

ESTUDIO DE CASO PRÁCTICO



INFORME PSICOEDUCATIVO

CASO TDAH EN NIÑO DE 8 AÑOS

Estudiante: **BORIS ISMAEL VALLADAREZ ABAD**

Facultad: FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES,
EDUCACIÓN COMERCIAL Y DERECHO

Carrera: PSICOLOGÍA

ÍNDICE
TABLA DE CONTENIDO

1. Introducción.....	3
1.1. Descripción y Justificación.....	3
2. Justificación	5
2.1. Propósito del estudio.....	7
3. Desarrollo del caso.....	7
3.1. Datos de filiación.....	7
3.2. Datos del representante del niño.....	7
3.3. MOTIVO DE CONSULTA.....	8
3.4. EVOLUCIÓN DEL PROBLEMA/ TRASTORNO ACTUAL	8
3.5. ANAMNESIS PERSONAL/ NORMAL Y PATOLÓGICA	9
3.6. ANAMNESIS FAMILIAR.....	10
3.7. EXPLORACIÓN DEL ESTADO MENTAL.....	10
3.8. Métodos e Instrumentos (Pruebas aplicadas).....	11
4. Análisis del proceso aplicado en el Caso	11
4.1. Análisis e interpretación de los Resultados	11
4.2. Impresión diagnóstica.....	13
4.3. Diagnóstico Diferencial	13
4.4. Triangulación de resultados	15
4.5. Plan Terapéutico.....	16
5. Conclusiones	17
6. Recomendaciones	18
7. Bibliografía	19
8. Anexos	20
9. Firmas de Responsabilidad.....	26

1. INTRODUCCIÓN

1.1. DESCRIPCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

El **Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)** es de procedencia neurobiológica que se diagnostica en la infancia y persiste en la vida adulta, y que se caracteriza por presentar síntomas en donde Rodríguez (2020) hace referencia a la Hiperactividad (actividad motora excesiva a lo esperado para la edad y desarrollo), Impulsividad (actúan sin reflexión previa) y Dificultades de Atención, en donde es importante destacar que si bien es cierto que un alto porcentaje de niños con problemas atencionales por lo general presentan hiperactividad, la deficiencia básica no es el excesivo grado de actividad, si no su incapacidad para mantener la atención y su impulsividad. Los niños con presencia de diferentes *Trastornos* pueden sentirse frustrados por no poder dominar un tema a pesar de su esfuerzo, llegando a sentirse desamparados o abstraerse, en donde se pueden asociar trastornos conductuales o emocionales, que se ligan a un diagnóstico cuando las dificultades pasaron a una gravedad mayor, como el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (*TDAH*) o ansiedad, baja autoestima, depresión y demás alteraciones de comportamiento y conducta.

En cuanto a la prevalencia del TDAH Según Pascual (2018) “estima que oscila entre el 3% y el 7% en la población general, sin embargo, en la población clínica, la prevalencia puede ser más alta, llegando al 10% o 15%”. (pág. 10)

Menciona Barrios (2017) que el “Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR) de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), el TDAH se define por la presencia de una "triada" de síntomas: distraibilidad, hiperactividad e impulsividad.” (pág. 13) Estos síntomas pueden manifestarse de diferentes maneras en diferentes individuos.

También ha demostrado que existen estrategias que son de gran utilidad en la enseñanza activa, recordando de forma breve, pero con frecuencia, manteniendo normas sociales que regulan el comportamiento, especialmente la técnica cognitivo-conductual de autoevaluación reforzada, que ha sido adaptada para su aplicación en el contexto del aula en tres fases: el establecimiento de las normas de clase, el entrenamiento en habilidades de autoevaluación y la introducción de un sistema de economía de puntos obteniéndose resultados favorables dentro del desarrollo y aplicación de las adaptaciones curriculares en las aulas.

Cuando hablamos de Dificultades del Aprendizaje o Necesidades Educativas Especiales, nos referimos a la exigencia académica pertinente que se presenta en algunos niños en algún momento iniciar de su escolaridad y el trascurso de esta, que obligan a ajustar el proceso de enseñanza-aprendizaje direccionados con profesionales de calidad preparados y niveles de excelencia para lograr el buen rendimiento académico en los estudiantes que presentan cualquier tipo de dificultad a nivel escolar.

Manteniendo y considerando a las adaptaciones curriculares como una de las principales estrategias para mejorar el desarrollo académico de los niños, las cuales se basan en modificaciones que se realizan en los elementos del currículo, como los objetivos, destrezas, metodología, recursos, actividades, tiempo de realización de la tarea, evaluación, así como en las condiciones de acceso, con el fin de responder a las NEE de cada estudiante.

Llegando a la consideración y orientación en base a la información que El trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) tiene una alta prevalencia en la edad infantil y con frecuencia afecta también a la actividad física, la dieta, el sueño, la imagen corporal, la frecuencia cardíaca, la tensión arterial, la coordinación, la lateralidad. Por ello, es necesario investigar sobre nuevas alternativas de tratamiento, como la utilización de la actividad física. En este trabajo se realiza una revisión de la literatura al respecto del TDAH como concepto, características e influencia en la persona (sobre todo en la infancia), y su relación con la

actividad física

2. JUSTIFICACIÓN

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es un trastorno neuropsiquiátrico comúnmente diagnosticado en la infancia, que puede persistir en la adolescencia y la edad adulta. Se caracteriza por dificultades en la atención sostenida, hiperactividad e impulsividad, que pueden interferir significativamente en la vida académica, personal y social de una persona.

La intervención temprana en niños y adolescentes con TDAH es fundamental para mitigar las repercusiones negativas que pueden experimentar en la adolescencia y en la edad adulta.

Según Llanos et al. (2019):

La atención temprana y el manejo adecuado del trastorno pueden ayudar a reducir los efectos adversos, como la desorganización en el trabajo escolar, el bajo rendimiento académico y laboral, la dificultad para completar tareas, la dependencia en el trabajo, los comportamientos arriesgados, la baja autoestima debido a los fracasos en múltiples áreas de la vida, el riesgo de consumo de sustancias psicoactivas y el inicio temprano de la actividad sexual, entre otros. (pág. 8)

Es importante contar con un enfoque multidisciplinario en el manejo del TDAH, que involucre a profesionales de la salud mental, educadores, padres y cuidadores. Con un tratamiento adecuado que puede incluir terapia conductual, terapia cognitivo-conductual, apoyo educativo y, en algunos casos, medicación, se puede mejorar la calidad de vida de las personas con TDAH y promover su integración exitosa en la sociedad.

En donde los docentes deben de prepararse para la intervención de cada caso detectado, partiendo de conocer la situación y cada una de las características el estudiante, implementando estrategia acorde a sus necesidades, creando un vínculo con el estudiante en donde sienta la seguridad y confianza fortaleciendo su autoestima, integrando al estudiante a

las actividades por medio de las adaptaciones curriculares pertinentes y siempre respetando sus derechos y deberes, en donde la inclusión no debe de ser un privilegio sino un acto dado por ley.

Con el fin de mejorar cada una de las necesidades que se evidencian en los estudiantes, haciendo énfasis en la participación de los padres de familia como ejes de acción y principales para el alcance de objetivos y disminuyendo las características del trastorno ofreciéndole al estudiante las herramientas para desempeñarse en sus actividades escolares y personales.

La intervención psicológica desde un enfoque cognitivo-conductual es una alternativa efectiva para el tratamiento del TDAH en niños. Según Korzeniowski e Ison (2019):

Este enfoque se centra en identificar y modificar los patrones de pensamiento y comportamiento que contribuyen a los síntomas del TDAH. A través de técnicas de modificación de conducta, entrenamiento en habilidades sociales, manejo de impulsos y organización, se busca mejorar la atención, reducir la hiperactividad y controlar los impulsos. (pág. 7)

Es importante mencionar que, en algunos casos, se puede considerar un abordaje farmacológico como parte del tratamiento del TDAH. La medicación puede ayudar a controlar los síntomas y mejorar el funcionamiento del niño en diferentes áreas. Sin embargo, la decisión de utilizar medicación debe ser evaluada por un profesional de la salud, como un psiquiatra, y debe ser parte de un enfoque integral que también incluya intervenciones psicoterapéuticas y de apoyo.

2.1. PROPÓSITO DEL ESTUDIO

El Caso de Estudio tiene como principal propósito dar orientaciones a padres de familia y docentes, además tener un mayor grado de información acerca de los procesos del desarrollo del niño para implementar estrategias metodológicas que puedan servir como apoyo para el proceso de enseñanza-aprendizaje del estudiante. Considerando cada uno de los puntos de urgencia que presentan los estudiantes en su salón de clases, donde los docentes y padres de familia deben ser los primeros ejes de cambios para abordar las necesidades y dificultades académicas presentes hoy en día.

3. DESARROLLO DEL CASO

3.1. DATOS DE FILIACIÓN

Nombres:	Oliver Alfredo Constante Torres
Fecha de nacimiento:	15/Septiembre/2016
Edad actual:	8 años
Domicilio:	Cantón Yaguachi-Parroquia Virgen de Fátima/Km26
Instrucción y/o tipo de instrucción:	Segundo de Básica
Historia Clínica:	001
Cedula Identidad:	0923771687

3.2. DATOS DEL REPRESENTANTE DEL NIÑO

Nombres:	Geomayra Torres
Profesión:	Ama de Casa
Estado civil:	Viuda
Edad:	36 años
Teléfono:	0980033674

3.3 MOTIVO DE CONSULTA

Llega a consulta psicológica Oliver niño de 8 años acompañado por su madre, referido por indicaciones de la institución educativa en donde está cursando tercero de básica, menciona la docente que el niño presenta dificultades en sus procesos de aprendizaje, en específico en sus focos de atención y concentración y en lo que corresponde al desarrollo de sus funciones a nivel cerebral, tales como memoria, lenguaje y control emocional presenta desniveles en comparación al rango de su edad, ya que el niño presenta crisis de frustración cuando no puede hacer las actividades como sus compañeros de clases, se mantiene muy intranquilo cuando realiza las actividades, se distrae con facilidad, no sigue consignas en las actividades grupales y dentro del salón de clases se mantiene todo el día activo (dando vueltas, brincando, jugando) mantiene una dicción poco fluida, dificultades en su atención y concentración, poco seguimiento de instrucciones, poco desenvolvimiento académico y además de presentar intranquilidad al realizar actividades motivo por el cual no las termina y su aprendizaje se ve vulnerado imposibilitando sus avances académicos.

El establecimiento educativo también hizo la derivación a consulta particular porque está presentando intranquilidad en el salón de clases y cuando pasa alguna situación que lo superaba se ponía a llorar sin poder comunicar que era lo que le sucedía, las mismas acciones fueron reflejadas en su casa al momento de realizar los refuerzos académicos enviados por la docente.

3.4 EVOLUCIÓN DEL PROBLEMA/ TRASTORNO ACTUAL

La madre refiere con la orientación de la docente del actual año escolar, que el niño presenta notables dificultades dentro de su contexto escolar, en específico dentro de su proceso de adquisición de nuevos aprendizajes y por la falta de concentración atención y con comportamientos intranquilos que imposibilitan que el adquiera una rutina escolar, mejorar su proceso de adquisición de aprendizaje y refuerzo.

Además, el niño presenta una energía excesiva al momento de participar dentro de su salón de clase en actividades específicas dirigidas por el docente y la madre refiere que al momento de darle alguna consigna el niño no puede culminar la orden con éxito porque se olvida de las cosas o cumple con una orden que no fue dada, presenta episodios de frustración cuando no puede cumplir con las tareas o actividades en su contexto escolar, familiar y social.

Los puntos de urgencia que deben de ser abordados en el niño para que logre obtener avances en sus procesos de aprendizaje, ya que por sus dificultades mencionadas el niño presenta un bajo rendimiento académico, ya que el no comprende porque no puede hacer las cosas igual que sus compañeros de clases, afectando de manera directa sus avances escolares y aprendizajes significativos en el rango de su edad escolar.

3.5 ANAMNESIS PERSONAL/ NORMAL Y PATOLÓGICA

En la entrevista que se realizó con la madre del niño brindo información referente al desarrollo intrauterino que se dio sin ningún tipo de problemas, nació por parto normal a las 38 semanas sin complicaciones, tuvo un peso de 9 Kg y una talla de 50 cm, alimentación

mediante fórmula y hasta los 6 meses todo se fue desarrollando sin ningún tipo de complicación guiándose por cada una de las orientaciones pediátricas y médicas que recibieron los padres de familia.

En la actualidad la madre tomo la decisión de recurrir a evaluaciones psicológicas para determinar y obtener cuáles son las medidas de acción para mejorar su ámbito académico y relaciones socio-personales. Los docentes que han venido trabajando en el transcurso de su vida escolar con el niño ha recomendado a la madre realizar refuerzos académicos y evaluaciones para determinar el porqué de sus dificultades y poder implementar una adaptación curricular de manera más directa y específica en cada una de las necesidades que presenta el niño.

La madre es la que se encuentra más al pendiente y tiene la disponibilidad de tiempo para poder proceder con cada una de las actividades que tienen que ver con el ámbito académico al niño, ya que el padre falleció cuando él era un bebe, lo que fue un golpe muy fuerte en la vida del niño y de la madre y en donde se siguen recuperando hasta el día de hoy.

Actualmente el niño tiene 8 años, presenta dificultades en su nivel de lectoescritura y emisión correcta de palabras, timidez excesiva y un desfase su comunicación y lenguaje, dicho factores mencionados impiden que el niño pueda avanzar y tener mejora en su contexto escolar. Se debería intervenir de manera inmediata para poder establecer planes de acción y educativos que mejoren todos sus procesos cognitivos que se han visto afectados por cada una de las dificultades y de fases que padece el niño.

3.6 ANAMNESIS FAMILIAR

El paciente es el primer hijo del matrimonio, tiene un hermano mayor por parte de mamá, vive en una familia integrada por madre y hermano, se mantienen contacto con sus abuelos y tíos paternos y maternos, los cuales se encuentran al pendiente de cada una de las necesidades y avances del niño. En cuanto al estilo de crianza que manejan en su hogar, se puede

mencionar que se trataría de un hogar cálido y basado en el respeto.

3.7 EXPLORACIÓN DEL ESTADO MENTAL

Esfera cognitiva:	a) Sensopercepción: En base a lo dialogado con la madre el niño no presenta dificultades.
	b) Orientación: Se ubica en tiempo y espacio sin ningún problema.
	c) Estado de conciencia: Me mantiene activo y en vigilia.
	d) Memoria: No puede recordar aprendizajes significativos y aplicarlo sin problema.
	e) Atención: Pierde la atención con facilidad en tareas.
	f) Lenguaje: Comunicación verbal en desfase para su edad, con dificultad para emitir ciertas sílabas y fonemas.
Esfera emocional:	a) Estado emocional: Con frecuente irritabilidad al no conseguir con éxito sus actividades.
	b) Reacción afectiva: Se muestra seguro con su progenitora y personas que empatiza.
Esfera volitiva	a) Voluntad: Muy dinámico y activo.
	b) Hábitos: Buenos hábitos de aseo y en lo que corresponde alimentos en progreso.

3.8 MÉTODOS E INSTRUMENTOS (PRUEBAS APLICADAS)

- Entrevista con la representante legal del paciente.
- Aplicación de ficha de anamnesis del menor.
- Observación de campo realizadas en la unidad educativa por cinco ocasiones.

- **Prueba Proyectiva/El Test De La Familia:** Consiste en pedirle al niño o al adolescente que dibuje su familia, posteriormente se aconseja realizar una entrevista para que interprete su dibujo.
- **Test Perceptivo Viso-Motriz De Bender Koppitz:** Se utiliza para evaluar la función giestáltica visomotora, tanto en niños como en adultos. Mediante éste se puede detectar retraso en la maduración, madurez para el aprendizaje, diagnosticar lesión cerebral y retraso mental.
- **Evaluación Del Trastorno Por Déficit De Atención Con Hiperactividad (EDAH):** Permite evaluar el déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y recoge información sobre la conducta habitual del niño. Ofrece un método estructurado de observación para el profesor, compuesto por 20 ítems de fácil comprensión y que requieren una inversión mínima de tiempo.

4. ANÁLISIS DEL PROCESO APLICADO EN EL CASO

4.1 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

El niño es de complexión delgada, de tez morena y estatura promedio, con apariencia física de acorde a su edad, estado de ánimo apto para la aplicación de pruebas y con identificación de tiempo y espacio sin dificultades.

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS PRUEBA PROYECTIVA/EL TEST DE LA FAMILIA:

Partiendo un análisis del dibujo del niño que su relación y contexto familiar no presenta dificultades, la situación del luto la madre la ha sabido manejar supliendo con éxito la figura del padre en el hogar, teniendo una crianza con mucho amor y comprensión, basado en la comunicación por parte de la madre, siendo cabeza de hogar después de la pérdida del papá algo evidenciado en la predisposición por conocer cuáles son las necesidades y causas de las

dificultades de su pequeño, de esta manera se interviene y se puede abordar con un plan dirigido y estratégicos para mejorar los contextos vulnerados del niño.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS DEL TEST PERCEPTIVO VISO-MOTRIZ DE BENDER KOPPITZ

ANÁLISIS: La prueba fue aplicado a un niño con edad de 8 años, el tiempo empleado para completar la prueba fue pasado de los límites críticos en total fueron 17 minutos para culminar la prueba, en donde podemos evidenciar una desviación en su madurez cerebral, además el niño se presentó con predisposición de colaborar y reproducir cada una de las imágenes facilitadas por el examinador.

Los resultados obtenidos en el Test Perceptivo Viso-Motriz fueron de 5 puntos teniendo una edad equivalente de 7-6/7-11, presentándose una desviación media en su desarrollo y una edad equivalente a 7 años 6 meses, en lo que corresponde a sus Indicadores de Desajuste Emocional el niño presenta una timidez y retraimiento, con conductas de evitación cuando no puede realizar alguna actividad, también se evidenciaron rasgos de impulsividad y falta de interés o atención. Presenta como ultimo indicador de desajuste emocional una pobre capacidad de planeación, dificultad para organizar la información y probable confusión mental, dichas desviaciones fueron identificadas en su conducta y comportamiento al momento de realizar el test.

INTERPRETACIÓN: El niño presenta un nivel medio de dificultades en su comportamiento y aprendizaje, teniendo desenfocos muy altos en su falta de atención y concentración al momento de realizar las actividades (como cuando se distrae con facilidad, se pone tímido o empieza hacer otras cosas en la actividad que no corresponden a la misma), lo que le impide cumplir con sus rutinas escolares y sociales, en donde dichos datos fueron obtenidos por los resultados de la prueba que fueron interpretados llegando a la conclusión que el niño presenta un desnivel de **edad mental de 7 años 6 meses** en comparación con su

edad cronológica de 8 años de 6 meses.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS EVALUACIÓN DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (EDAH):

ANÁLISIS: El examinador determino cada uno de los puntos de la prueba con la observación realizada al niño en referencia a su comportamiento, conducta y manejo de su atención al realizar actividades pedagógicas y en su contexto social y personal., a continuación, se muestran las puntuaciones obtenidas en cada una de las escalas evaluadas:

ESCALAS	PUNTAJE DIRECTO	PERCENTIL
Hiperactividad (H)	11	97
Déficit de Atención (DA)	11	96
Trastorno de Conducta (TC)	8	80
H + DA	11+11= 22	99
H+DA+TC	11+11+8= 30	95

INTERPRETACIÓN: Los resultados obtenidos sobre el comportamiento y conducta del niño, fueron de **11 puntos en Hiperactividad (H)** con un percentil de 97, **11 puntos en Déficit de Atención (DA)** con un percentil de 96 y **8 puntos en Trastorno de Conducta (TC)** con un percentil de 80, dichos resultados superan los puntos de cortes en donde se evidencia características e indicadores del Trastorno de déficit de atención con Hiperactividad evidenciadas dentro del salón de clases, en su contexto familiar y en al momento de realizar actividades escolares. Llegando a una puntuación global de 95 de percentil general de las escalas a evaluar en la prueba.

4.2 DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD	TRASTORNO ESPECÍFICO DEL APRENDIZAJE
<p>A. Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo, que se caracteriza por (1) y/o (2): 1. Inatención: Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas/laborales.</p> <p>B. Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas (p. ej., tiene dificultad para mantener la atención en clases, conversaciones o la lectura prolongada).</p> <p>C. Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente (p. ej., parece tener la mente en otras cosas, incluso en ausencia de cualquier distracción aparente).</p> <p>D. Con frecuencia 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).</p> <p>E. Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades (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).</p> <p>G. Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren</p>	<p>A. Dificultad en el aprendizaje y en la utilización de las aptitudes académicas, evidenciado por la presencia de al menos uno de los siguientes síntomas que han persistido por lo menos durante 6 meses, a pesar de intervenciones dirigidas a estas dificultades:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lectura de palabras imprecisa o lenta y con esfuerzo (p. ej., lee palabras sueltas en voz alta incorrectamente o con lentitud y vacilación, con frecuencia adivina palabras, dificultad para expresar bien las palabras). 2. Dificultad para comprender el significado de lo que lee (p. ej., puede leer un texto con precisión, pero no comprende la oración, las relaciones, las inferencias o el sentido profundo de lo que lee). 3. Dificultades ortográficas (p. ej., puede añadir, omitir o sustituir vocales o consonantes). <p>B. Las aptitudes académicas afectadas están sustancialmente y en grado cuantificable por debajo de lo esperado para la edad cronológica del individuo, e interfieren significativamente con el rendimiento académico o laboral, o con actividades de la vida cotidiana, que se confirman con medidas (pruebas) estandarizadas administradas individualmente y una evaluación clínica integral. En individuos de 17 y más años, la historia documentada de las dificultades del aprendizaje se puede sustituir por la evaluación estandarizada.</p>

<p>H. un esfuerzo mental sostenido (p. ej., tareas escolares o quehaceres domésticos; en adolescentes mayores y adultos, preparación de informes, completar formularios, revisar artículos largos).</p> <p>I. Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades (p. ej., materiales escolares, lápices, libros, instrumentos, billetero, llaves, papeles del trabajo, gafas, móvil).</p> <p>J. Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos (para adolescentes mayores y adultos, puede incluir pensamientos no relacionados).</p> <p>K. Con frecuencia olvida las actividades cotidianas (p. ej., hacer las tareas, hacer las diligencias; en adolescentes mayores y adultos, devolver las llamadas, pagar las facturas, acudir a las citas).</p>	<p>C. Las dificultades de aprendizaje comienzan en la edad escolar, pero pueden no manifestarse totalmente hasta que las demandas de las aptitudes académicas afectadas superan las capacidades limitadas del individuo (p. ej., en exámenes programados, la lectura o escritura de informes complejos y largos para una fecha límite inaplazable, tareas académicas excesivamente pesadas).</p> <p>D. Las dificultades de aprendizaje no se explican mejor por discapacidades intelectuales, trastornos visuales o auditivos no corregidos, otros trastornos mentales o neurológicos, adversidad psicosocial, falta de dominio en el lenguaje de instrucción académica o directrices educativas inadecuadas.</p>
---	---

4.3 IMPRESIÓN DIAGNOSTICA PRESUNTIVA

DSM-V TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

ESPECIFICAR SI:

314.01 (F90.2). PRESENTACIÓN COMBINADA: Si se cumplen el Criterio A1 (inatención) y el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses

ESPECIFICAR LA GRAVEDAD ACTUAL:

MODERADO: SÍNTOMAS O DETERIOROS FUNCIONALES PRESENTES ENTRE “LEVE” Y “GRAVE”

4.4 TRIANGULACIÓN DE RESULTADOS

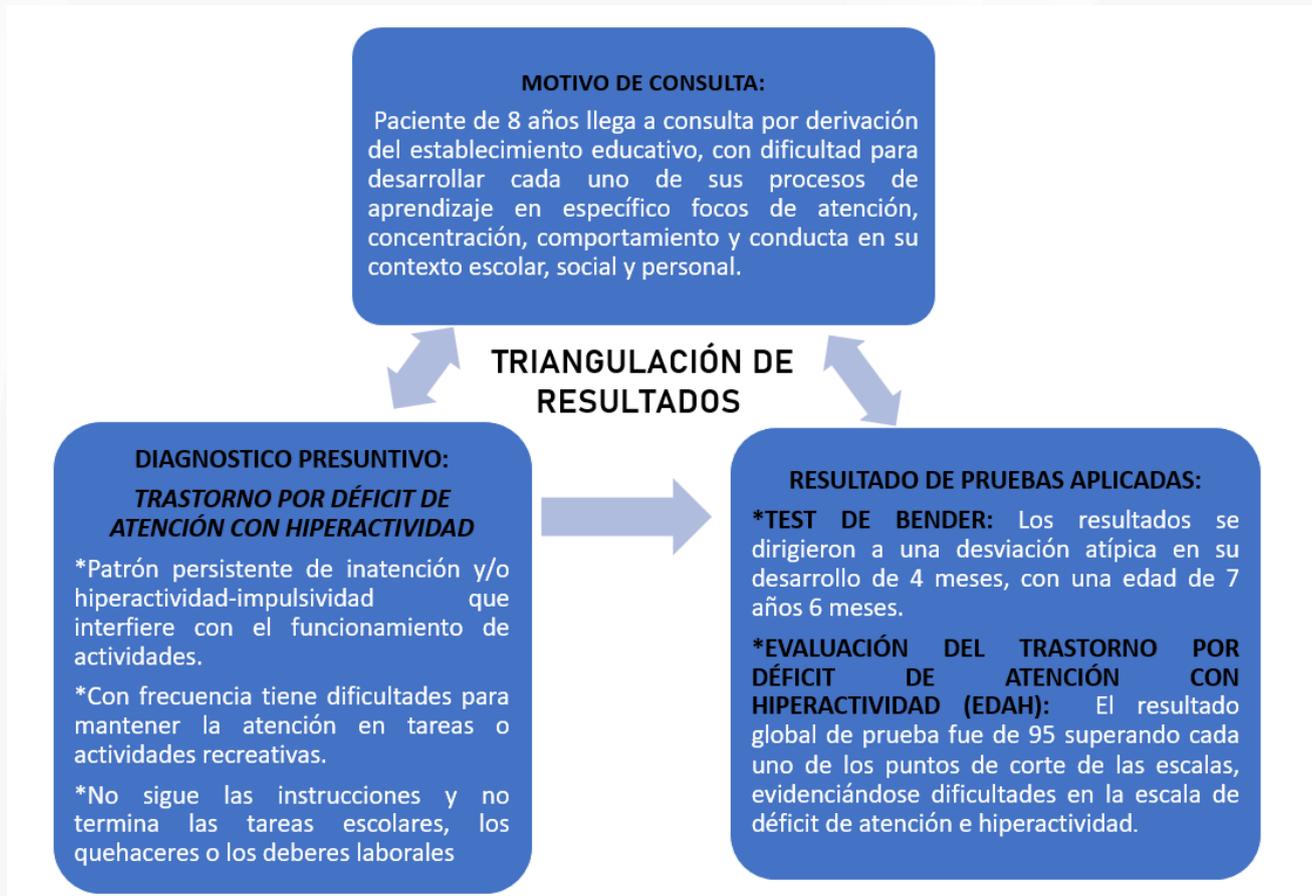


Ilustración: Referente a la situación escolar en niños con TDAH.

4.5 PLAN TERAPÉUTICO

OBJETIVOS	TÉCNICA/ESTRATEGIA	ACTIVIDAD A REALIZAR
<p>Fomentar una autoestima regulada a cada uno de sus estados de ánimos y acciones, incentivando a las palabras positivas</p>	<p>Técnica de Reafirmación positiva</p>	<p>Realizar actividades en colaboración con el contexto familiar, escolar y social promoviendo frases de reafirmación el niño cumpla o no cumpla con consigna, evitando frustraciones y baja autoestima por las dificultades evidenciadas.</p>
<p>Adquirir conocimientos de causa y efecto en sus comportamientos, reduciendo los niveles de impulsividad e hiperactividad para la mejor comprensión de consignas y actividades.</p>	<p>Tiempo Fuera</p>	<p>Utilizar la estrategia de tiempo fuera con actividades para canalizar sus acciones de hiperactividad e impulsividad, (como puede ser botellas sensoriales, rompecabezas, encajables, entre otros.)</p>
<p>Facilitar al niño la concepción de los turnos y tiempos de espera.</p>	<p>Costo de las respuestas para el respeto a turnos.</p>	<p>Hacer referencia a los tiempos de espera y turnos por medio de consignas específicas, fichas que concedan un turno y actividades en donde le niño pueda ver la ejemplificación de los turnos.</p>
<p>Comprender la acción de tener recompensas cuando se realizan las consignas y llegar a un análisis de</p>	<p>Economía de Fichas</p>	<p>Realizar actividades en donde se pueda incentivar al niño con recompensas para que pueda acatar la consigna y</p>

<p>comportamiento de la consecuencia de las acciones.</p>		<p>cumplirla. Utilizando fichas llegando a un número determinado para obtener una recompensa por cumplir con sus actividades o instrucciones.</p>
<p>Crear y desarrollar la autonomía personal.</p>	<p>Entrenamiento en Auto-instrucciones.</p>	<p>El desarrollo de la actividad consta de 5 pasos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Se anticipará y modelará la actividad o acción a ejecutar. -El niño ejecutara a cabo la misma tarea que se propuso como ejemplo con apoyo. -Realizar la tarea por sí solo siguiendo el proceso de esta. -Repetir la actividad verbalizando las acciones con apoyo del adulto. -El niño replicara su propio comportamiento a través de auto-instrucciones internas mientras va desarrollando la tarea.
<p>Potenciar su habilidades y destrezas atencionales y de concentración.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Armar rompecabezas -Sopas de Letras -Tangram de figuras 	<p>Proporcionar al niño diferentes materiales en donde pueda desarrollar y mantener su atención y concentración y así seguir aumentando la dificultad a medida que el niño termine de armar cada rompecabezas.</p>

<p>Establecer estrategias en resolución de problemas y habilidades para la toma de decisiones.</p>	<p>Entrenamiento resolución de problemas.</p>	<p>Establecer casos de resolución de problemas al paciente, el cual debe buscar distintas alternativas de posibles soluciones, se debe hacer una valoración de cada alternativa y hacer uso de la más eficaz.</p>
<p>Ejecutar actividades extracurriculares (deportes o hobbies) para canalizar el exceso de energía.</p>	<p>Técnica de Entrenamiento Físico</p>	<p>Con el fin de enfocar a la energía excesiva en actividades física o deporte mejorando su desempeño académico, tener una motivación para lograr objetivos y mejorar sus niveles de atención y concentración.</p>

5. CONCLUSIONES

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es un trastorno neuropsiquiátrico común en la infancia que puede persistir hasta la edad adulta, se caracteriza por dificultades persistentes en la atención, la impulsividad y la hiperactividad, lo que puede afectar significativamente la vida diaria y el funcionamiento académico, laboral y social de una persona.

En la actualidad, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad se reconoce como un trastorno neuropsicológico de origen es multifactorial, lo que implica que tanto elementos biológicos cerebrales como predisposición genética interactúan con diversos aspectos del entorno, como la familia, la escuela, la socialización y el nivel socioeconómico. Estos factores combinados contribuyen al desarrollo y manifestación en cada persona, resaltando

así la importancia de un enfoque de tratamiento personalizado y adaptado a las necesidades individuales.

Es importante destacar que no es simplemente una cuestión de falta de disciplina o de crianza inadecuada. Es un trastorno médico legítimo que requiere atención y tratamiento adecuados.

Con un diagnóstico temprano y un manejo adecuado, las personas pueden aprender a manejar sus síntomas y tener una vida plena y productiva. Sin embargo, es fundamental reconocer que cada persona es única y puede experimentar los síntomas de manera diferente. Además, el TDAH puede coexistir con otras condiciones médicas o trastornos mentales, lo que puede complicar aún más su diagnóstico y tratamiento.

El impacto del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en individuos, familias, escuelas y la sociedad en general es significativo y requiere una atención inmediata.

Actualmente, se destinan considerables recursos del sistema de salud y varias agencias de servicios sociales para abordar el correcto abordaje. Sin embargo, estos servicios a menudo se brindan de manera fragmentada. Es necesario desarrollar modelos integrados de atención para las personas con las dificultades detectadas y asignar recursos basados en datos más precisos sobre los costos.

Dentro de este enfoque, los padres, maestros y otras personas a cargo del cuidado del niño aprenden mejores maneras de trabajar y relacionarse con el niño, logrando establecer reglas y aplicarlas, ayudando a su hijo a comprender lo que necesita hacer, usar la disciplina con eficacia y estimular el buen comportamiento. Dicho trabajo se verá reflejado en los contextos del niño y será el reflejo de mucho trabajo y sacrificio para concebir una inclusión eficaz ligada al buen trato, planes terapéuticos específicos a cada una de sus necesidades y dificultades y actuar por vocación para detectar las características de TDAH, orientado a muchas familias a seguir cada una de las vías de acción dentro de la evaluación, diagnóstico y tratamiento.

6. RECOMENDACIONES

En base a cada una de las actividades realizadas en el análisis del caso referido por cada una de las características y métodos de acción y abordaje sobre el Trastorno Con Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), se presentan algunas recomendaciones generales para abordar el trastorno dirigidas a padres de familia, docentes y niños en colaboración con profesionales de la salud y educación para desarrollar un plan de tratamiento individualizado enfocado a cada una de sus dificultades:

Contexto Familiar

- **Educarse sobre el TDAH:** Aprender sobre los síntomas, causas y tratamientos del TDAH puede ayudar a comprender mejor las dificultades que enfrenta su hijo y les permite ser más efectivos en el apoyo y manejo del trastorno.
- **Buscar evaluación y diagnóstico:** Con el fin de obtener una comprensión más clara de las necesidades de tu hijo y a desarrollar un plan de tratamiento adecuado.
- **Comunicación abierta y positiva:** Animándolo a compartir sus sentimientos y experiencias, brindando un ambiente seguro para expresarse sin temor a ser juzgado.
- **Establecer rutinas y estructura:** Para proporcionar una estructura clara, mantenerse enfocado y mejorar su gestión del tiempo del niño. Utiliza recordatorios visuales, listas de tareas y calendarios para ayudar a mantenerse organizado.

Docentes

- **Colaborar con profesionales de apoyo:** Trabaja en estrecha colaboración con los profesionales de apoyo, como los terapeutas ocupacionales o psicólogos escolares, para implementar estrategias de manejo y adaptaciones adecuadas en el aula.
- **Fomentar la participación:** Los estudiantes con TDAH pueden beneficiarse de la participación activa en el aprendizaje incorporando actividades prácticas, debates y

movimientos en el aula para mantener su interés y compromiso.

- **Adaptaciones en el aula:** Considera hacer adaptaciones en el aula para satisfacer las necesidades específicas de los estudiantes estableciendo reducción de distracciones visuales y auditivas, tiempos de descanso y movimientos regulares y proporcionar instrucciones claras y concisas.

Comunicación abierta con los padres: Mantener una comunicación regular y abierta con los padres de los estudiantes, compartiendo información sobre el progreso académico, el comportamiento y cualquier avance relevante.

7. BIBLIOGRAFÍA

Llanos Lizcano, L., García Ruiz, D., & Henry J, G. (2019). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en niños escolarizados de 6 a 17 años. *Scielo- Pediatría Atencion Primaria*, 1-12.

Barrios Oneto, G. (2017). LA IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO DEL TDAH. UN ESTUDIO DE CASO. *Universidad de Lima*, 1-15.

Celina Korzeniowsk, & Mirta Susana Ison. (2019). ESTRATEGIAS PSICOEDUCATIVAS PARA PADRES Y DOCENTES DE NIÑOS CON TDAH. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 1-8.

Mariano G. Scandar. (2020). Relación entre los síntomas de TDAH y el aprendizaje escolar en niños preescolares argentinos. *Revista Neuropsicología Latinoamericana*, 1-13.

Molina Torres , J., Orgiles, M., & Servera, M. (2022). El TDAH en la etapa preescolar: Una revisión narrativa. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 1-9.

Muñoz, D., Diaz , A., & Navarro , J. (2019). Mejora de la atención en niños y niñas con TDAH tras una intervención física deportiva dirigida. *Revista de Psicología del*

Deporte, 1-10.

Pacual Castroviejo, I. (2018). Trastornos por déficit de atención e hiperactividad (TDAH).

Neuropediatría-Madrid, 1-11.

Piñon , A., Carballido, E., & Vasquez , E. (2019). Rendimiento neuropsicológico de niños y niñas con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). *Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, 1-17.*

Rodriguez Salinas, E., Navas Garcia , M., & Duelo Marcos , M. (2020). La escuela y el trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad (TDAH). *Rev Pediatr Aten Primaria, 1-24.*

•

8. ANEXOS

No.	Nombre o Descripción
1	Consentimiento Informado.
2	Evidencia fotográfica con el paciente.
3	Protocolos de las Pruebas Aplicadas

ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO

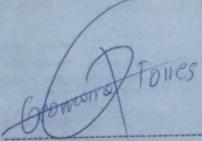
 Virgen de Fátima, 13 de Junio del 2023

UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENORES

Yo, GEOMAYRA TORRES con C.I. 0958782864 madre representante de la menor OLIVER ALFREDO CONSTANTE TORRES de 8 años MANIFIESTO que consiento que mi hija será evaluada través de pruebas psicológicas y posterior proceso de asesoramiento psicológico por el Psic. BORIS ISMAEL VALLADAREZ ABAD con C.I. 030237325-3

Como madre representante del menor MANIFIESTO que se me informo de los aspectos relacionados con la elaboración, el proceso de la entrevista previa y la aplicación de pruebas psicológicas, manteniendo como confidenciales los datos acordados previamente entre nosotros y que dicho asesoramiento no implica ningún tipo de riesgo para el menor.



SRA. GEOMAYRA TORRES
Firma
C.I. 0958782864

ANEXO 2: EVIDENCIA FOTOGRÁFICA CON EL PACIENTE



Ilustración 1: *Primera consulta con la madre del niño*



Ilustración 2: *Firma del Consentimiento Informado*



Ilustración 3 y 4: *Actividades informales para evaluar atención y destrezas manuales*

ANEXO 2: PROTOCOLOS DE LAS PRUEBAS APLICADAS

EDAH
HOJA DE ANOTACIÓN

NOMBRE: Oliver Constante TORRES
 INSTITUCIÓN: _____
 EDAD: 8 años SEXO: F FECHA: _____

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

NADA	POCO	BASTANTE	MUCHO
0	1	2	3

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

RESUMEN DE PUNTUACIONES	BAREMO	H	DA	TC	H+DA		H+DA+TC		
	PD	11	11	8	11	11	11	11	8
	CENTIL	97	96	80	99		9	5	

TEST PERCEPTIVO VISO-MOTRIZ de BENDER-KOPPITZ.

Nombre y Apellidos Oliver Constante F. Nacimiento 15/09/16 Edad: 8 Años 9 Meses

Colegio: _____ Nivel escolar: _____ Fecha de aplicación: _____

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

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

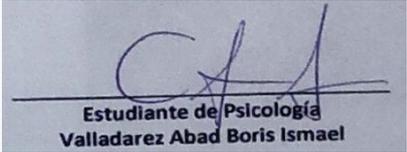
Grupo de edad	Media del grupo	Desviación Típica	Intervalo +/- 1 D.T.	Edad Equivalente	Percentil
7-6 a 7-11	4.7	3.34	1.4 a 8.0	7 años 6 meses	4.7

De	a			
Diseño: Cldra. M ^o Poma Ruiz, E.O.E.P. COSLADA 2004.				
TEST de BENDER-KOPPITZ. INDICADORES DE DESAJUSTE EMOCIONAL. (Koppitz, 1974)				
Los doce indicadores diferencian entre niños con problemas emocionales y sin ellos. Los seis subrayados muestran significación estadística y tienen valor diagnóstico tanto por separado como en número de los mismos presentes en un protocolo. Hay significación estadística si aparecen 3 o más indicadores. (Más del 50% de niños con 3 indicadores, el 80% con 4 indicadores, y el 100% de los niños con 5 o más, presentan serios desajustes emocionales.) Los dos últimos tienen gran significación clínica pero no estadística, por ser poco frecuentes.				
I. Orden confuso. Figuras distribuidas al azar, sin ninguna secuencia lógica (y no por falta de espacio).	Falta de capacidad para planificar, ordenar el material. Confusión mental. Común de 5 a 7 años. Significativo a partir de esa edad.			✓
II. Línea ondulada (Fig. 1 y/o 2) Dos o más cambios en la dirección de la línea de puntos-círculos (No puntúa si es rotación)	Inestabilidad en la coordinación motora y en la personalidad, bien por déficit de CVM o por dificultades de control motor debidas a tensiones emocionales. Puede deberse a factores orgánicos y/o emocionales.			
III. Rayas en lugar de círculos (Fig. 2). La mitad o más de los círculos son rayas (de 2 mm. o más)	Impulsividad, falta de interés o de atención. Niños preocupados por sus problemas o que tratan de evitar hacer lo que se les pide.			
IV. Aumento progresivo del tamaño (Fig. 1, 2 y 3) Los puntos y círculos últimos son el triple que los primeras.	Baja tolerancia a la frustración y explosividad. Normal en niños pequeños. Valor diagnóstico a medida que los niños crecen.			
V. Gran tamaño (macro grafismo) Uno o más de los dibujos es un tercio más grande que el de la tarjeta.	"Acting out" (descarga de impulsos hacia fuera, en la conducta) Dificultades de procesamiento mental.			
VI. Tamaño pequeño (micro grafismo) Uno o más dibujos son la mitad que el modelo	Ansiedad, conducta retraída, timidez.			
VII. Líneas finas. Casi no se ve el dibujo.	Timidez y retraimiento.			✓
VIII. Repaso del dibujo o de los trazos. El dibujo o parte está repasado o reformado con líneas fuertes, impulsivas	Impulsividad, agresividad y conducta "acting out"			✓
IX. Segunda tentativa. Abandona o borra un dibujo antes o después de terminarlo y empieza de nuevo en otro lugar de la hoja. (no se computa si borra y lo hace en el mismo lugar)	Niños que saben que no lo hacen bien, pero son impulsivos y les falta el control interno necesario para borrar y corregir cuidadosamente la parte incorrecta. No termina lo que le resulta difícil, abandona. También se da en niños ansiosos que asocian significados particulares a los dibujos.			
X. Expansión Empleo de dos o más hojas	Impulsividad y conductas "acting out". Normal en preescolares, después aparece casi exclusivamente en niños deficientes y perturbados emocionalmente.			
XI. Marco alrededor de las figuras	Pobre autocontrol, necesitan y quieren límites y controles externos.			
XII. Cambios o añadidos	Niños abrumados por temores y ansiedades o por sus propias fantasías. Débil contacto con la realidad.			
TOTAL NUMERO DE INDICADORES EMOCIONALES:				3

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

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

9. FIRMAS DE RESPONSABILIDAD

Elaborado por:	Revisado y Aprobado por:	Revisado y Aprobado por:
 <p>Estudiante de Psicología Valladarez Abad Boris Ismael</p>		
Estudiante: <i>Boris Ismael Valladarez Abad</i>	Docente: <i>Psic. Kerly Álvarez</i>	Tutora: <i>Psic. Diana Elizabeth Pilamunga Asacata</i>