



Universidad Nacional
Federico Villarreal

**Vicerrectorado de
INVESTIGACIÓN**

Facultad de Psicología

INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN UN NIÑO CON DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

Trabajo Académico para Optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en
TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL

AUTORA

Natividad Toribio, Brenda Laurie

ASESORA

Guerra Turín Eva Luz

JURADO

VALDEZ SENA, LUCIA EMPERATRIZ

SHIMABUKURO KYAM, JORGE LUIS

MARCHENA CÀRDENAS, CARLOS EFRAIN

Lima- Perú

2020

Dedicatoria

Este trabajo académico le dedico a mi mamá, papá, abuelita, madrina, hermanos, enamorado y a mi tía Claudia Toribio Rios, quienes me apoyaron con amor e incondicionalmente.

Agradecimiento

Agradezco en primera lugar a mi madre Domitila Toribio Ríos por su perseverancia y esfuerzo de brindarme una educación.

En segundo Lugar agradezco a mi padre por brindarme paciencia y enseñarme a ser humilde.

Agradezco a mi madrina Miryam Toribio por ser mi ejemplo a seguir y brindarme un apoyo como mi segunda madre.

Agradezco a mi abuela Paula Ríos Vasquez por criarme y enseñarme a ser responsable y valiente.

Agradezco a mi asesora por el apoyo incondicional y a la universidad por ser mi segunda casa de estudios.

Finalmente agradezco a Dios y a mi angelita que se encuentra en el Cielo por su apoyo y deseo de que sea una profesional exitosa.

INDICE

Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice	iv
Índice de tablas	vi
Índice de cuadros	vii
Resumen	viii
Abstract	ix
I. Introducción	10
1.1 Descripción del problema	12
1.2 Antecedentes	17
- Estudios nacionales	17
- Estudios internacionales	19
- Basamento teórico de dos variables	21
1.3 Objetivos	24
- Objetivo general	24
- Objetivos específicos	24
1.4 Justificación e importancia	25
1.5 Impactos esperados del proyecto	25
II. Metodología	27
2.1. Informe del cuestionario de conducta de Connors para Padres forma abreviada.	27
2.2. Informe del cuestionario de conducta de Connors para Profesores (forma abreviada)	28
2.3. Informe del test gestáltico visomotor de Bender para niños.	29
2.4. Informe del test Stanford Binet	30
2.5. Informe de escala de madurez social de VINELAND	31

III. Resultados	39
IV. Conclusiones	43
V. Recomendaciones	44
VI. Referencias	45
VII. Anexos	47

INDICE DE TABLAS

Tabla 1 Historia Familiar	15
Tabla 2 Análisis Funcional de la conducta.	16
Tabla 3 Análisis Cognitivo de TDAH	17
Tabla 4 Diagnóstico Funcional de TDAH	17
Tabla 5 Sesiones de la Intervención cognitivo conductual en F.H.C	35
Tabla 6 Sesiones de la Intervención cognitivo con los padres de familia.	37
Tabla 7 Sesiones de la Intervención cognitivo con la docente	38
Tabla 8 Registro Línea de Base: registro semanal de frecuencia y duración de las conductas problema.	39
Tabla 9 Registro de Línea de Tratamiento y Seguimiento de Conductas en intervención	40

INDICE DE CUADROS

Gráfico 1. Línea base	40
Gráfico 2. Registro de Tratamiento y Seguimiento de Conductas	41
Gráfico 3. Resultados de post test	42
Gráfico 4. Comparativo del pre test, tratamiento y post test	42

INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN UN NIÑO CON DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

Brenda Laurie Natividad Toribio

Universidad Nacional Federico Villarreal

Resumen

En el presente estudio se muestra el proceso a través de la intervención cognitivo conductual en un niño de 5 años con diagnóstico de déficit de atención e hiperactividad. Se utilizó el diseño A-B-A; se inició con la evaluación psicológica utilizando las siguientes herramientas como el test de Stanford Binet, cuestionario de conducta de Conners para profesores, cuestionario de conducta de Conners para padres, cuestionario de conducta en la Escuela; además se utilizó el test gestáltico viso motor de Bender, escala social de Vineland y la tabla diagnóstica del DSM-V. La intervención se realizó bajo el modelo cognitivo conductual en 20 sesiones, 8 sesiones de psicoeducación con los padres de familia y 3 sesiones de orientación a la docente. Finalmente para evaluar el impacto de la intervención se realiza una evaluación post tratamiento, donde se visualiza el cumplimiento del objetivo de regular las conductas perturbadoras y la desatención del evaluado logrando un mejor desempeño escolar, desarrollo social y convivencia familiar.

Frase clave: *evaluación, déficit de atención, hiperactividad, diagnóstico, evaluación y tratamiento.*

COGNITIVE BEHAVIORAL INTERVENTION IN A CHILD WITH ATTENTION DEFICIT AND HYPERACTIVITY

Brenda Laurie Natividad Toribio

Universidad Nacional Federico Villarreal

Abstract

The present study shows the process through cognitive behavioral intervention in a 5-year-old child with a diagnosis of attention deficit hyperactivity disorder. Design A-B-A was used; It began with the psychological evaluation using the following tools such as the Stanford Binet test, Conners behavior questionnaire for teachers, Conners behavior questionnaire for parents, School behavior questionnaire; In addition, the Bender motor viso motor test, Vineland social scale and the DSM-V diagnostic table were used. The intervention was carried out under the cognitive behavioral model in 20 sessions, 8 psychoeducation sessions with parents and 3 teacher orientation sessions. Finally, to evaluate the impact of the intervention, a post-treatment evaluation is carried out, where the fulfillment of the objective of regulating the disturbing behaviors and the neglect of the evaluated one is achieved, achieving a better school performance, social development and family life.

Key phrase: *evaluation, attention deficit, hyperactivity, diagnosis, evaluation and treatment.*

I. Introducción

El trastorno de déficit de atención con hiperactividad, según la DSM-V (APA, 2013) se clasifica, dentro de los trastornos del neurodesarrollo, como un “patrón persistente de inatención, hiperactividad e impulsividad que conlleva a una interferencia en el funcionamiento de vida o desarrollo del ser humano” (p. 33).

Soutullo & Diaz (2007) refieren que la causa del trastorno de déficit de atención e hiperactividad, no es un trastorno con una causa definida, sino que se origina por múltiples causas, considerando como la causa principal la condición genética, es decir cuando el padre o la madre presenta el diagnóstico mencionado hay un riesgo de 8,2% de tener TDAH; en segundo lugar la adversidad psicosocial presenta un riesgo poco significativo de 4 %, como por ejemplo bajo peso al nacer, consumo de tabaco y consumo de alcohol. (p. 15).

En la actualidad existen numerosas investigaciones sobre las características del TDAH; según Fiuza & Fernández (2013) presenta nueve descripciones en cada una de los tres importantes síntomas; por ejemplo, en la dificultad de atención muchos niños olvidan sus obligaciones cotidianas, en la impulsividad presentan reacciones de ira y rabia ante pequeñas frustraciones y, finalmente, en la hiperactividad se mueve con frecuencia en su asiento (p. 262).

Por ello, en el presente estudio de caso se detallará a profundidad las características, criterios diagnósticos, prevalencias, comorbilidad, evaluación e intervención de un niño de 6 años quien presenta en su ámbito educativo síntomas de inquietud motora, desatención e impulsividad, dificultad para seguir instrucciones y esto conlleva a un bajo desempeño escolar, e interfiere significativamente en su desarrollo interpersonal. Por lo tanto la intervención psicológica según el modelo cognitivo conductual, se inicia

con instaurar las conductas básicas para luego regular las conductas perturbadoras y la desatención.

1.1 Descripción del Problema

- **Datos de filiación**

- Nombre y Apellidos : F. H. C
- Edad : 6 años
- Lugar y fecha de nac. : 10 de enero 2014
- Grado de instrucción : Inicial
- Derivado por : I.E Estatal
- Distrito : SMP
- Persona responsable : Madre
- Fecha de entrevista : 10 de enero 2019
- Lugar de entrevista : Lima
- Terapeuta : Brenda Natividad Toribio

- **Motivo de consulta**

El evaluado acude a consulta con su madre, la cual refiere: “Ya no sé qué hacer con F. H.C, está movido, no hace caso, realiza berrinches, se muestra agresivo, patear, pide las cosas llorando y grita”. En el colegio cuando me toca las funciones de cuidar a los niños, observo que mi hijo no hace caso a la profesora, cuando la maestra le dice: ¡siéntate! él se pone a caminar y a coger las cosas”.

En la entrevista a la docente refiere: “que el nivel de comprensión y analogía del evaluado no muestra un avance, aprende las cosas de memoria, cuándo se le enseña una frase tiende a repetirlo durante el día, su articulación del lenguaje no es claro, muchas veces habla en diminutivo, omite silabas, en tono de voz es bajo.

Durante las entrevistas iniciales no establece contacto visual, al inicio de la sesión muestra ecolalia, en el desarrollo se muestra distraído, se mueve de un lugar a otro, expresándose con volumen de voz baja y poco fluido.

- **Problema Actual**

Actualmente F.H. C en su desarrollo escolar presenta excesiva inquietud motora, intranquilo, siempre para en movimiento, se levanta en situaciones donde debería permanecer sentado, presenta dificultad para seguir instrucciones y comienza a jugar de un lugar a otro sin motivo, actúa como si no escuchase cuando se le habla, presenta dificultad para seguir la conversación, exige inmediata satisfacción de sus demandas, tiene explosiones impensables de mal genio, sensible a la crítica, se distrae fácilmente o presenta dificultad para prestar atención a estímulos alternativos, dificultad en la comprensión, en algunas situaciones se encuentra en las nubes, ensimismado, cambia de estados de ánimo bruscamente, es impulsivo e irritable, no termina las tareas que empieza, sus esfuerzos se frustran fácilmente y termina llorando.

F. H. C en su interacción familiar presenta las siguientes conductas, salta sobre su hermano y le golpea. Pide agresivamente las cosas, diciendo: ¡Te he dicho que me des!, prefiere juegos o actividades de movimientos; llora, realiza berrinches, no puede estar quieto, es destructor de sus juguetes, cambia bruscamente su estado de ánimo, le cuesta entretenerse o dedicarse a actividades tranquilas y presenta dificultad para esperar su turno.

En su interacción social F. H. C presenta dificultad para hacer o mantener amistades con otros niños, es retraído y tímido, tiene dificultad para aprender, abandona una actividad por otra al poco rato de haberla empezado y dificultad para esperar su turno en los juegos y realiza berrinches al no querer compartir sus juguetes.

- **Desarrollo cronológico del problema**

A la edad de 2 años y medio, la madre mostró preocupación por el desarrollo del lenguaje de su hijo, porque no hablaba, se movía de un lugar a otro y se distraía ante cualquier estímulo. Por factor económico no pudo llevarlo a una evaluación.

A la edad de 3 años, refiere la madre, que su hijo “Se movía de un lugar a otro, travieso. Realizaba ruidos con la boca, pero no podía verbalizar las sílabas. No tenía la noción de esperar; ante determinados estímulos, se ponía impaciente”. El padre decía que no le lleven a terapia porque mejoraría con el tiempo.

A la edad de 4 años, la madre indica que “ la profesora le observo que su hijo se comportaba de manera inadecuada, no seguía instrucciones, no respetaba las colas o turnos, evidenciaba problemas de atención, comprensión y su nivel de aprendizaje era bajo en relación con otros niños de su edad.

• **Historia Personal**

La madre refiere que llevó un embarazo sin problemas durante los nueve meses, nació por parto normal, sin complicación alguna. Indica que su hijo a partir de los 2 años presentó enuresis, rabietas, tartamudeos, problemas de atención, comprensión, agresividad, estaba en constante movimiento, llanto, ira, enojo y falta de seguimiento de instrucciones.

F. H. C ingresó al nivel inicial a los 4 años, demoró en adaptarse al colegio, se distraía fácilmente, se paraba de su asiento, no respetaba turnos, no seguía instrucciones de la docente, mostraba nivel bajo de aprendizaje en relación al grupo.

Actualmente está cursando el nivel inicial de 5 años, donde está presentando un rendimiento

promedio.

- **. Historia Familiar**

La dinámica familiar con respecto a la relación de pareja de los padres se caracteriza porque discuten con una frecuencia de 2 veces por semana, después de cada discusión no se hablan durante 2 horas. Después comienzan a discutir por el hijo ya que en la actualidad se encuentran pasando por una situación estresante debido al comportamiento y las observaciones que le refieren del evaluado del colegio. La Madre refiere que su “pareja no se compromete con la crianza de sus hijos, no comparte espacios de recreación, presenta falta de comunicación y confianza. Cuando llega del trabajo se va a su cuarto, y para con el celular”.

Tabla 1
Historia Familiar.

Nombre	Parentesco	Edad	Grado de Instrucción	Ocupación	Características
H. C. F	Padre	33	Sec. Completa	Comerciante	Permisivo No se involucra con el niño. Suele ser ajeno al tratamiento. Se dedica a su trabajo. Pasa poco tiempo con el niño. Compara al niño frente a su hermano.
C.R.F	Madre	28	Sec. Completa	Ama de casa	Permisiva Presenta ansiedad por el hijo Frustración No pone límites en casa.
H.S.J	Hermano	3	Kinder		Busca jugar con el hermano Imita al hermano

Fuente: Elaboración propia.

- **Análisis Funcional**

Tabla 2

Análisis Funcional de la conducta.

Estimulo Antecedente	Conducta	Estimulo Reforzador
Llegando a casa, ante la negatividad de la madre ya que no puede ver televisión porque van almorzar.	<p>Motor: Pegar a su hermano. Saltar sobre su hermano Berrinches Se mueve de un lugar a otro.</p> <p>Cognitivo: Pedir agresivamente las cosas a su madre.</p> <p>Emocional: Llorar, cólera.</p>	<p>Reforzador Positivo Madre abraza al niño. La madre otorga al niño lo que desea él.</p> <p>Reforzador negativo Disminución del llanto.</p>
Momento del recreo	<p>Motor: Abandona una actividad por otra y Juega solo. Se mueve constantemente.</p> <p>Cognitivo Dificultad para establecer amistades Hablar solo.</p> <p>Emocional Timidez</p>	<p>Reforzador Positivo La atención de la profesora.</p> <p>Reforzador negativo Evita la actividad desagradable.</p>
Al ingresar al aula la profesora indica que termino la hora del juego y da la orden de guardar los juguetes.	<p>Motor: Caminar de un lugar a otro. Se para de su asiento. Tira las cosas</p> <p>Cognitivo Falta de atención Falta de Comprensión. No sigue Instrucciones</p> <p>Emocional Llanto Irritable Impulsividad.</p>	<p>Reforzador Positivo La profesora le presta atención mayor atención.</p> <p>Reforzador negativo Disminución del nivel de ansiedad ira y llanto.</p>

Fuente: Elaboración propia

- **Análisis cognitivo**

Tabla 3

Análisis Cognitivo de TDAH

Elaboración: fuente propia.

Situación (A)	Pensamiento (B)	Emoción y Conducta (C)
Al ingresar al aula la profesora indica que termino la hora del juego y da la orden de guardar los juguetes.	Quiero seguir jugando.	Ira, llanto. Movimiento por el aula
Cuando llegan a casa la madre indica que no puede coger el control del televisor porque va a almorzar.	¡Me tiene que dar lo que yo quiero!	Berrinches, llanto, Impulsividad, alza la mano a la madre y la empuja.
Momento del recreo	Yo soy primero No quiero forma	Berrinches, llanto Se mueve de un lugar a otro.

- **Diagnóstico Funcional**

Tabla 4

Diagnostico Funcional de TDAH

Exceso	Debilitamiento	Déficit
Pegar al Hermano		Habilidades sociales.
Berrinches o Pataletas.	Nivel de la comprensión.	Seguimiento de Instrucciones.
Se levanta de su asiento	Nivel de atención	No establece contacto visual
Caminar de un lugar a otro	Mejorar su fluidez verbal.	al conversar
Ira, enojo y llanto.		

Elaboración: fuente propia.

1.2 Antecedentes

- **Estudios nacionales**

En el estudio realizado por Aranibar (2012) sobre el déficit de atención con o sin hiperactividad en la institución educativa del nivel primario del distrito de Ventanilla, utilizaron

el método de diseño de investigación descriptivo donde obtuvieron los siguientes resultados: que las mujeres presentan una menor prevalencia de sospecha de TDAH de 15.6% de una población de 170 estudiantes y con respecto al sexo masculino presentan una prevalencia mayor de un 37.7% de sospecha de TDAH; se encontró los hallazgos en la investigación que el trastorno de déficit de atención es de mayor incidencia en varones que en mujeres de la misma edad, ya que en mujeres se encuentra mayormente en la categoría de menor incidencia para ello utilizaron las escalas de Conners y EDAH.

Según Barrios (2015), en el estudio de la importancia del diagnóstico del TDAH en Lima, en la actualidad se aprecia que el TDAH es un trastorno neuropsicológico multifactorial, que en los últimos tiempos se encuentra sobrediagnosticado por varias razones, entre las cuales están las críticas sobre el método de evaluación para obtener un diagnóstico, la exageración de los síntomas, además existe un desconocimiento del trastorno por parte de las fuentes de información (padres, cuidadores y profesores), entre otras. Es importante obtener información de diversas 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 etapa de desarrollo que se encuentra actualmente. 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 evaluar qué factores están asociados y si se observa comorbilidad planteando un diagnóstico diferencial.

Kendall & Braswell (1993) mencionado por Urquia (2013) en el estudio de la intervención cognitiva conductual en niños con rasgos de TDAH en Arequipa; consideran la terapia cognitivo conductual como un tratamiento psicológico que se define como un conjunto racional de diversas técnicas o estrategias que siguen un protocolo y van acompañado de un análisis cognitivo, este tiene como objetivo subrayar los procesos de aprendizaje y la intervención de las contingencias y de los factores del ambiente.

Shirk & Russel (1996) Citado por Urquieta (2013) en el estudio de la intervención cognitiva conductual en niños con rasgos de TDAH en Arequipa. “Refiere que es un instrumento que sirve como pauta en la actuación, regulando y pudiendo controlar la conducta, ya que los niños con TDAH muestran carencia en la mediación verbal y también en sus habilidades de resolución de problemas, este declive del pensamiento y la planificación genera problemas en su interacción social, familiar y escolar, a la vez trae consigo un bajo desempeño y problemas de aprendizaje” (p.37).

- **Estudios Internacionales**

Según Teva (2009) en su estudio de los factores de riesgo asociados al TDAH en España, señala que el sexo varón y tener hermanos afectos de TDAH son factores de riesgo o vulnerabilidad significativa para padecer un trastorno por déficit de atención con hiperactividad. La etiología manifiesta que los hijos nacidos de madres con bajo nivel socioeconómico tienen también un riesgo aumentado de padecer el trastorno. En tercer aspecto también refieren que la existencia de padres afectos de TDAH, el divorcio y la ausencia de uno o ambos progenitores presenta una fuerte tendencia a la asociación con TDAH. La depresión materna es un factor de riesgo para padecer TDAH. La ansiedad materna, fumar durante el embarazo y ver más de 2

horas de televisión al día parecen ser factores de riesgo para el TDAH. El bajo peso al nacimiento, la prematuridad y la lactancia materna no se asocian con TDAH. La intervención precoz sobre la salud mental materna y sobre los factores de riesgo modificables (fumar durante el embarazo, ver más de 2 horas de televisión al día, escaso consumo de pescado azul), podrían influir positivamente en la prevención del trastorno, sobre todo en los niños con historia familiar positiva de TDAH.

Según Ochoa (2010), al diseñar un programa de intervención en España desde la educación física en niños con TDAH determinaron lo siguiente: El profesorado de los grupos experimentales manifestaron que en el poco tiempo que participaron los niños en el programa, mejoraron de manera observable su participación y pérdida de miedo a participar enfrente del grupo. Así mismo los padres de familia coinciden en una mejora notable en el comportamiento dentro del hogar. Las habilidades motrices de manera general mejoraron en un 17.32% en los grupos experimentales a comparación de los grupos control que solo se notó un 2% de mejora en las destrezas evaluadas, tomando la puntuación más alta de los registros de observación en la clase de educación física. Las variables de eficacia que determinaron el resultado favorable del programa de intervención en la clase de Educación Física son las siguientes: La intervención de los padres de familia en su participación en actividades con sus hijos dentro y fuera de la escuela, así como el monitoreo de la conducta en su hogar con cuestionarios proporcionados, determinaron una eficaz fuente de ayuda y apoyo al niño hiperactivo en su progreso de mejora de conducta, atención y desarrollo motriz. La intervención de los profesores de aula y directivos al involucrarse y permitir la puesta en marcha de propuestas didácticas, aplicarlas y monitorearlas

con cuestionarios proporcionados para su uso dentro del centro escolar, influyen en los resultados positivos de una mejora en el rendimiento escolar.

- **Basamento teórico de las dos variables:**

- **Variable independiente: Modelo de intervención cognitivo conductual**

- Técnica de auto instrucciones

- Meichenbaum (1971 citado por Ojarles, 2007) mencionan que la técnica de auto instrucciones o entrenamiento medicinal cognitivo que “ayuda a mejorar la atención, reduce la impulsividad, mejora la capacidad de planificación y concentración; esto consta de los siguientes pasos: primero, se emplea el modelado cognitivo; segundo, la guía externa donde se les da instrucciones verbales; tercero, la auto guía manifiesta donde el niño ejecuta la tarea y verbaliza las instrucciones; cuarto, la auto guía manifiesta atenuada, el niño aquí ya no verbaliza, se susurra para sí mismo y finalmente se da la auto instrucción encubierta el niño se guía por lo que aprendió (p.22).

- Economía de Fichas

- Alvord (1974 citado por (Soler Franklin & Herrera Johanna, 2009) “definen la economía de fichas como una técnica motivacional que tiene el objetivo de lograr la modificación de conducta y mejorar su convivencia en el hogar, escuela y a nivel social” (p.374).

Los autores (Ruiz Ángeles, Villalobos Arabella & Díaz Marta, 2012, pág. 178) consideran la economía de fichas como un programa de contingencias que mezcla principios de reforzamiento y castigo, donde inicia primero el procedimiento básico que consiste en entregar un reforzador que puede ser fichas o stickers tras la emisión de una

conducta deseable y se retira el reforzador cuando la conducta es inadecuada. Este proceso debe contener cuatro componentes, primero la lista de conductas a modificar, segundo la instrucción clara del número de fichas que pueden lograr por cada comportamiento, tercero la lista de reforzadores por los que se pueden combinar por fichas o puntos y cuarto las normas claras del programa.

Según (Ruiz Ángeles, Villalobos Arabella & Díaz Marta, 2012, p.264) refieren que la respiración es “un proceso importante en la regulación de la actividad metabólica del organismo, este consta de las siguientes fases: primero la inspiración, segundo la pausa inspiratoria donde entra el O₂ y sale CO₂, expiración y finalmente la pausa espiratoria.

Según (2009 citado por Angeles & Diaz, p.292) manifiestan que el entrenamiento de habilidades sociales es un “tratamiento cognitivo conductual donde se busca a través de la técnica mejorar sus relaciones interpersonales, comunicación ya que esto está asociado a dificultades emocionales y de adaptación.

- Variable dependiente: Trastorno de déficit de atención e hiperactividad

Grau & Presentación (2011 citado por (Fiuza Ascorey Maria & Fernandez Fernandez Maria , 2014). Define el TDAH “Trastorno de tipo psicopatológico con presencia de hiperactividad, impulsividad en los primeros años de vida y mientras que en la adolescencia o en la edad adulta los problemas son la inatención y la desorganización conductual (p.259).

Según (Soutillo Esperon Cesar & Diez Duarez Cesar, 2007) manifiesta la definición del TDAH como “un trastorno psiquiátrico que afecta a las siguientes etapas de desarrollo niño, adolescente y adultos trayendo problemas o dificultades en la atención, además presentan

movimientos exagerados y no pueden inhibir o frenar sus pensamientos y esto se desencadena en la impulsividad” (p.33).

Diversos autores definen cada uno de estos tres componentes o características del TDAH (Soutillo Esperon Cesar & Diez Duarez Cesar, 2007, p. 35); primero la atención, los afectados con este trastorno tienen problemas para sostener o mantener su foco de atención en una misma actividad durante un rango de tiempo, esto puede traer como consecuencia dificultades en el aprendizaje o desarrollo escolar porque se distraen ante cualquier estímulo u pierden objetos personales. Además, les imposibilita alcanzar sus objetivos de acuerdo con su edad cronológica. A nivel de la hiperactividad estos niños están moviéndose constantemente, no permanecen sentados en su sitio o en cualquier lugar, en su colegio les dificulta terminar una sesión de clases y comienzan a molestar a sus compañeros. A medida que van creciendo disminuye la hiperactividad, pero hay una posibilidad de que las personas afectadas sean nerviosas trayendo problemas en su desarrollo social o emocional. Con respecto a la impulsividad, presenta dificultad para controlar sus emociones y modular sus respuestas; actúan sin pensar en las consecuencias, dificultad para esperar su turno y requieren mejorar su nivel de tolerancia y flexibilidad (p.36).

Orjales (2000) en su revista científica sobre el tratamiento cognitivo en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad en España, describe el modelo neuropsicológico de Barkeley para el TDAH Berkeley (1997) encontrando el planteamiento de cuatro funciones ejecutivas que están alteradas o dañadas para el niño. Primero, la acción de la memoria de trabajo o memoria de trabajo no verbal; este afecta en un niño con TDAH en la interpretación de los estímulos de forma retrospectiva, y la capacidad de previsión. Además altera el nivel de la

conciencia y el manejo del tiempo, afecta a la capacidad de imitación de las conductas modelos o a la instauración de nuevas conductas. Segundo, el habla auto dirigida o encubierta (o memoria de trabajo verbal), el niño con TDAH presenta una dificultad con una mayor intensidad para regular su conducta donde se observa escaso autocontrol y autoconocimiento. Tercero, el control de la motivación, las emociones y el estado de alerta, los niños que presentan el TDAH tienden a manifestar todas sus emociones, sin poder gestionar con la misma madurez de un niño de su edad, donde los síntomas son la dificultad para controlar sus impulsos. Cuarto, el autor nos refiere del proceso de reconstrucción donde nos da a conocer que los niños que presentan TDAH carecen de flexibilidad cognitiva, la cual conlleva a una dificultad para analizar conductas aprendidas y la capacidad de resolver problemas (p.20).

1.3 Objetivos

- **Objetivo General**

Regular las conductas perturbadoras y la desatención del evaluado logrando un mejor desempeño escolar, desarrollo social y convivencia familiar.

- **Objetivos específicos**

- a. Incrementar el seguimiento de instrucciones a través del modelado.
- b. Mejorar su nivel de relación con su hermano, padres, profesora y pares a través de la economía de fichas logrando una educación emocional.
- c. Aprender a manejar sus emociones a través de las técnicas de relajación.
- d. Controlar su pensamiento antes de actuar a través del entrenamiento auto instruccional.
- e. Emplear las palabras mágicas o solicitar las cosas sin ejecutar violencia mediante la técnica de economía de fichas logrando reforzar las conductas positivas.

- f. Regular los niveles de moverse de un lugar a otro instaurando nuevas conductas
- g. Establecer contacto visual al momento de conversar a través del entrenamiento de habilidades sociales.
- h. Mejorar su capacidad de atención y comprensión para mejorar sus procesos de aprendizajes.

1.4 Justificación

En la actualidad es común encontrar niños con Trastorno con déficit de atención e hiperactividad, es una de las principales inquietudes de las investigaciones; en los centros educativos los docentes se preguntan cómo debo captar su atención y controlar su hiperactividad con estos niños. De ello surge el interés del profesor y los padres de familia por estudiar o enviar a un especialista al niño observando sus características y síntomas.

Por ello, se plantea un plan de intervención cognitiva conductual, en la que se trabajó con el evaluado, docente y padres de familia. La intervención se realizará con un total de 20 sesiones, con una duración por cada sesión de 45 minutos, con los objetivos específicos planteados en el plan de trabajo. Es importante recalcar que logrando los objetivos de intervención se mitiga las dificultades en las áreas de funcionamiento del niño a nivel escolar, social y familiar.

1.5 Impactos esperados del trabajo académico

Los logros que se esperan del niño a nivel familiar son que mejore su dinámica relacional con los integrantes de su familia y que el evaluado mejore su calidad de vida y se desarrolle de forma adecuada emocionalmente.

A nivel escolar se instaura las conductas básicas de imitación, concentración, atención y seguimiento de instrucciones para que pueda mejorar sus niveles de aprendizaje.

El impacto a nivel social es que encuentren herramientas de intervención y tengan un enfoque interdisciplinario.

II. Metodología

El estudio actual corresponde a una investigación de tipo aplicada (Kerlinger, 1975) con diseño de caso único (Hernández, Fernández y Baptista, 2015).

Informe de cada uno de los instrumentos aplicados

2.1. Informe del cuestionario de conducta de Connors para Padres forma abreviada.

• Datos de filiación

- Nombre y Apellidos : F.H.C
- Edad : 6 años
- Lugar y fecha de nac. : 10 de enero 2014
- Grado de instrucción : Inicial
- Derivado por : I.E. Estatal
- Distrito : SMP
- Persona responsable : Madre
- Fecha de entrevista : 10 de enero 2019
- Lugar de entrevista : Lima
- Terapeuta : Brenda Natividad Toribio

- **Análisis de los resultados**

El evaluado cuantitativamente obtiene una puntuación de 22 donde se sospecha de Trastorno de déficit de atención e hiperactividad.

Las conductas de interés de intervención que se encontraron son “es impulsivo e irritable, es más movido de lo normal, no puede mantenerse quieto, es destructor de sus juguetes, no acaba las cosas que empieza, se distrae fácilmente, tiene escasa atención y cambia bruscamente de estados de ánimo.”

2.2. Informe del cuestionario de conducta de Conners para Profesores (forma abreviada)

- **Datos de filiación**

- Nombre y Apellidos : F.H.C
- Edad : 6 años
- Lugar y fecha de nac. : 10 de enero 2014
- Grado de instrucción : Inicial
- Derivado por : I.E. Estatal
- Distrito : SMP
- Persona responsable : Madre
- Fecha de entrevista : 10 de enero 2019
- Lugar de entrevista : Lima
- Terapeuta : Brenda Natividad Toribio

- **Análisis de los resultados**

El evaluado cuantitativamente obtiene una puntuación de 25 donde es sospecha de Trastorno de déficit de atención e hiperactividad.

Las conductas de interés de intervención que se encontraron son: excesiva inquietud motora, se distrae fácilmente, tiene escasa atención, cambia bruscamente de estados de ánimo, intranquilo, siempre en movimiento, no termina las tareas que empieza, sus esfuerzos se frustran fácilmente.

2.3. Informe del test gestáltico visomotor de Bender para niños.

- **Datos de filiación**

- Nombre y Apellidos : F.H.C
- Edad : 6 años
- Lugar y fecha de nac. : 10 de enero 2014
- Grado de instrucción : Inicial
- Derivado por : I.E Estatal
- Distrito : SMP
- Persona responsable : Madre
- Fecha de entrevista : 10 de enero 2019
- Lugar de entrevista : Lima
- Terapeuta : Brenda Natividad Toribio

- **Análisis de los resultados**

El evaluado tiene 5 años, su edad maduracional es de 4,4 meses.

Edad Viso motriz: 4 años.

Indicadores emocionales: Falta de atención e impulsividad.

2.4. Informe del test Stanford Binet

- **Datos de filiación**

- Nombre y Apellidos : F.H.C
- Edad : 6 años
- Lugar y fecha de nac. : 10 de enero 2014
- Grado de instrucción : Inicial
- Derivado por : I.E Estatal
- Distrito : SMP
- Persona responsable : Madre
- Fecha de entrevista : 10 de enero 2019
- Lugar de entrevista : Lima
- Terapeuta : Brenda Natividad Toribio

- **Análisis de los resultados**

Su C.I. que presenta corresponde a la categoría normal promedio donde en la sub dimensión de comprensión verbal reconoce los dibujos y brinda información; en la dimensión viso espacial puede armar los cubos y rompecabezas, adecuado nivel de reconocimiento y localización de sus partes de su cuerpo. Requiere potencializar su nivel de atención, reconocimiento de semejanzas y diferencias y mejorar su fluidez del lenguaje verbal.

2.5. Informe de escala de madurez social de VINELND

- **Datos de filiación**

- Nombre y Apellidos : F.H.C
- Edad : 6 años
- Lugar y fecha de nac. : 10 de enero 2014
- Grado de instrucción : Inicial
- Derivado por : I.E Estatal
- Distrito : SMP
- Persona responsable : Madre
- Fecha de entrevista : 10 de enero 2019
- Lugar de entrevista : Lima
- Terapeuta : Brenda Natividad Toribio

- **Análisis de los resultados**

El evaluado presenta una edad social normal inferior de acuerdo a su edad cronológica.

INFORME PSICOLOGICO INTEGRADO

- **Datos de filiación**

- Nombre y Apellidos : F.H.C
- Edad : 6 años
- Lugar y fecha de nac. : 10 de enero 2014
- Grado de instrucción : Inicial
- Derivado por : I.E Estatal
- Distrito : SMP
- Persona responsable : Madre
- Fecha de entrevista : 10 de enero 2019
- Lugar de entrevista : Lima
- Terapeuta : Brenda Natividad Toribio

- **Descripción del examinado**

El evaluado, es un niño de 6 años que aparenta su edad cronológica, es de estatura baja y contextura gruesa, pesa 30 kg. y tiene 1.20 cm de estatura. Es de tez clara, cabello corto color negro y liso, tiene ojos grandes y de color marrón oscuro. Se viste de acuerdo con la estación; con

pantalones jean, polera verde y zapatillas, manteniendo una higiene personal adecuada.

- **Observación de la conducta**

Durante la sesión, se muestra distraído e hiperactivo, se expresa con un volumen de voz bajo y poco fluido. Se muestra reacio a seguir instrucciones.

- **Motivo de Consulta**

Informe psicológico

- **Técnicas e instrumentos**

- Entrevista psicológica.
- Observación de conducta.
- Aplicación de cuestionarios.
- Escala de Madurez Social de Vineland
- Cuestionario de conducta de Conners para profesores forma abreviada.
- Cuestionario de conducta de Conners para Padres forma abreviada.
- Test de Inteligencia Stanford Binet
- Test Visomotor de Bender

- **Análisis e interpretación de los resultados**

A nivel de inteligencia

El CI que presenta corresponde a la categoría normal promedio donde en la sub dimensión de comprensión verbal reconoce los dibujos y brinda información; en la dimensión visoespacial puede armar los cubos y rompecabezas, adecuado nivel de reconocimiento y localización de sus

partes de su cuerpo. Requiere potencializar su nivel de atención, reconocimiento de semejanzas y diferencias y mejorar su fluidez del lenguaje verbal.

A nivel de la Madurez social

El evaluado presenta una edad social normal inferior de acuerdo a su edad cronológica.

A nivel de habilidades emocionales

El evaluado expresa sus sentimientos y emociones. Frente a ciertas situaciones críticas muestra ira, llanto y se puede tornar manipulador.

A nivel familiar

El evaluado vive en casa con sus padres, pasa mayor tiempo con la madre; se observa una relación armónica y estable. Se sugiere reforzar los límites en casa con los hijos.

A Nivel de madurez para el aprendizaje

- Motricidad : Habilidad para el dominio de la motricidad fina (coge adecuadamente el lápiz).
- Coordinación visomotora: Utiliza de manera simultánea el ojo, mano, dedos como por ejemplo: rasgar, cortar, pintar, colorear, escribir y agrupar objetos.
- Tonicidad muscular : Adecuado.
- Lenguaje: Requiere potenciar su nivel de lenguaje verbal en la vocalización.
- Atención – concentración : Escasa atención
- Lateralidad: Integra el contacto sensorial de su cuerpo con el ambiente y reconoce su lateralidad.
- Esquema corporal: Reconoce rápidamente las partes de su cuerpo y la denominación de las mismas.

- Noción espacial: Habilidad para distinguir de manera rápida la ubicación en el espacio y tiempo.

- **Conclusiones**

El evaluado presenta indicadores de Trastorno con déficit de atención e Hiperactividad.

- **Recomendaciones**

- ✓ Técnicas de atención y concentración
- ✓ Psi coeducación a los padres
- ✓ Terapia de Lenguaje.
- ✓ Habilidades sociales
- ✓ El psicólogo debe brindar psi coeducación al docente.

- **Intervención Psicológica**

Tabla 5

Sesiones de la Intervención cognitivo conductual en F.H.C

N° Sesiones	Técnica	Objetivo	Resultados	Tarea
1	Entrevista y aplicación.	Recabar información y aplicar el pre test.	Diagnóstico	Registro 1
2	Entrenamiento autoinstruccional	Enseñar la habilidad de controlar sus impulsos.	Reducción de su nivel de impulsividad.	Registro 2
3	Entrenamiento autoinstruccional	Mejorar su capacidad de concentración.	Aumento de su capacidad de concentración y razonamiento	Registro 3
4	Entrenamiento autoinstruccional	Pensar antes de actuar	Redujo su impulsividad	Registro 4
5	Entrenamiento en resolución de problemas	Lograr reconocer y definir un problema interpersonal	Genero soluciones alternativas.	Si me porto mal, me quitan

				la Tablet...
6	Atención selectiva o mantenida.	Mejorar la capacidad de atención.	Puede concentrarse al momento de realizar su tarea.	Laberintos
7	Tiempo fuera de razonamiento.	Lograr que el niño pueda tener un tiempo en el que se pueda relajar su cuerpo y que realice actividades diferentes en la sesión o en la casa para que pueda controlar el mismo su conducta.	Controlar su impulsividad.	Registro 7
8	Role playing	Desarrollar sus habilidades sociales.	Respetar a sus compañeros	Registro 8
9	Respiración y relajación	Controlar sus emociones	Disminución de los berrinches	Registro 9
10	Utilización de órdenes verbales auto dirigidas	Estimular la discriminación visual y las tareas perceptivas motoras.	Se instauró la capacidad de identificar las diferencias, similitudes etc.	Registro 10
11	Evaluación del tratamiento	Aplicar las escalas de observación.	Disminución de las conductas disruptivas.	Registro 11
12	Entrenamiento de atención en focalización de atención.	Potencializar la discriminación visual	Identificó y diferenció figuras, discriminó la figura y fondo.	Registro 12
13	Entrenamiento de atención en focalización de atención.	Potencializar su nivel de coordinación viso motora	Controló los objetos con precisión.	Pintar y señalar.
14	Entrenamiento de atención en focalización de atención.	Mejorar su orientación viso espacial.	Se orientó en 2 dimensiones	Registro 14
15	Educación emocional	Trabajar sus necesidades socioemocionales	Identifica la tristeza y desarrolla un nivel de empatía con su hermano.	Registro 15
16	Entrenamiento de atención en focalización de	Mejorar su Organización viso motora	Reproducción de patrones. Composición de figuras	Registro 16

	atención.		planas.	
17	Educación emocional	Trabajar sus necesidades socioemocionales.	Identifica la alegría y lo expresa con su familia.	Registro 17
18	Entrenamiento de atención en focalización de atención.	Mejorar su organización visual	Discriminación de recorridos de itinerarios	Registro 18
19	Educación emocional	Mejorar su organización visual	Identifica el miedo y aprende a tolerar.	Registro 19
20	Aplicación del post test	Recopilar datos importantes sobre la efectividad del tratamiento.	Evaluación cuantitativa.	Registro 12

Elaboración: fuente propia

• Intervención Psicológica

Tabla 6

Sesiones de la Intervención cognitivo con los padres de familia.

N ^a sesiones	Técnica	Objetivo	Resultados	Tarea
1	Entrevista	Obtener más información sobre la condición del niño.	Diagnóstico	Registro 1
2	Psicoeducación	Informar sobre el desarrollo y mantenimiento del problema. Explicar el tipo de tratamiento a desarrollar	Análisis funcional	Registro 2
3	Psicoeducación	Establecer conductas de planificación y organización con los integrantes de la familia en casa.	Horario de Rutinas	Registro 3
4	Psicoeducación	Potenciar la autonomía del niño.	El niño ya se viste solo.	Registro 4
5	Reestructuración	Identificar creencias irracionales para	Disminución de creencias	Registro 5

	cognitiva familiar.	cambiar por creencias racionales.	irracionales.	
6	Psicoeducación	Enseñar cómo debe reforzar de manera positiva las conductas adecuadas y el manejo de la coherencia cuando se da la aplicación de castigos.	Instauración de conductas positivas en el niño.	Registro 6
7	Economía de fichas	Establecer las normas y rutinas con el niño.	Instauración de la conducta de pedir las cosas utilizando las palabras mágicas, de dejar de prender el televisor cada vez que llega a casa del colegio.	Registro 7
8	Autoevaluación	Realizar una evaluación de las conductas positivas y las que tiene que mejorar todavía el niño.	Post test	Registro 8

Elaboración: fuente propia

• Intervención Psicológica

Tabla 7
Sesiones de la Intervención cognitivo con la docente.

N ^a sesiones	Objetivo	Técnica	Resultados	Tarea
1	Brindar información del programa cognitivo conductual como método de ayuda.	Psicoeducación	Involucramiento en el tratamiento	Registros 1
2	Sensibilizar y concientizar al docente a mejorar al alumno en su conducta.	Psicoeducación de la economía de ficha en el salón	Mantenerse sentado en clase	Registro 2
3	Reforzar al niño por la ejecución de actividades en el aula.	Reforzadores sociales	El niño termina la tarea en el aula	Registro 3

Elaboración: fuente propia

III. Resultados

A continuación, se presenta el análisis obtenido de la entrevista, la aplicación de pruebas psicológicas, el listado de conductas problema y el análisis cognitivo adecuado para el caso del paciente menor de edad con trastorno de déficit de atención e hiperactividad.

Tabla 8

Registro Línea de Base: registro semanal de frecuencia y duración de las conductas problema.

Conductas	L	M	MK	J	V	S	D	Total
No sigue instrucciones	5	4	4	5	4	4	4	30
Berrinches o pataletas	5	5	8	4	5	5	5	37
Pelea con el Hermano	1	1	1	1	1	2	0	7
Impulsividad	5	5	4	6	4	4	2	30
Desatención	7	6	7	6	8	4	2	40
Pide las cosas sin emplear palabras mágicas	2	3	3	2	3	2	0	15
Se mueve de un lugar a otro	8	5	7	5	6	7	2	40
Se para de su asiento	8	5	5	5	4	8	0	35
No establece contacto visual al hablar	2	3	3	2	2	2	2	17
Prende el televisor al momento de almorzar	2	1	1	1	2	0	0	7

Elaboración: fuente propia

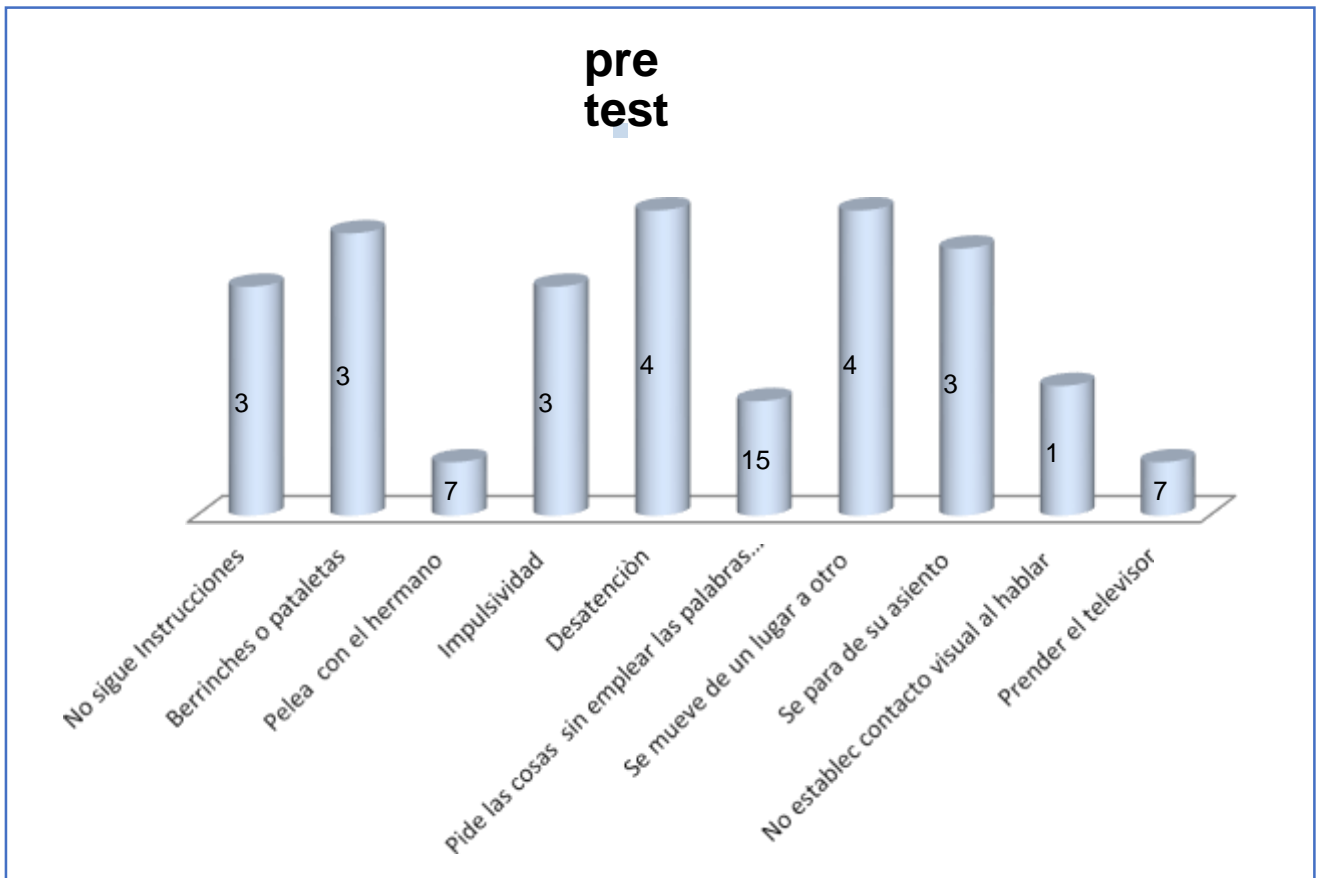


Gráfico 1. Línea base

Tabla 9

Registro de Línea de Tratamiento y Seguimiento de Conductas en intervención.

Conductas	S-1	S-3	S-5	S-7	S-9	S-11	S-13	S-15	S-17
No sigue instrucciones	29	26	2	2	2	20	1	15	10
Berrinches o pataletas	37	36	6	5	3	26	7	18	15
Pelea con el Hermano	6	6	1	1	1	0	1	0	2
Impulsividad	30	30	28	27	22	17	16	15	10
Desatención	40	40	37	35	30	28	25	17	15
Pide las cosas sin emplear palabras mágicas	13	10	9	9	7	6	5	4	2

Se mueve de un lugar a otro	40	40	37	35	35	27	25	22	20
Se para de su asiento	33	33	30	27	24	18	12	10	5
No establece contacto visual al hablar	17	17	17	13	12	11	10	9	8
Prende el televisor al momento de almorzar	6	5	4	3	2	2	2	2	1

Elaboración: fuente propia.

Registro de Línea de Tratamiento y Seguimiento.

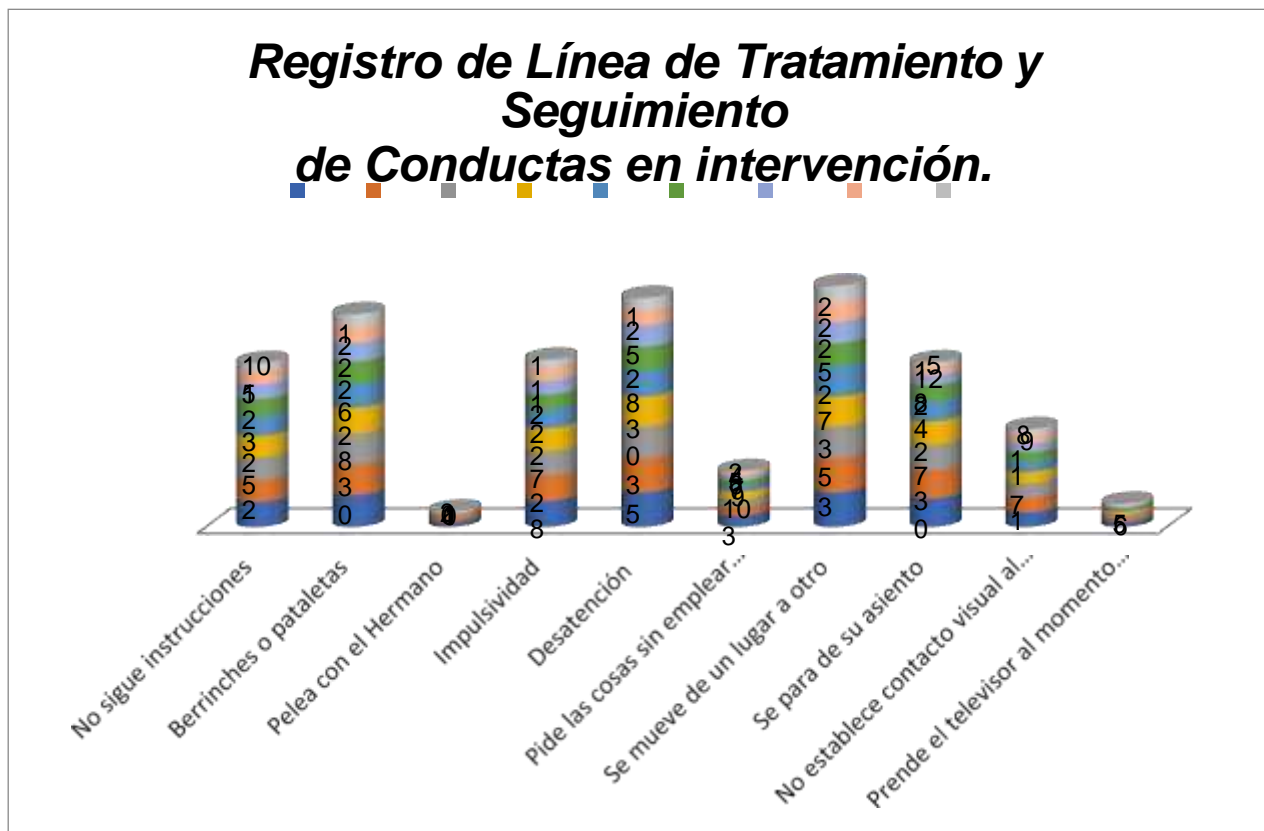


Gráfico 2. Registro de Tratamiento y Seguimiento de Conductas

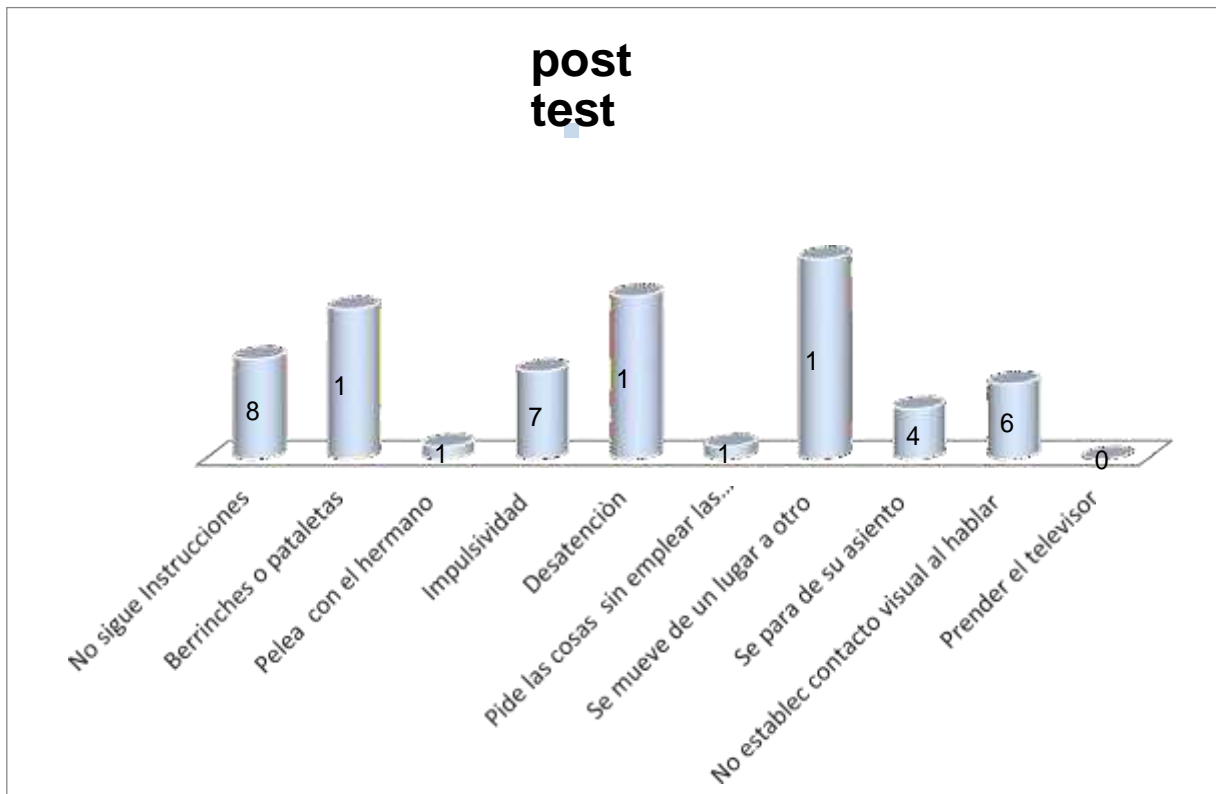


Gráfico 3. Resultados de post test

Comparativo de las tres fases

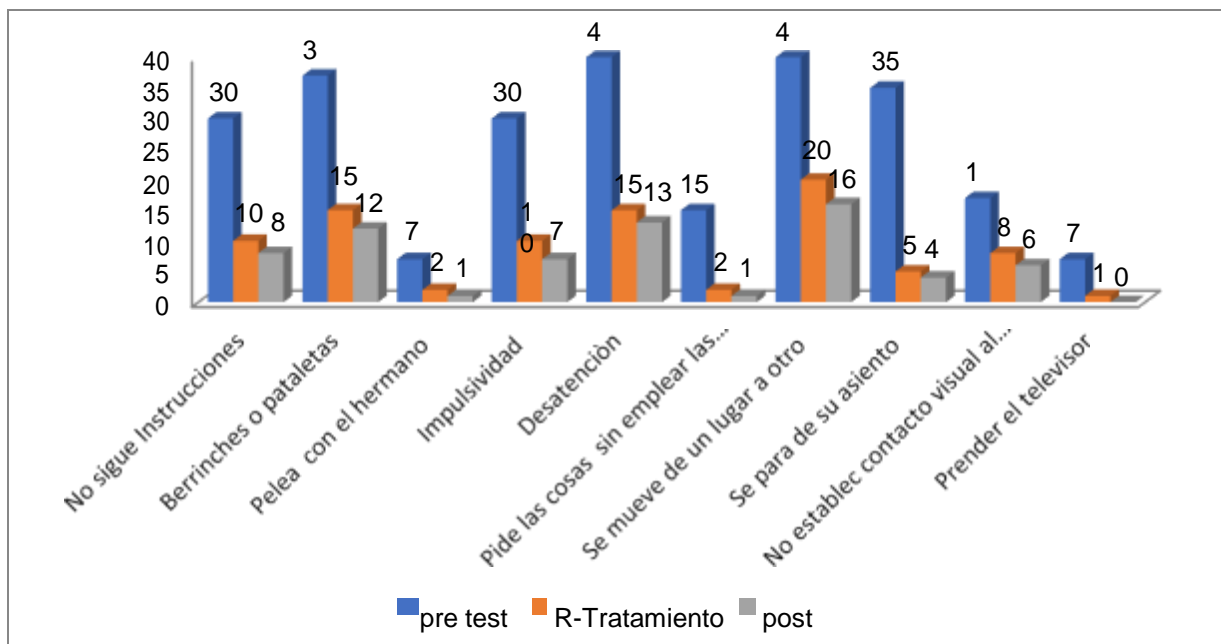


Gráfico 4. Comparativo del pre test, tratamiento y post test

IV. Conclusiones

- El tratamiento cognitivo conductual ha mostrado ser eficaz en el tratamiento con niños con TDAH.
- Las conductas de exceso se lograron disminuir; como, por ejemplo, pegar al hermano, los berrinches, levantarse del asiento y caminar de un lugar a otro.
- Se logró mejorar o potencializar sus niveles de atención y comprensión logrando mejorar su fluidez verbal.
- Se instauró las conductas de seguimiento de instrucciones, se mejoró sus habilidades sociales logrando una relación adecuada con sus entornos familia, escuela y pares.

V. Recomendaciones

- En cuanto al evaluado, se recomienda que se realice una evaluación de seguimiento al cabo de seis meses, donde se debe evaluar el porcentaje de las conductas por exceso.
- Debe seguir utilizándose el tratamiento cognitivo conductual.
- Se debe seguir realizando la psicoeducación a los padres de familia y al docente.
- Se debe seguir revisando la bibliografía relacionado al abordaje cognitivo conductual.

VI. Referencias

- American Psychiatric Association (APA) (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5ª edición) DSM-V. Washington: American Publishing.
- Aranibar, L. (2012). Déficit de atención e hiperactividad en alumnos del nivel primario en una escuela del distrito de Ventanilla (Tesis inédita de maestría). Universidad San Ignacio de Loyola, Ventanilla.
- Barrios, G. (2015). La importancia del diagnóstico. (tesis de maestría, Universidad de Lima). Recuperado de <https://core.ac.uk/download/pdf/127438431.pdf>
- Echegaray, I & Urquieta, L. (2013). Programa de Intervención cognitivo conductual para niños. Universidad Católica de Santa María, Arequipa. Recuperado de [:https://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/handle/UCSM/3777](https://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/handle/UCSM/3777)
- Fiuza, M & Fernandez, M. (2014). Trastornos por déficit de atención y el comportamiento perturbador. España: Piramide.
- Ochoa García, C (2010). Programa de intervención pedagógica en niños hiperactivos. (Tesis Doctoral, Universidad autónoma de Madrid). Recuperado: <https://C:/Users/Grlima/Downloads/Dialnet-v-3924072.pdf>
- Orjales Villar, I. (2007). *El tratamiento cognitivo en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad TDAH*. España :Anuario de Psicología Clínica y de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. CIE 10: *Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades; Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor.
- Quintero, J., Martín, M., & Alcindor, P. (2016). Prevención en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad. España: Rev Neurol
- Ruiz, A., Villalobos, A. & Díaz, M. (2012). Manual de técnicas de intervención cognitivo conductual. España: Desclée De Brouwer.

Soler, F. & Herrera, J. (2009). Programa de economía de fichas en el hogar. Colombia: Diversitas.

Según, D. (2009). Estudio de los factores de riesgo asociado al trastorno por déficit de atención e hiperactividad. (Tesis de doctorado, Universidad Miguel Hernández) Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=139735>

Soutillo ,C. & Diez,C. (2007). *Manual de Diagnostico del tratamiento del TDAH* . Madrid: Panamericana .

Urquia, E. &. (30 de octubre de 2013). Estudio de la intervencion cognitivo conductual en niños con TDAH. Recuperado: <https://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/handle/UCSM/3777>

VII. ANEXOS

2

Questionario de conducta de CONNERS para Padres
 (C.C.I.; Parent's Questionnaire, C. Keith Conners). Forma abreviada.

Marzo 2019

ÍNDICE DE HIPERACTIVIDAD PARA SER VALORADO POR LOS PADRES				
	Nada	Poco	Bastante	Mucho
1. Es impulsivo, irritable.				X
2. Es llorón/a.			X	
3. Es más movido de lo normal.				X
4. No puede estarse quieto/a.				X
5. Es destructor (ropas, juguetes, otros objetos).				X
6. No acaba las cosas que empieza				X
7. Se distrae fácilmente, tiene escasa atención.				X
8. Cambia bruscamente sus estados de ánimo.				X
9. Sus esfuerzos se frustran fácilmente.			X	
10. Suele molestar frecuentemente a otros niños.	X			
TOTAL.....	0	0	4	21

*o.p. 6 años
mucho*

= 22

Instrucciones:

- Asigne puntos a cada respuesta del modo siguiente:

NADA = 0 PUNTOS.
 POCO = 1 PUNTO.
 BASTANTE = 2 PUNTOS.
 MUCHO = 3 PUNTOS

- Para obtener el **Índice de Déficit de Atención con Hiperactividad** sume las puntuaciones obtenidas.

- Puntuación:

Para los **NIÑOS** entre los 6 – 11 años: una puntuación >16 es **sospecha** de DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD.

Para las **NIÑAS** entre los 6 – 11 años: una puntuación >12 en Hiperactividad significa **sospecha** de DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD.

Marzo 2019 3

CUESTIONARIO DE CONDUCTA EN LA ESCUELA
(C.C.E.; Teacher's Questionnaire, C. Keith Conners). Forma abreviada.

20-03-19

Utilizar este cuestionario para obtener una descripción de las conductas de los alumnos. Los datos obtenidos deben trasladarse a la tabla diagnóstica del DSM-IV.

0 1 2 3

Descriptores	Nada	Poco	Bastante	Mucho
1. Tiene excesiva inquietud motora.				X
2. Emite sonidos molestos en situaciones inapropiadas.		X		
3. Exige inmediata satisfacción de sus demandas				X
4. Se comporta con arrogancia, es irrespetuoso.		X		
5. Tiene explosiones impredecibles de mal genio.				X
6. Es susceptible, demasiado sensible a la crítica.				X
7. Se distrae fácilmente, escasa atención.				X
8. Molesta frecuentemente a otros niños.		X		
9. Está en las nubes, ensimismado.				X
10. Tiene aspecto enfadado, huracán.				X
11. Cambia bruscamente sus estados de ánimo			X	
12. Discute y pelea por cualquier cosa.				X
13. Tiene actitud tímida y sumisa ante los adultos.			X	
14. Intranquilo, siempre en movimiento.				X
15. Es impulsivo e irritable.				X
16. Exige excesivas atenciones del profesor.			X	
17. Es mal aceptado en el grupo.		X		
18. Se deja dirigir por otros niños.		X		
19. No tiene sentido de las reglas del "juego limpio".				X
20. Carece de aptitudes para el liderazgo.				X
21. No termina las tareas que empieza.				X
22. Su conducta es inmadura para su edad.			X	
23. Niega sus errores o culpa a los demás.		X		
24. No se lleva bien con la mayoría de sus compañeros.		X		
25. Tiene dificultad para las actividades cooperativas.			X	
26. Sus esfuerzos se frustran fácilmente, es inconstante.			X	
27. Acepta mal las indicaciones del profesor.				X
28. Tiene dificultades de aprendizaje escolar.				X

7 12 45 = 64

Cuestionario de conducta de CONNERS para PROFESORES
(C.C.E.; Teacher's Questionnaire, C. Keith Conners). Forma abreviada

20-03-19

ÍNDICE DE HIPERACTIVIDAD PARA SER VALORADO POR LOS PROFESORES				
	Nada	Poco	Bastante	Mucho
1. Tiene excesiva inquietud motora.				X
2. Tiene explosiones impredecibles de mal genio.			X	
3. Se distrae fácilmente, tiene escasa atención.				X
4. Molesta frecuentemente a otros niños.		X		
5. Tiene aspecto enfadado, huraño.				X
6. Cambia bruscamente sus estados de ánimo.			X	
7. Intranquilo, siempre en movimiento.				X
8. Es impulsivo e irritable.			X	
9. No termina las tareas que empieza.				X
10. Sus esfuerzos se frustran fácilmente.				X
TOTAL.....	0	1	6	12

-25

Instrucciones:

- Asigne puntos a cada respuesta del modo siguiente:

NADA = 0 PUNTOS.
 POCO = 1 PUNTO.
 BASTANTE = 2 PUNTOS.
 MUCHO = 3 PUNTOS

- Para obtener el **Índice de Déficit de Atención con Hiperactividad** sume las puntuaciones obtenidas.
- Puntuación:

Para los **NIÑOS** entre los 6 – 11 años: una puntuación >17 es **sospecha** de DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD.

Para las **NIÑAS** entre los 6 – 11 años: una puntuación >12 en Hiperactividad significa **sospecha** de DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD.

7

MIGUEL A. B. 2019

Cuestionario de conducta de CONNERS para Padres
(C.C.I.; Parent's Questionnaire, C. Keith Conners). Forma abreviada.

ÍNDICE DE HIPERACTIVIDAD PARA SER VALORADO POR LOS PADRES				
	Nada	Poco	Bastante	Mucho
1. Es impulsivo, irritable.	X			
2. Es llorón/a.			X	
3. Es más movido de lo normal.			X	
4. No puede estar quieto/a.			X	
5. Es destructor (ropas, juguetes, otros objetos).			X	
6. No acaba las cosas que empieza.		X		
7. Se distrae fácilmente, tiene escasa atención.			X	
8. Cambia bruscamente sus estados de ánimo.		X		
9. Sus esfuerzos se frustran fácilmente.	X			
10. Suele molestar frecuentemente a otros niños.	X			
TOTAL.....	0	2	10	12

Instrucciones:

- Asigne puntos a cada respuesta del modo siguiente:

NADA = 0 PUNTOS.
 POCO = 1 PUNTO.
 BASTANTE = 2 PUNTOS.
 MUCHO = 3 PUNTOS

- Para obtener el **Índice de Déficit de Atención con Hiperactividad** sume las puntuaciones obtenidas.

- Puntuación:

Para los **NIÑOS** entre los 6 - 11 años: una puntuación >16 es **sospecha** de DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD.

Para las **NIÑAS** entre los 6 - 11 años: una puntuación >12 en Hiperactividad significa **sospecha** de DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD.

8
 No. 119.614
 2014

CUESTIONARIO DE CONDUCTA EN EL HOGAR
 (C.C.I.; Parent's Questionnaire, C. Keith Conners). Forma abreviada.

Utilizar este cuestionario para obtener una descripción de las conductas de los alumnos. Los datos obtenidos deben trasladarse a la tabla diagnóstica del DSM-IV.

Descriptor	Nada	Poco	Bastante	Mucho
1. Se manosea los dedos, uñas, pelo, ropa.	X			
2. Trata irrespetuosamente a personas mayores.	X			
3. Tiene dificultad para hacer o mantener amistades.	X			
4. Es impulsivo, irritable.			X	
5. Quiere controlar y dirigir en cualquier situación.	X			
6. Se chupa el dedo, la ropa o las mantas.	✓			
7. Es llorón.			X	
8. Es desgarbado en su porte externo.	X			
9. Está en las nubes, ensimismado.			✓	
10. Tiene dificultad para aprender.		✓		
11. Es más movido de lo normal.		✓		
12. Es miedoso.				X
13. No puede estarse quieto.			X	
14. Es destructor (ropas, juguetes, otros objetos).		✓		
15. Es mentiroso.	✓			
16. Es retraído, tímido.			✓	
17. Causa más problemas que otro de su misma edad.		X		
18. Su lenguaje es inmaduro para su edad.				✓
19. Niega sus errores o echa la culpa a otros.	✓			
20. Es discudidor.	✓			
21. Es huraño, coge berrinches.			X	
22. Roba cosas o dinero en casa o fuera.	✓			
23. Es desobediente; obedece con desgana.			X	
24. Le preocupa excesivamente estar solo, la enfermedad.	✓			
25. No acaba las cosas que empieza.			X	

CUESTIONARIO DE CONDUCTA EN EL HOGAR (Continuación)

(C.C.I.; Parent's Questionnaire, C. Keith Conners). Forma abreviada.

No. 015/2019

Descriptores	Nada	Poco	Bastante	Mucho
26. Es susceptible, se "pica" fácilmente.			x	
27. Tiende a dominar, es un "matón".	x			
28. Hace movimientos repetitivos durante ratos.	x			
29. Es a veces cruel con los animales o niños pequeños.	x			
30. Pide ayuda y seguridad como si fuese más pequeño.		x		
31. Se distrae fácilmente, escasa atención.		x		
32. Le duele la cabeza frecuentemente.	x			
33. Cambia bruscamente sus estados de ánimo.		x		
34. No acepta restricciones o reglamentos, desobediente.		x		
35. Se pelea con mucha frecuencia por cualquier motivo.		x		
36. No se lleva bien con sus hermanos.	x			
37. Sus esfuerzos se frustran fácilmente, es inconstante.	x			
38. Suele molestar frecuentemente a otros niños.	x			
39. Habitualmente es un niño triste.		x		
40. Tiene poco apetito, caprichoso con las comidas.	x			
41. Se queja de dolores de vientre.	x			
42. Tiene trastornos de sueño.	x			
43. Tiene otros tipos de dolores.	x			
44. Tiene vómitos con cierta frecuencia.	x			
45. Se siente marginado o engañado en su familia.	x			
46. Suele ser exagerado, "fardón".		x		
47. Deja que le manipulen o abusen de él.			x	
48. No controla bien el pis o tiene dificultades de defecación.	x			

0 7 4 =12

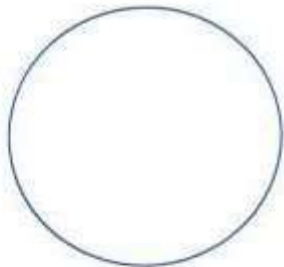
**ESCALA DE INTELIGENCIA DE STANFORD - BINET
PROTOCOLO DE RESPUESTAS**

Superior 10
NO seguir
F-10

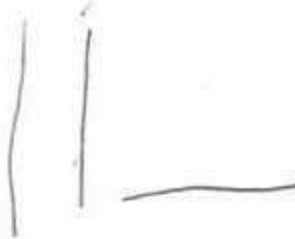
Nombre: Fernando Fecha de la prueba:
 Instrucción: Sexo: Fecha de nacimiento:
 Examinador: Edad: 5

AÑO II (6 tests x 1 ó 4 x 1 ½)		AÑO II-6 (6 tests x 1 ó 4 x 1 ½)	
1. Tablero de formas. (1)	(✓)	1. Identificar objetos por su uso. (3)	(✓)
2. Respuesta diferida. (2)	(✓)	2. Identificar partes del cuerpo. (6)	(✓)
3. Partes del cuerpo. (4)	(✓)	3. Nombrar objetos. (5)	(✓)
4. Torre de bloques. (4)	(✓)	4. Vocabulario de imágenes. (8)	(✓)
5. Vocabulario de imágenes. (3)	(✓)	5. Repetir dos dígitos. (1)	(✓)
6. Combinación de palabras. (2)	(✓)	6. Obedecer ordenes sencillas. (2)	(✓)
PS.: Identificar objetos por su nombre. (5)	()	PS.: Tablero de formas invertido (2)	()
AÑO III (6 tests x 1 ó 4 x 1 ½)		AÑO III-6 (6 tests x 1 ó 4 x 1 ½)	
1. Ensayado de cuentas. 2' (4)	()	1. Comparación de pelotas (3 de 3 ó 5 de 6)	(✓)
2. Vocabulario de imágenes. (10)	(✓)	2. Paciencia: Figuras (1)	(✓)
3. Puente de cubos. (4)	(✓)	3. Discriminar figuras de animales (4)	(✓)
4. Memoria de imágenes. (1)	(✓)	4. Describir grabado: Nivel I (2)	(✓)
5. Copiar un círculo. (1)	(✓)	5. Clasificar botones. 2' (1)	(✓)
6. Dibujar una línea vertical. (1)	(✓)	6. Comprensión I (1)	(✓)
PS.: Repetir tres dígitos. (1)	()	PS.: Comparar palitos (3 de 3 ó 5 de 6)	()
AÑO IV (6 tests x 1 ó 4 x 1 ½)		AÑO IV-6 (6 tests x 1 ó 4 x 1 ½)	
1. Vocabulario de imágenes. (14)	(✓)	1. Comparaciones estéticas (3)	(✓)
2. Nombrar objetos de memoria. (2)	(X)	2. Analogías opuestas II (3)	(✓)
3. Analogías opuestas II (2)	(✓)	3. Semejanzas/Diferencias de figuras II (3)	(X)
4. Identificar imágenes. (3)	(✓)	4. Materiales (2)	(✓)
5. Discriminación de formas (8)	(✓)	5. Tres encargos (3)	(+)
6. Comprensión II (2)	(✓)	6. Comprensión III (1)	(✓)
PS.: Memoria de frases II (1)	()	PS.: Identificar imágenes (4)	()
AÑO V (6 tests x 1 ó 4 x 1 ½)		AÑO VI-6 (6 tests x 1 ó 4 x 1 ½)	
1. Completar dibujo de hombre. (2)	()	1. Vocabulario (6)	()
2. Doblar papel: Triángulo ()	()	2. Diferencias (2)	()
3. Definiciones (2)	()	3. Figuras incompletas (4)	()
4. Copiar un cuadrado (1)	()	4. Concepto de número (4)	()
5. Semejanzas/Diferencias de figuras II (9)	()	5. Analogías opuestas II (3)	()
6. Paciencia: Rectángulo en dos (2)	()	6. Recorrer un laberinto (2)	()
PS.: Nudo I ()	()	PS.: Describir grabado: Nivel II (2)	()
AÑO VII (6 tests x 2 ó 4 x 3)		AÑO VIII (6 tests x 2 ó 4 x 3)	
1. Figuras absurdas I (4)	()	1. Vocabulario (8)	()
2. Semejanzas entre dos cosas (2)	()	2. Memoria de cuentos (5)	()
3. Copiar un rombo (1)	()	3. Absurdos verbales II (3)	()
4. Comprensión IV (3)	()	4. Semejanzas y diferencias I (3)	()
5. Analogías opuestas III (2)	()	5. Comprensión IV (4)	()
6. Repetir 5 dígitos. (1)	()	6. Nombrar días (orden correcto + 2)	()
PS.: Repetir tres dígitos al revés (1)	()	PS.: Interpretar situaciones I (2)	()

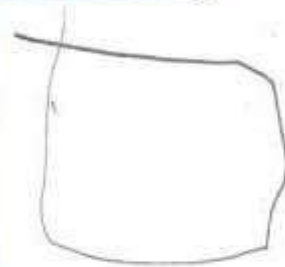
**COPIAR UN CIRCULO
(III.5)**



**DIBUJAR EN LINEA VERTICAL
(III.6)**



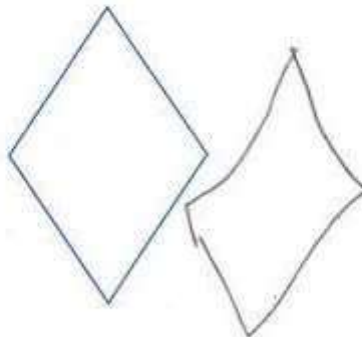
**COPIAR UN CUADRADO
(V.4)**



**COMPLETAMIENTO DE UN
DIBUJO DE HOMBRE (V.1)**



**COPIAR UN ROMBO
(VIII.3)**



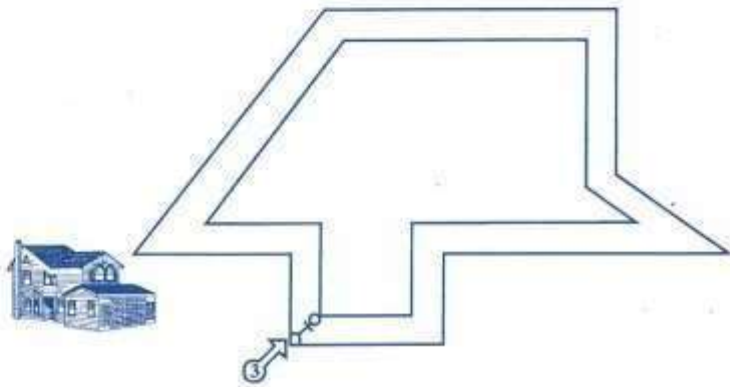
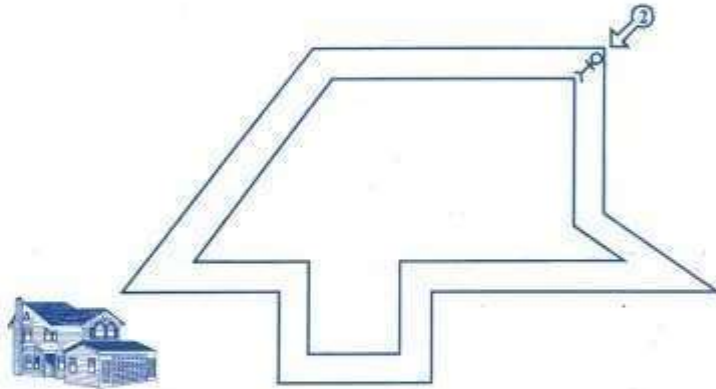
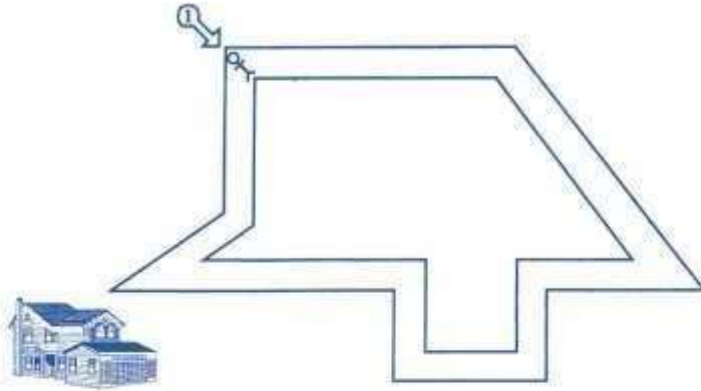
**MEMORIA DE DIBUJOS I, II
(IX.3: XI.1: XII.PS)**

PERFIL DE RESULTADOS DE LA ESCALA DE INTELIGENCIA STANFORD - BINET

- INSTRUCCIONES: 1. Trazar una línea roja vertical a través de la edad base.
 2. Encerrar en un círculo rojo todas las pruebas aprobadas por el examinado, más allá de la línea base.

	2	2-6	3	3-6	4	4-6	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	AM	ASI	ASII	ASIII
COMPRESION GENERAL	3	2		6	4	4			2	4	PS		6	3		6	7	6	3	2
		6			6	6				5								PS	5	
						PS				PS										
HABILIDAD VISOMOTORA	1	PS	1	5			1	6	3		1	2			PS		PS			PS
	4		3				2													
			5				4													
			6				PS													
RAZONAMIENTO MATEMÁTICO									4			5				2	2	2	4	5
																4	4			
MEMORIA Y CONCENTRACIÓN	2	5	4		2	5			6	2	3	6	1	4	3			4	6	6
			PS		PS				PS	6	6		4	PS	6					
													5							
VOCABULARIO Y FLUIDEZ VERBAL	5	3	2	4	1		3	1		1	4	1	3	1	2		1	1	1	1
	6	4										3		5	5		1	3	3	
	PS											5		6		PS		5		
JUICIO Y RAZONAMIENTO		1		1	3	1	5	2	1	3	2	4	2	2	1	3	5		2	3
				2	5	2	6	3	4			PS	PS		4	5	6		PS	4
				3		3		5	5											
				PS				PS												
Nombre:.....											PRUEBAS APROBADAS									
Fecha de nacimiento: Fecha de prueba:											Nº	MESES	SUB							
Observaciones:											Año:	X	TOTAL	EC:						
.....											Año:	X	TOTAL	E BASE:						
.....											Año:	X	TOTAL	TOTAL:						
.....											Año:	X	TOTAL	E BASE + TOTAL = EM:						
.....											Año:	X	TOTAL	EM:						
.....											Año:	X	TOTAL	CI:						
.....											TOTAL									

RECORRER UN LABERINTO (VI,6)



RECORTADO DE PAPEL I, II, III

(A)



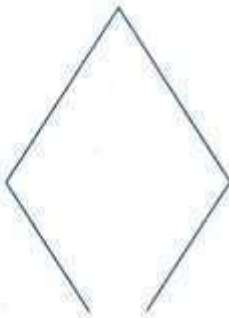
(B)



IX,1; XIII,PS; AM, PS; ASIII,PS

PLANEAR UNA BÚSQUEDA (XIII,1)

CLAVE I (ASIII,PS)



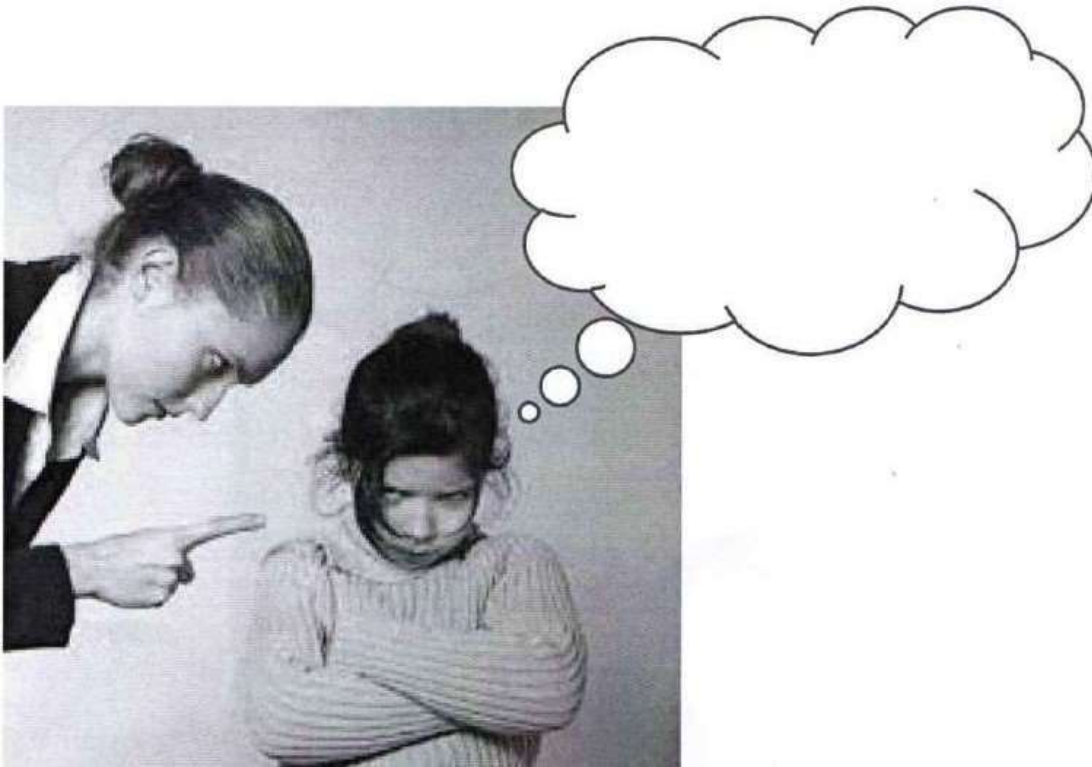
- a) E N V I E R E M I T I R E
- b) F M W H F Q F L J S J Q F
- FONDOS
- c) E N V I E R E M I T I R E
- C Ñ T J C S C N G U G S C
- FONDOS

COMPLETAMIENTO DE FRASES (MINKUS) (XII,6: ASL,3)

- a) "NOS GUSTA TOSTAR MAIZ ASAR CASTAÑAS AL FUEGO".
- b) "NO SE PUEDE SER SIEMPRE N HEROE, SE PUEDE SER SIEMPRE UN HOMBRE".
- c) "LOS ARROYOS ESTAN SECOS HA HABIDO POCA LLUVIA"
- d) "EL CAMPEON NO DESPERTO ENVIDIAS NO ERA INTERESADO".

Sesión 2

Pensamientos y Conducta

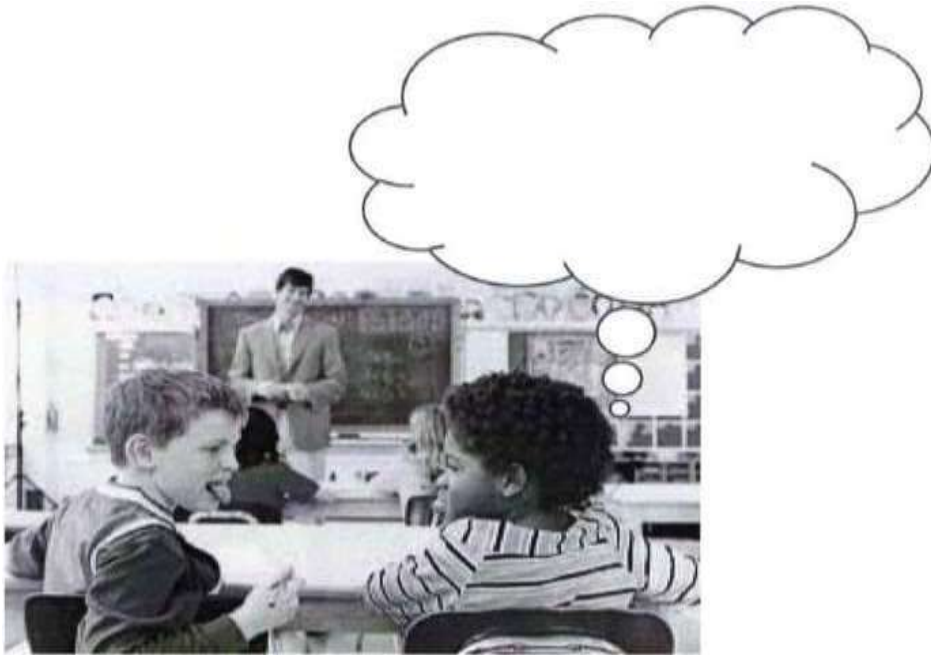


Identificación de la conducta:

1- ¿Qué crees que hizo la niña?

Identificación del pensamiento:

2- ¿Qué crees que está pensando la niña?



Identificación de la conducta:

1- ¿Qué están haciendo los niños?

Identificación del pensamiento:

2- ¿Qué crees que está pensando el niño?

Sesión 4

AUTOINSTRUCCIONES

1. LEO el ejercicio.
2. ¿He entendido lo que he leído?
 - No lo he entendido: vuelvo a leer. ¡!!!/ Lo he entendido: PASE AL PASO 3.
3. STOP: PAUSO y PIENSO y qué tengo que hacer?
4. Hago el ejercicio pensando atención y si me despisto vuelvo sobre el ejercicio, para continuar.
5. Cuando termino, REPASO:
 - Si me equivoqué (No pasó nada) Empiezo de nuevo. ¡!!!/ Si lo he hecho bien, me felicito.



¿Qué es lo que tengo que hacer?



¿Cómo lo voy a hacer?



Tengo que estar muy atento y ver todas las respuestas posibles.



¡Ya está! Creo que la solución es esta.



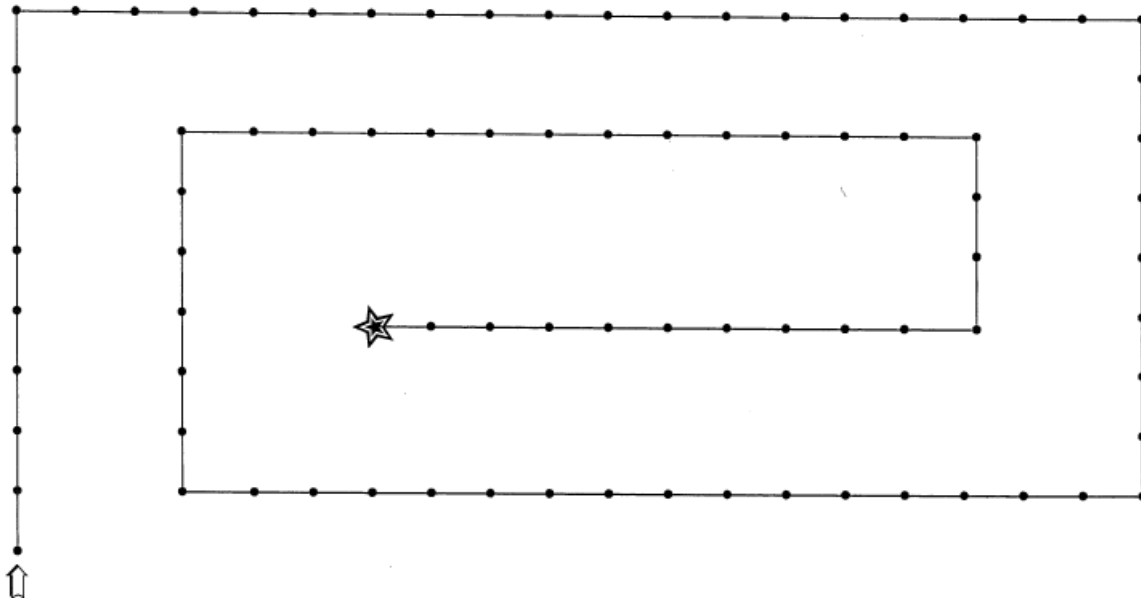
¡Fantástico! Me ha salido bien.
Soy un genio.



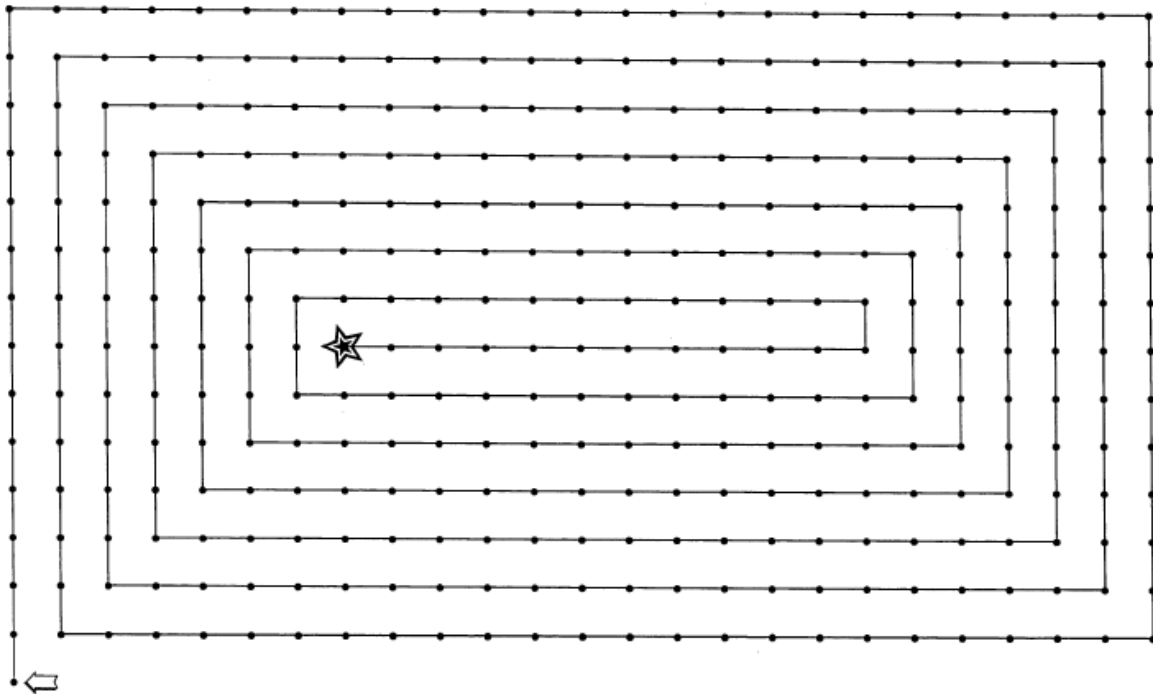
¡Vaya! Me ha salido mal ¿por qué?
¡Ah!, ¡es por eso!
La próxima vez me saldrá mejor.

Fuente: <http://cpjcfraq.educa.aragon.es/1112/autoinstrucciones.pdf>

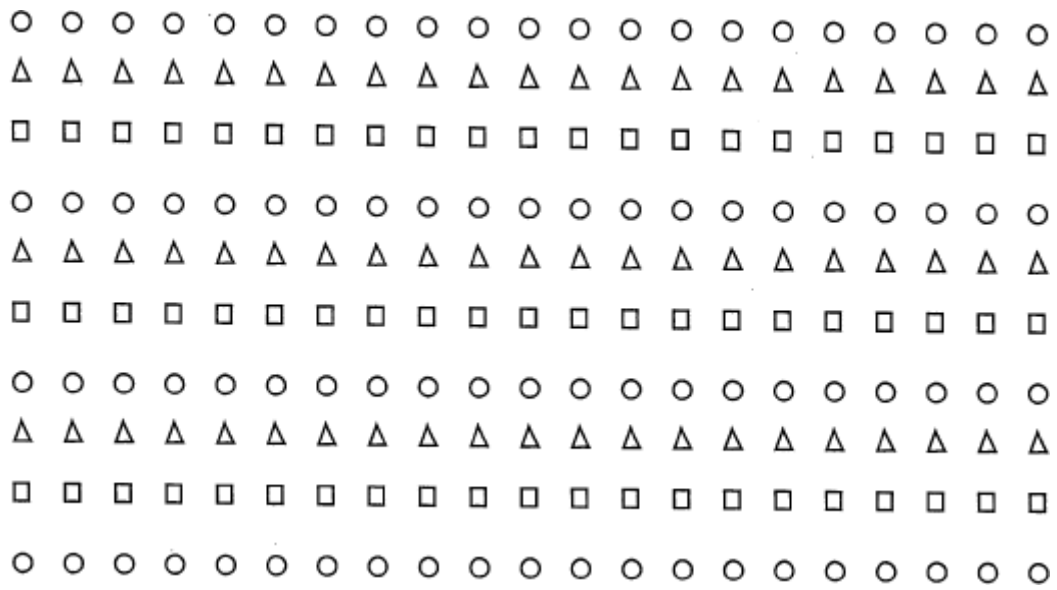
Sesión 6



Fuente: Enfocate programa de entrenamiento de habilidades atencionales.



Fuente: Enfocate programa de entrenamiento de habilidades atencionales.

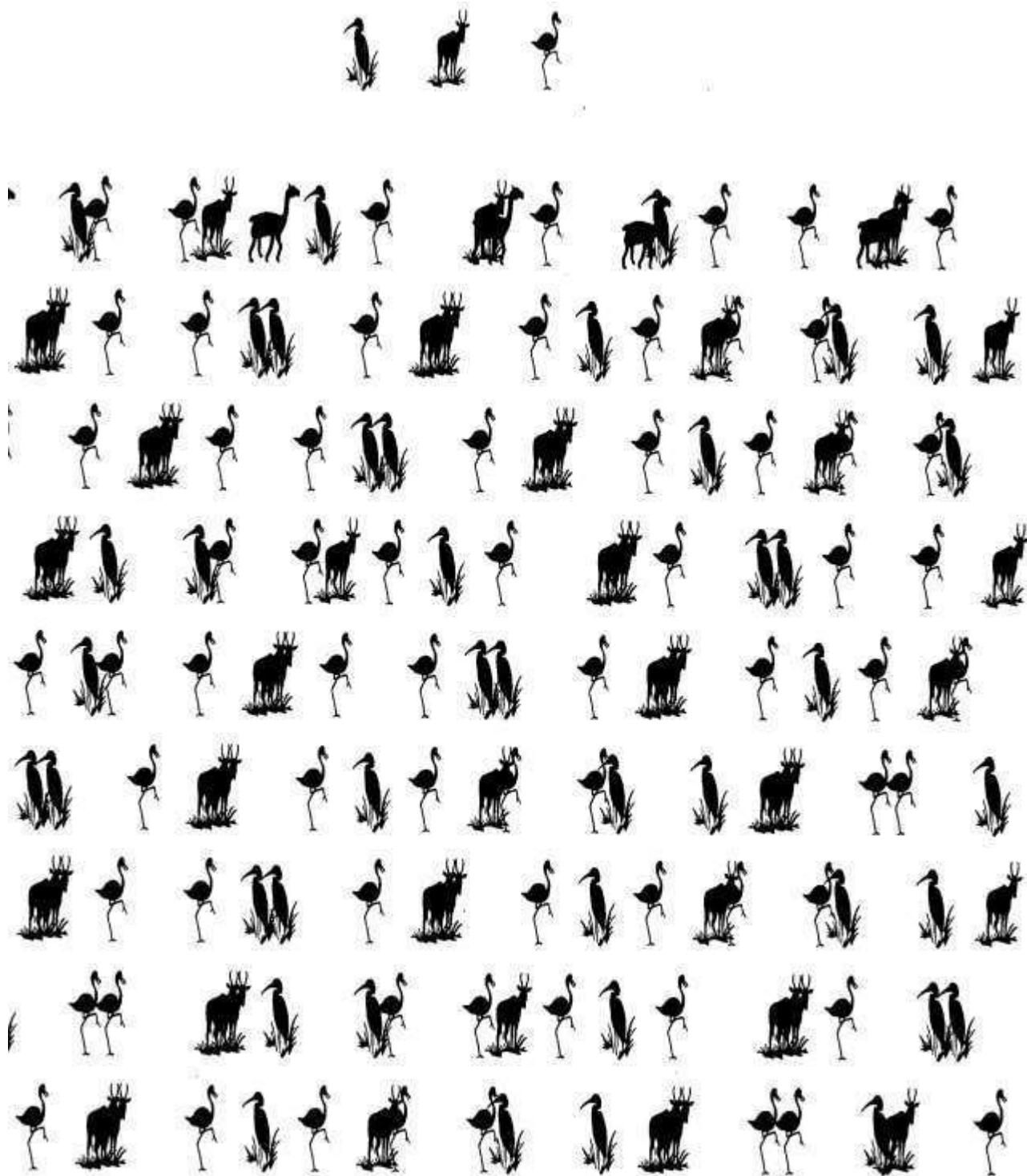


Fuente: Enfocate programa de entrenamiento de habilidades atencionales.

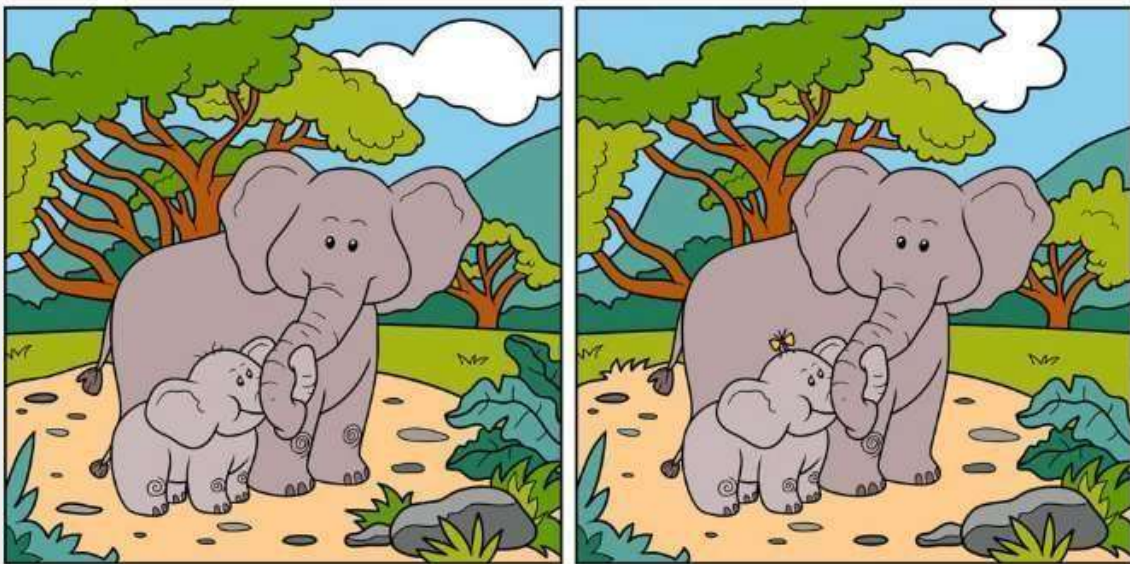
Sesión 10



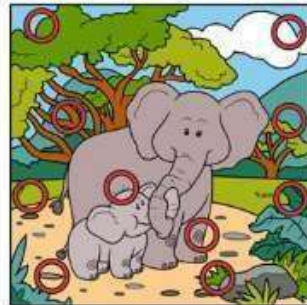
Fuente: Enfocate programa de entrenamiento de habilidades atencionales.



Fuente: copyright del grupo albor-cohs.Madrid-Bilbao,2010.

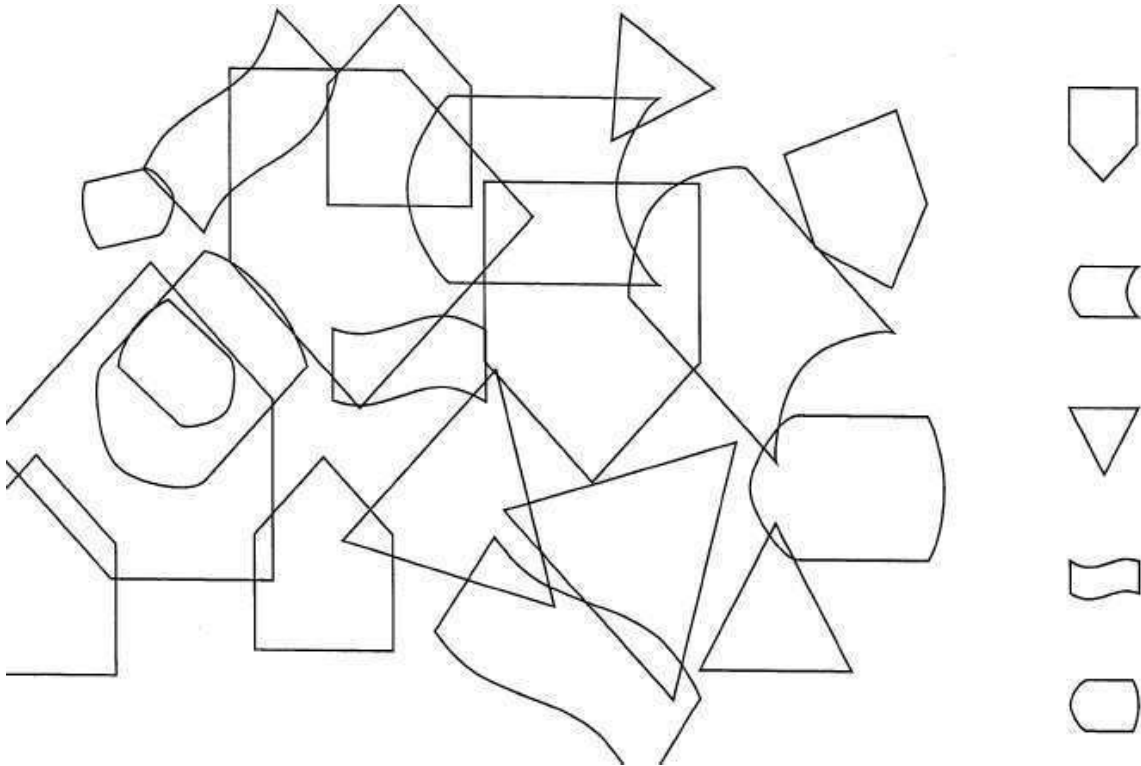


Encuentra las
10 diferencias



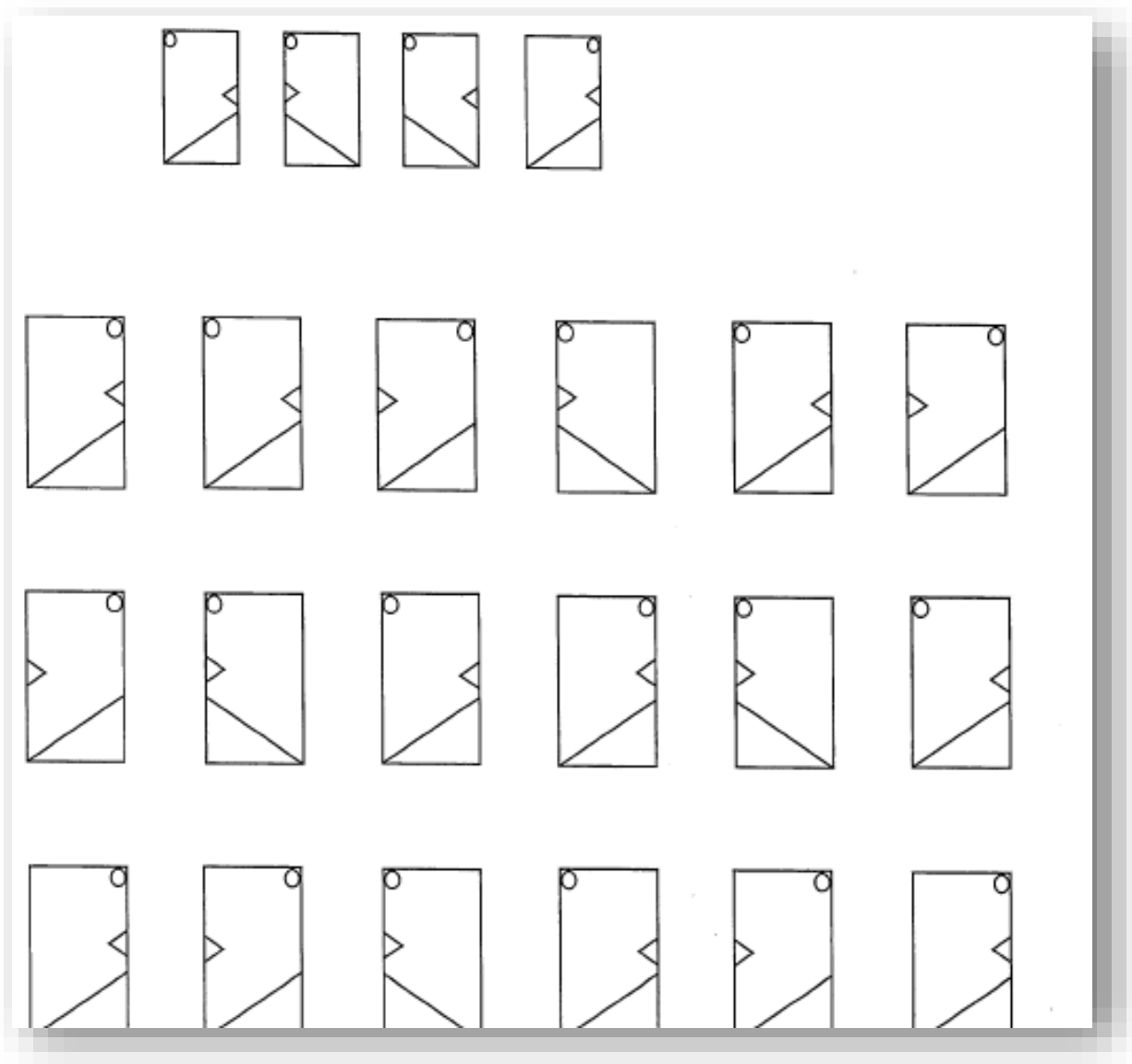
Fuente: <https://juegosinfantiles.bosquedefantasias.com/encontrar-diferencias>

Sesión 12



Fuente: copyright del grupo albor-cohs.Madrid-Bilbao, 2010.



Sesión 14



Fuente: Enfocate programa de entrenamiento de habilidades atencionales.

ACTIVIDAD



“Cuando siento, actúo”

<p>Emoción</p> <p>1. -----</p> 	<p>Conductas</p> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>Emoción</p> <p>2. -----</p> 	<p>Conductas</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

Sesión 17

RECONOCIENDO CONDUCTAS POSITIVAS Y NEGATIVAS

Este cuadro se utiliza para la autoevaluación de la situación actual del niño. Lo ayudará a reconocer sus conductas y actitudes positivas, a definir las conductas que desea cambiar y ayudará al terapeuta a plantear técnicas de intervención adecuadas.

		¿Qué sucede después?
Cosas que me salen bien	Cosas que me salen mal	

Sesión 19

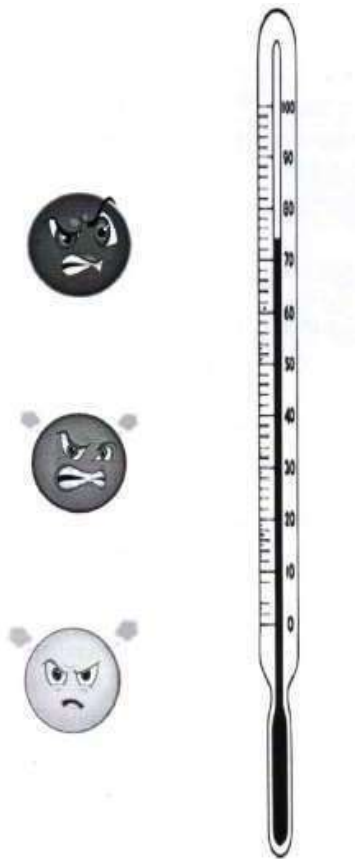
SITUACIONES Y EMOCIONES

SITUACIÓN	EMOCIÓN
SITUACIÓN	EMOCIÓN

SITUACIÓN	EMOCIÓN

EL TERMÓMETRO DEL ENOJO

Te proponemos que en diferentes situaciones aprendas a medir la temperatura de tu “enojo”. Cuando te sientas molesto, piensa del (1) al diez (10) cuan “enojado” estas.



10. EXPLOTÉ
9. DESCONTROLADO
8. FURIOSO
7. MUJY ENOJADO
6. ENOJADO
5. MOLESTO
4. ALGO MALHUMORADO
3. INQUIETO
2. TODAVÍA TRANQUILO
1. TOTALMENTE EN PAZ