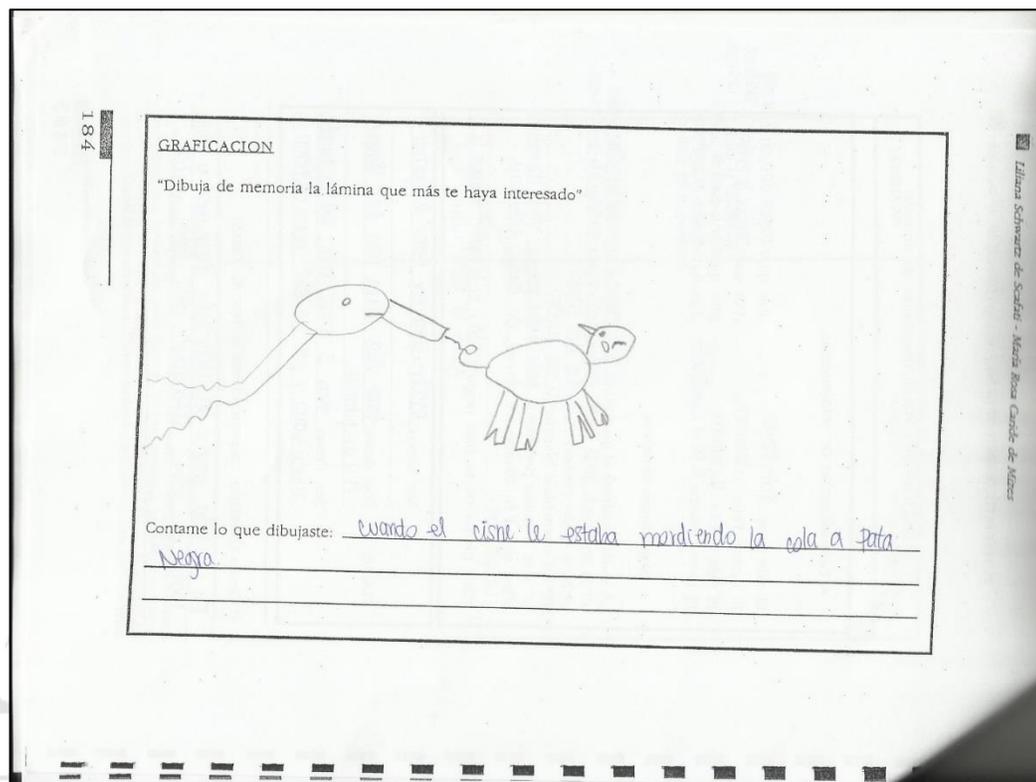


Figura 17: Dibujo del sueño de Pata Negra

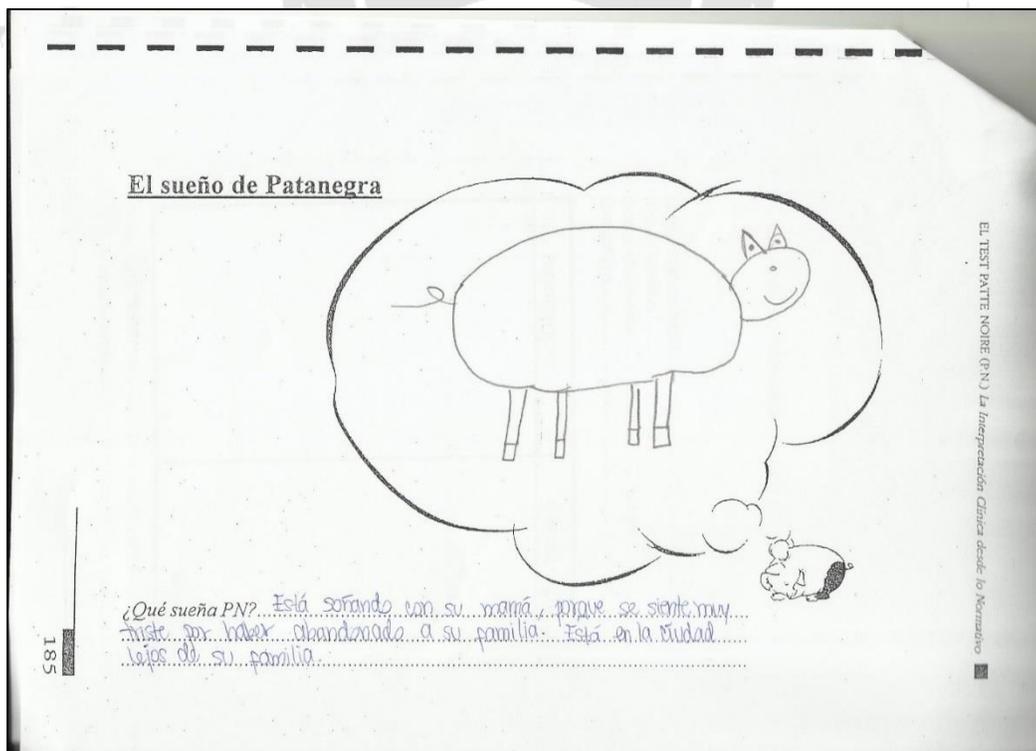


Figura 18: Página 1 del Inventario BarOn Ice

Nelly Ugarriza Chávez / Liz Pajares Del Aguila

ANEXOS

Nombre : George Edad: 10 años Sexo: m
 Colegio : Victor Raúl Horta de la Torre ESTATAL (-) Particular ()
 Grado : 5^{ta} primaria Fecha: 22 de Mayo del 2014

INVENTARIO EMOCIONAL BarOn ICE: NA - COMPLETA

Adaptado por
Nelly Ugarriza Chávez
Liz Pajares Del Aguila



INSTRUCCIONES

Lee cada oración y elige la respuesta que mejor te describe, hay cuatro posibles respuestas:

1. Muy rara vez
2. Rara vez
3. A menudo
4. Muy a menudo

Dinos cómo te sientes, piensas o actúas **LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO EN LA MAYORÍA DE LUGARES**. Elige una, y sólo UNA respuesta para cada oración y coloca un ASPA sobre el número que corresponde a tu respuesta. Por ejemplo, si tu respuesta es "Rara vez", haz un ASPA sobre el número 2 en la misma línea de la oración. Esto no es un examen; no existen respuestas buenas o malas. Por favor haz un ASPA en la respuesta de cada oración.

	Muy rara vez	Rara vez	A menudo	Muy a menudo
1. Me gusta divertirme.	1			
2. Soy muy bueno (a) para comprender cómo la gente se siente.	1	X	3	4
3. Puedo mantener la calma cuando estoy molesto.	1	X	3	4
4. Soy feliz.	1	2	3	X
5. Me importa lo que les sucede a las personas.	1	2	X	4
6. Me es difícil controlar mi cólera.	1	X	3	4
7. Es fácil decirle a la gente cómo me siento.	1	2	X	4
8. Me gustan todas las personas que conozco.	1	X	3	4
9. Me siento seguro (a) de mi mismo (a).	1	2	3	X
10. Sé cómo se sienten las personas.	1	2	3	X
11. Sé como mantenerme tranquilo (a).	1	2	X	4
12. Intento usar diferentes formas de responder las preguntas difíciles.	1	2	X	4
13. Pienso que las cosas que hago salen bien.	1	2	X	4
14. Soy capaz de respetar a los demás.	1	2	X	4
15. Me molesto demasiado de cualquier cosa.	1	X	3	4
16. Es fácil para mí comprender las cosas nuevas.	1	2	X	4
17. Puedo hablar fácilmente sobre mis sentimientos.	1	2	X	4
18. Pienso bien de todas las personas.	1	2	X	4
19. Espero lo mejor.	1	2	X	4
20. Tener amigos es importante.	1	2	X	4
21. Peleo con la gente.	1	X	3	4
22. Puedo comprender preguntas difíciles.	1	2	X	4
23. Me agrada sonreír.	1	2	X	4

41

Figura 19: *Página 2 del Inventario BarOn Ice*

Nelly Ugarriza Chávez / Liz Pajares Del Aguila

	Muy rara vez	Rara vez	A menudo	Muy a menudo
24. Intento no herir los sentimientos de las personas.	X	2	3	4
25. No me doy por vencido (a) ante un problema hasta que lo resuelvo.	1	2	3	X
26. Tengo mal genio.	1	X	3	4
27. Nada me molesta.	X	2	3	4
28. Es difícil hablar sobre mis sentimientos más íntimos.	1	X	3	4
29. Sé que las cosas saldrán bien.	1	2	3	X
30. Puedo dar buenas respuestas a preguntas difíciles.	1	X	3	4
31. Puedo fácilmente describir mis sentimientos.	1	X	3	4
32. Sé cómo divertirme.	1	X	3	4
33. Debo decir siempre la verdad.	1	X	3	4
34. Puedo tener muchas maneras de responder una pregunta difícil, cuando yo quiero.	1	X	3	4
35. Me molesto fácilmente.	1	X	3	4
36. Me agrada hacer cosas para los demás.	1	X	3	4
37. No me siento muy feliz.	1	X	3	4
38. Puedo usar fácilmente diferentes modos de resolver los problemas.	1	X	3	4
39. Demoro en molestarme.	1	X	3	4
40. Me siento bien conmigo mismo (a).	1	2	3	X
41. Hago amigos fácilmente.	1	X	3	4
42. Pienso que soy el (la) mejor en todo lo que hago.	1	X	3	4
43. Para mí es fácil decirle a las personas cómo me siento.	1	X	3	4
44. Cuando respondo preguntas difíciles trato de pensar en muchas soluciones.	1	X	3	4
45. Me siento mal cuando las personas son heridas en sus sentimientos.	1	X	3	4
46. Cuando estoy molesto (a) con alguien, me siento molesto (a) por mucho tiempo.	1	X	3	4
47. Me siento feliz con la clase de persona que soy.	1	2	3	X
48. Soy bueno (a) resolviendo problemas.	1	X	3	4
49. Par mí es difícil esperar mi turno.	1	X	3	4
50. Me divierte las cosas que hago.	1	X	3	4
51. Me agradan mis amigos.	1	X	3	4
52. No tengo días malos.	1	2	X	4
53. Me es difícil decirle a los demás mis sentimientos.	1	X	3	4
54. Me disgusto fácilmente.	1	X	3	4
55. Puedo darme cuenta cuando mi amigo se siente triste.	1	2	X	4
56. Me gusta mi cuerpo.	1	2	3	X
57. Aún cuando las cosas sean difíciles, no me doy por vencido.	1	2	X	4
58. Cuando me molesto actúo sin pensar.	1	X	3	4
59. Sé cuando la gente está molesta aún cuando no dicen nada.	1	X	3	4
60. Me gusta la forma como me veo.	1	2	X	4

Gracias por completar el cuestionario.

Figura 20: *Dibujo familia imaginaria*

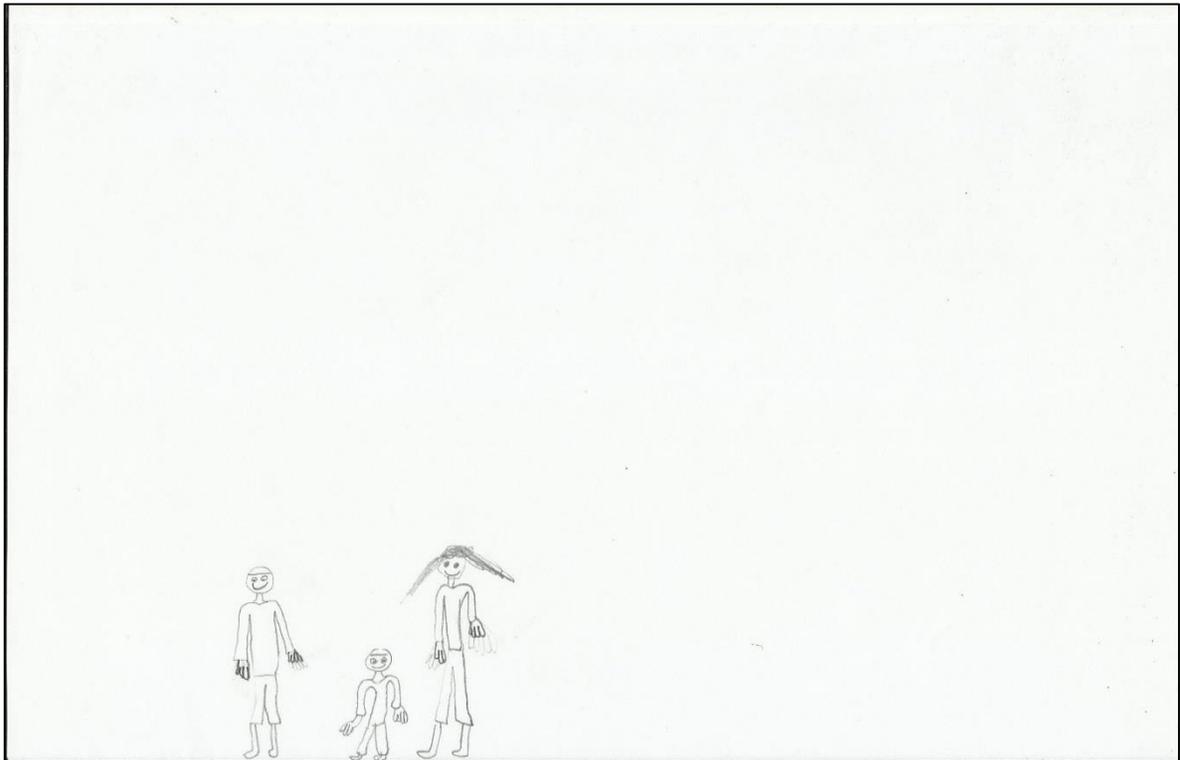


Figura 21: *Dibujo familia real*

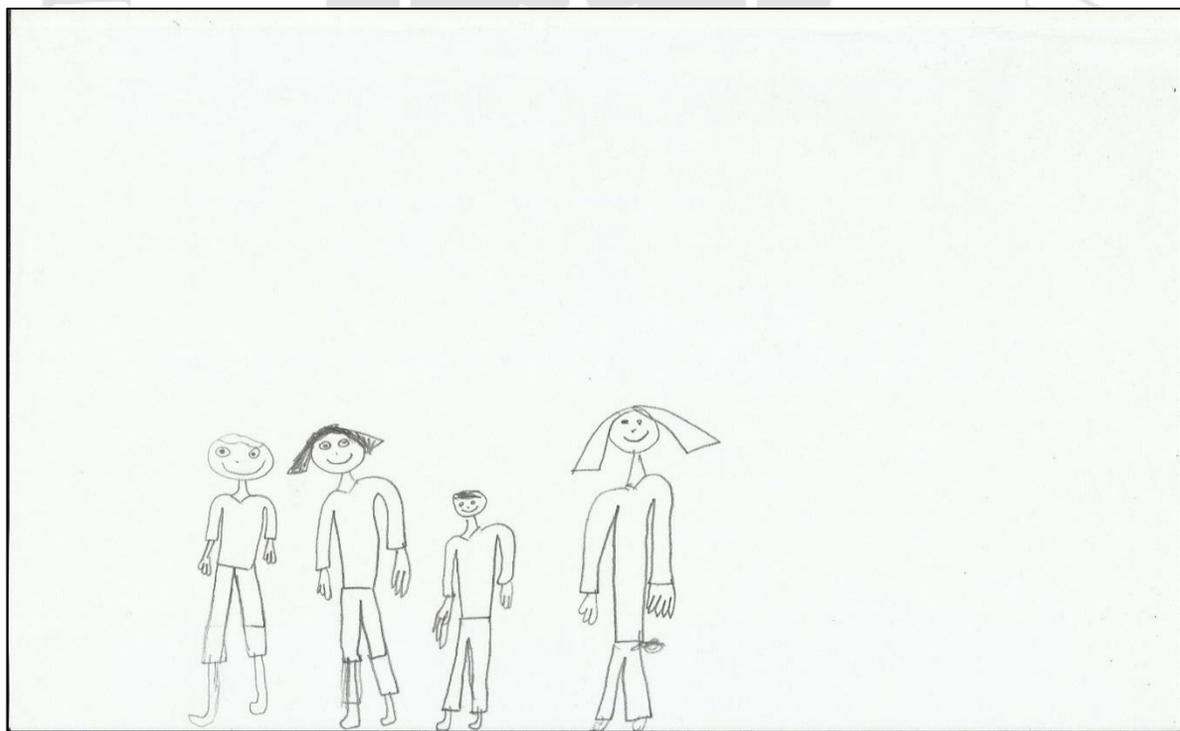


Figura 22: Protocolo de Reporte Escolar Tutor del colegio página 1

REPORTE ESCOLAR

Profesor (A) Este reporte es confidencial necesitamos sus apreciaciones para ampliar nuestra información en la evaluación que está sometido este (a) niño (a) por nosotros.
 Marque con un aspa en la columna apropiada para cada ítem. Escoja el grado de actividad que mejor describa la conducta del niño. Cualquier consulta llame a los teléfonos de ARIE 349-3096 / 349-1886 / 349-2627 Anexo 15, Gracias.

1. INFORMACIÓN DE FILIACIÓN

Nombre del alumno: Michel George Ramirez Milla
 Edad: _____ Teléfono: _____ Grado: 5º A.
 Nombre del Centro Educativo: "Victor Paul Haya de la Torre"
Pochacomac - Manchay. 7259.

2. CARACTERÍSTICAS DEL ALUMNO
 (Marque la respuesta que considere la más adecuada).

Nivel de Lectura	<input type="checkbox"/> Superior al grado	<input type="checkbox"/> Promedio	<input checked="" type="checkbox"/> Algo por debajo	<input type="checkbox"/> Dificultad severa
Motivación	<input type="checkbox"/> Intensa	<input type="checkbox"/> Promedio	<input checked="" type="checkbox"/> Indiferente	<input type="checkbox"/> Resistente
Comportamiento	<input type="checkbox"/> Agresivo	<input checked="" type="checkbox"/> Promedio	<input type="checkbox"/> Tímido (a)	<input type="checkbox"/> Retraído
Atención	<input type="checkbox"/> Absorto (a)	<input type="checkbox"/> Atento (a)	<input checked="" type="checkbox"/> Requiere supervisión	<input type="checkbox"/> Fácil distraibilidad
Relación con la figura de autoridad	<input type="checkbox"/> Muy respetuoso (a)	<input checked="" type="checkbox"/> Cooperador (a)	<input type="checkbox"/> A veces rebelde	<input type="checkbox"/> Desafiante
Relación con sus compañeros	<input type="checkbox"/> Querido por todos	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Unos o dos amigos	<input type="checkbox"/> Aislado (a)
Logros	<input type="checkbox"/> Por encima del grupo	<input type="checkbox"/> Promedio	<input checked="" type="checkbox"/> Esporádicos	<input type="checkbox"/> Severos problemas
Asistencia	<input checked="" type="checkbox"/> No falta	<input type="checkbox"/> Ausencias ocasionales	<input type="checkbox"/> Ausencias frecuentes	
Visión	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Cuestionable	<input type="checkbox"/> Defecto visual	
Audición	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Cuestionable	<input type="checkbox"/> Defecto auditivo	
Coordinación Motora	<input type="checkbox"/> Excelente	<input checked="" type="checkbox"/> Promedio	<input type="checkbox"/> Pobre	<input type="checkbox"/> Defectos severos (describa)
Lenguaje	<input type="checkbox"/> Excelente	<input checked="" type="checkbox"/> Promedio	<input type="checkbox"/> Dificultades Leves	<input type="checkbox"/> Dificultades severas (describa)

Versión 00/ Rev. RED / Aprob. D.E. / Fecha: 01.06.09

Figura 23: Protocolo de Reporte Escolar Tutor del colegio página 2

3. Indique brevemente su impresión sobre la conducta del niño en el colegio. Se agradecerá cualquier ejemplo o anécdota:

Michel es un niño tranquilo, muchos veces tiene dificultad para opinar en clase, y el temor de opinar.

4. Actitud hacia el colegio:

Tiene una actitud positiva hacia el colegio, de ser puntual y respetar los normas dentro y fuera del colegio.

5. Actitud hacia los compañeros:

A veces su actitud hacia sus compañeros es de manera aislante no congenia con ellos siempre le gusta estar solo.

6. Actitud hacia el profesor:

Michel es un niño que no interviene mucho en clase y poco colaborativo ante los demás.

7. Actitud hacia sí mismo:

Es tímido, no confía en si mismo.

8. ¿Qué es lo que le gusta más de este niño?

Su actitud por querer aprender y participar.

9. ¿Qué cree usted que se pueda hacer para ayudar al niño a superar sus dificultades? ¿de qué recursos dispone el colegio o la comunidad?

Conversa siempre con él, en la I.E. muy pocos recursos.

10. ¿Cuál es su impresión del ambiente familiar del niño?

Tiene un ambiente afectivo y sus padres que se preocupan por su bienestar.

11. ¿Qué relación hay entre el personal del colegio y los padres del niño?

Afectiva, y de colaboración.

Hugo Hernán Arriola Almeyda
Docente
C.P. 5306

Firma y Sello del Especialista

Versión 00/ Rev. RED / Aprob. D.E. / Fecha: 01.06.09

Figura 24: Evaluación de la conducta escolar Tutor del colegio página 1

EVALUACIÓN DE LA CONDUCTA ESCOLAR

Estimado docente:
 Sírvase marcar la columna adecuada en cada ítem. Elija el grado de actividad que mejor describe la conducta del niño.

Gracias por su colaboración.

ÁREA MÉDICA

CONDUCTA EN CLASE	GRADO DE ACTIVIDAD			
	Nunca	A veces	Frecuente	Muy Frecuente
Se mueve sin parar	✓			
Hace ruidos en el salón.		✓		
Sus demandas deben ser satisfechas de inmediato		✓		
Mala coordinación	✓			
Inquieto o sobreactivo		✓		
Excitable, impulsivo		✓		
Inatento, se distrae			✓	
Falla en terminar lo que comienza			✓	
Parece como ido "sueña despierto"			✓	
Corto periodo de atención			✓	
Sensible		✓		
Se frustra			✓	
Rápidos cambios en estado de humor		✓		
Grita	✓			
Malhumorado	✓			
Molesta a otros niños	✓			
Destructivo	✓			
Pleitista	✓			
Roba	✓			
Miente		✓		
Sus acciones son explosivas e impredecibles	✓			
Conducta ofensiva	✓			
Pueril e inmaduro	✓			
Se frustra fácilmente en los esfuerzos			✓	
Dificultades para aprender		✓		
Esta al escape "a la fuga"	✓			

Versión 01/Rev. RED / Aprob. DE / 11.07.12

Figura 25: Evaluación de la conducta escolar Tutor del colegio página 2

PARTICIPACIÓN EN GRUPOS	GRADO DE ACTIVIDAD			
	Nunca	A veces	Frecuente	Muy Frecuente
Se aísla de otros niños		✓		
Parece no ser aceptado por el grupo		✓		
Parece que manda con facilidad	✓			
No respeta reglas de juego		✓		
No se siente bien con los del mismo sexo		✓		
No se siente bien con los del sexo opuesto		✓		
Interfiere con las actividades de otros niños	✓			
Niega sus errores, acusa a otros	✓			
ACTITUDES HACIA LA AUTORIDAD				
Sumiso, dócil			✓	
Desafiante		✓		
Imprudente	✓			
Tímido			✓	
Miedoso		✓		
Demanda mucho la atención del profesor		✓		
Terco, obstinado		✓		
Preocupado por agradar	✓			
No cooperativo		✓		
Problema de asistencia	✓			

Comentarios adicionales :

Nombre del Profesor : Hugo Arriola Almeyda

Fecha : 03 - Junio - 2014

Firma : Hugo Arriola Almeyda
Docente
C.P. 5306

Versión 01/Rev. RED / Aprob. DE / 11.07.12

Figura 26: Evaluación de la conducta escolar Profesora de apoyo escolar página 1

EVALUACIÓN DE LA CONDUCTA ESCOLAR

Cuestionario del Profesor

Profesor (a) : Sírvase marcar la columna adecuada en cada cuestión. Elija el grado de actividad que mejor describe la conducta del niño.

CONDUCTA EN CLASE	GRADO DE ACTIVIDAD			
	Nunca casi nunca	Poco	Frecuente	Muy Frecuente
Se mueve sin parar		X		
Hace ruidos en el salón	X			
Sus demandas deben ser satisfechas de inmediato		X		
Mala coordinación	X			
Inquieto o sobreactivo	X			
Excitable, impulsivo	X			
Inatento, se distrae		X		
Falla en terminar lo que comienza		X		
Parece como ido "sueña despierto"	X			
Corto periodo de atención	X			
Sensible		X		
Se frustra	X			
Rápidos cambios en estado de humor	X			
Grita	X			
Malhumorado	X			
Molesta a otros niños	X			
Destructivo	X			
Pleitista	X			
Roba	X			
Miente	X			
Sus acciones son explosivas, impredecibles	X			
Conducta ofensiva	X			
Pueril e inmaduro	X			
Se frustra fácilmente en los esfuerzos		X		
Dificultades para aprender		X		
Está al escape, " a la fuga"	X			

1

Figura 27: Evaluación de la conducta escolar Profesora de apoyo escolar página 2

EVALUACIÓN DE LA CONDUCTA ESCOLAR
Cuestionario del Profesor

GRADO DE ACTIVIDAD

PARTICIPACIÓN EN GRUPOS	Nunca casi nunca	Muy Poco	Frecuente	Muy Frecuente
Se aísla de otros niños		X		
Parece no ser aceptado por el grupo	X			
Parece que manda con facilidad		X		
No respeta reglas del juego	X			
No se siente bien con los del mismo sexo		X		
No se siente bien con los del sexo opuesto	X			
Interfiere con las actividades de otros niños	X			
Niega sus errores acusa a otros	X			

ACTITUDES HACIA LA AUTORIDAD	Nunca casi nunca	Muy Poco	Frecuente	Muy Frecuente
Sumiso, dócil		X		
Desafiante	X			
Imprudente		X		
Tímido	X			
Miedoso	X			
Demanda mucho la atención del profesor		X		
Terco, obstinado		X		
Preocupado por agradar	X			
No cooperativo	X			
Problema de asistencia	X			

Comentarios adicionales:

George ha mejorado y evolucionado en su comportamiento, ya no es cerrado en sus apreciaciones, cuando no entiende vuelve a preguntar, tiene menos dudas que antes, es más seguro al resolver sus tareas, aunque aún depende en el área de matemática de alguien que le explique nuevamente la tarea, por la complejidad del tema.

Nombre del Profesor : Magdalena Céspedes Villanvera Firma : *Magdalena Céspedes V.*
 Fecha : 22-05-14

2

Versión 00/ Rev. RED / Aprob. D.E. / Fecha: 01.07.09

Figura 28: Libreta de Notas parte frontal

BOLETA DE INFORMACIÓN 201.....						
		UGEL: 01 - SAN JUAN DE MIRAFLORES				
PERÚ Ministerio de Educación		I.E: N° 7259 "VICTOR RAÚL HAYA DE LA TORRE"				
Nivel: PRIMARIA CM:0742114		GRADO: 5°				
		SECCIÓN: A				
DNI: 73646522						
Apellidos y Nombres: Ramirez Milla Michel George						
AREA	LOGROS DE APRENDIZAJE	TRIMESTRE			Calificación final del Área	Evaluación de Recuperación
		1°	2°	3°		
MATEMÁTICA	Números y operaciones	B	C			
	Cambio y relaciones	B	C			
	Geometría	-	-			
	Estadística y probabilidad	-	-			
	CALIFICACIÓN DE PROMEDIO DE ÁREA	B	C			
COMUNICACIÓN LENGUA MATERNA	Comprensión de textos orales.	A	B			
	Comprensión de textos escritos.	B	B			
	Producción de textos orales.	B	B			
	Producción de textos escritos.	A	B			
	CALIFICACIÓN DE PROMEDIO DE ÁREA.	A	B			
ARTE	Expresión artística.	A	A			
	Apreciación artística.	A	A			
	CALIFICACIÓN DE PROMEDIO DE ÁREA.	A	A			
PERSONAL SOCIAL	Construcción de la identidad y de la convivencia democrática.	A	A			
	Comprensión de la diversidad geográfica.	-	-			
	Comprensión de los procesos históricos.	-	-			
	CALIFICACIÓN DE PROMEDIO DE ÁREA.	A	A			
EDUCACIÓN FÍSICA	Comprensión y desarrollo de la corporeidad y la salud.					
	Dominio corporal y expresión creativa.					
	Convivencia e interacción socio motriz.					
	CALIFICACIÓN DE PROMEDIO DE ÁREA.					
EDUCACIÓN RELIGIOSA	Formación de la conciencia moral y cristiana.	A	A			
	Testimonio de vida.	A	A			
	CALIFICACIÓN DE PROMEDIO DE ÁREA.	A	A			
CIENCIA Y AMBIENTE	Comprensión del cuerpo humano y conservación de la salud.	A	B			
	Seres vivientes y conservación del medio ambiente.	A	B			
	Comprensión del mundo físico y conservación del ambiente.	-	-			
	CALIFICACIÓN DE PROMEDIO DE ÁREA.	A	B			
CONDUCTA		A	A			
SITUACIÓN FINAL						
APRECIACIÓN DEL TUTOR(A)						Firma
1° T	A Apoyar en casa. ✓					
2° T	A Debe ser más responsable con los tareas ✓					
3° T						
NOMBRE DEL TUTOR(A)				FIRMA DEL PADRE O APODERADO		
ASISTENCIA		1° T	2° T	3° T	1° T	2° T
INASISTENCIA JUSTIFICADAS		-				
INJUSTIFICADAS						

Figura 29: Libreta de Notas parte trasera

INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 7259-656

VÍCTOR RAÚL HAYA DE LA TORRE

**PORTADA DE
MANCHAY II**

**UNIDAD DE GESTIÓN
EDUCATIVA
LOCAL N° 01
S.J.M.**

201.....

Nivel educativo Tipo de calificación	Escalas de calificación		Descripción
Educación Inicial Literal y descriptiva	A Logro Previsto		Quando el estudiante evidencia el logro de los aprendizajes previstos en tiempo programado.
	B En Proceso		Quando el estudiante está en camino de lograr los aprendizajes previstos, para lo cual requiere acompañamiento durante un tiempo razonable.
	C En Inicio		Quando el estudiante está empezando a desarrollar los aprendizajes previstos o evidencia dificultad para el desarrollo de estos y necesita mayor tiempo de acompañamiento e intervención del docente de acuerdo con su ritmo de aprendizaje
Educación Primaria Literal y descriptiva	Primaria	Secundaria	Quando el estudiante evidencia el logro de los aprendizajes previstos, demostrando incluso un manejo solvente y muy satisfactorio en todas las tareas propuestas
	AD Logro destacado	20 - 17 20 - 18	
	A Logro Previsto	16 - 13 17 - 14	
Educación Secundaria Numérica y descriptiva	B En Proceso	12 - 11 13 - 11	Quando el estudiante está en camino de lograr los aprendizajes previstos, para lo cual requiere acompañamiento durante un tiempo razonable
	C En Inicio	10 - 00 10 - 00	Quando el estudiante está empezando a desarrollar los aprendizajes previstos o evidencia dificultad para el desarrollo de estos y necesita mayor tiempo de acompañamiento e intervención del docente de acuerdo con su ritmo de aprendizaje

.....
Firma del Director
Lic. Asunción Córdova Córdova

.....
Hugo Hernán Arriola Almeyda
Docente
C.A. 5306
.....
Firma del Tutor(a)

Figura 31: *Consentimiento informado para madre*

Consentimiento Informado para padres y/o apoderados

Yo, Elsa Milla Balabarca, padre y/o apoderado del menor George Ramirez Milla de 10 años de edad, acepto de manera voluntaria que mi hijo(a) participe en un proceso de evaluación psicológica que será realizada por la **bachiller Giulia Barrios de la Facultad de Psicología de la Universidad de Lima**. La evaluación se realizará como parte de la Tesis Estudio de Caso de la misma bachiller.

- Esta evaluación implicará una o dos sesiones de entrevista con el padre y/o abuela para consignar los datos de la historia.
- Se considerarán de 6 a 10 sesiones de acuerdo a las necesidades del caso.
- La aplicación de los instrumentos de evaluación no resultarán perjudiciales a la integridad del evaluado.
- La psicóloga se compromete a no revelar la identidad del evaluado en ningún momento del proceso, ni después de éste.
- Los resultados de las pruebas serán discutidos en un documento correspondiente con fines de investigación, manteniendo siempre el anonimato del evaluado.
- La psicóloga se compromete a dar la información de manera oral al padre del evaluado, una vez terminado el proceso de evaluación.

Lima, 21 de Abril del 2014



Firma del padre y/o apoderado



Bachiller en psicología