



FACULTAD DE PSICOLOGIA

CASO PSICOLOGICO: PROGRAMA DE REHABILITACION
NEUROPSICOLOGICA EN UN NIÑO CON TRASTORNO POR DEFICIT DE
ATENCIÓN, IMPULSIVIDAD Y SIN HIPERACTIVIDAD

Línea de investigación:

Salud mental

Tesis para optar el Título Profesional de Segunda Especialidad Profesional
en Neuropsicología

Autora:

Huwasasquiche Yong, Rosario Isabel

Asesor:

Villanueva Vásquez, Henrich Joel
ORCID: 0000-0002-0532-7171

Jurado:

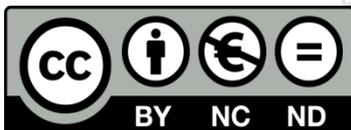
Placencia Medina, Elba Yolanda
López Odar, Dennis Rolando
Solano Melo, Cristian

Lima - Perú

2022

Referencia:

Huassquiche, R. (2022). Caso psicológico: programa de rehabilitación neuropsicológica en un niño con trastorno por déficit de atención, impulsividad y sin hiperactividad [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/6411>



Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada (CC BY-NC-ND)

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede generar obras derivadas ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



Universidad Nacional
Federico Villarreal

VRIN | VICERRECTORADO
DE INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**CASO PSICOLOGICO: PROGRAMA DE REHABILITACION
NEUROPSICOLOGICA EN UN NIÑO CON TRASTORNO POR DEFICIT
DE ATENCION, IMPULSIVIDAD Y SIN HIPERACTIVIDAD**

Línea de investigación: Salud mental

Trabajo académico para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional
En Neuropsicología

Autora:

Huwasquiche Yong, Rosario Isabel

Asesor:

Villanueva Vásquez, Henrich Joel

Orcid: 0000-0002-0532-7171

Jurado:

Placencia Medina, Elba Yolanda

López Odar, Dennis Rolando

Solano Melo, Cristian

Lima-Perú

2022

Dedicatoria

A mis padres, por sus enseñanzas y amor incondicional
que han realizado en mi persona y cuyos valores transmitidos
permanecerán durante mi vida.

A mi hijo, que es el aliciente constante para seguir esforzándome.

Agradecimiento

Especialmente a mi familia que han estado en todo momento siendo un apoyo incondicional en mi vida personal y por estar presente en cada momento de mi vida.

Siempre estaré reconocida a la Universidad Nacional Federico Villareal, por haberme acogido y ser parte importante de mi formación en esta segunda especialidad en Neuropsicología.

Los conocimientos que nos dieron los catedráticos han sido un gran aporte en muy importante en la formación en esta segunda especialidad por sus enseñanzas y preparación constante y que con sus enseñanzas han forjado mi vida profesional, y cuyas experiencias profesionales han enriquecido mi aprendizaje.

El apoyo de mis hermanas ha sido importante porque me han fortalecido para seguir esforzándome.

Resumen

El Objetivo general: Diseñar un programa de rehabilitación neuropsicológica en un caso de niño con TDAH de tipo atencional. **Método:** Fueron utilizados una serie de instrumentos, como la escala de inteligencia de Weschler (WISC V), Cuestionario de madurez neuropsicológica para escolares (CUMANES), Neuropsi Atención y Memoria, Escala de evaluación de TDAH 5 para niños y adolescentes. **Resultados:** En base a los resultados de la evaluación se desarrolló un programa de rehabilitación neurocognitiva, el programa consto de 13 sesiones dándose por un espacio de 3 meses, cuyo tiempo de sesión fue de 45 minutos, se hizo uso de una serie de técnicas, incidiendo en la mejora de las funciones ejecutivas, así como en la conducta, que fueron determinadas según la sesión aplicada, así como estrategia de compensación y restauración las cuales ayudaron mucho en obtener mejoría en el desempeño del niño. **Conclusiones:** Se aplicó un programa de rehabilitación neurocognitiva a un niño con TDAH tipo atencional, mejorando su nivel de madurez, llegando a obtener mejores resultados, lo cual nos indica mejoría en comparación al pretest. En la aplicación del programa se utilizó ejercicios para estimular sus funciones ejecutivas y conductuales.

Palabras Clave: Perfil neuropsicológico, funciones ejecutivas, trastorno por déficit de atención e hiperactividad

Abstract

General objective: Design a neuropsychological rehabilitation program in a case of ADHD without hyperactivity. **Method:** A series of instruments were used, such as the Weschler Intelligence Scale (WISC V), the Neuropsychological Maturity Questionnaire for Schoolchildren (CUMANES), Neuropsi Attention and Memory, ADHD Rating Scale 5 for children and adolescents. **Results:** In Based on the results of the evaluation, a neuropsychological rehabilitation program was developed for ADHD without hyperactivity, emphasizing selective attention as well as sustained attention. The program consisted of 13 sessions for a period of 3 months, whose session time was of 45 minutes, a series of behavioral techniques were used that were determined according to the applied session, as well as a compensation strategy which helped a lot in the improvement of the child. **Conclusions:** A neurocognitive rehabilitation program was applied to a child with attentional type ADHD, improving his level of maturity, reaching better results, which indicates improvement compared to the pretest. In the application of the program, exercises were used to stimulate their executive and behavioral functions.

Keywords: Attention deficit hyperactivity disorder, executive functions, neuropsychological profile.

INDICE

Dedicatoria	ii
Agradecimientos	iii
Resumen	iv
Abstract	v
Índice	vi
Índice de Tablas	viii
Índice de Figuras	ix
I. Introducción	1
1.1 Descripción del Problema	2
1.2 Antecedentes	3
1.2.1 Antecedentes Nacionales	3
1.2.2 Antecedentes Internacionales	5
1.2.3 Trastorno por déficit de atención e hiperactividad	8
1.2.3.1 Modelos	15
1.2.3.2 Programas de rehabilitación neuropsicológica	21
1.2.3.3 Tipos	22
1.3 Objetivos	30
1.3.1 Objetivo general	30
1.3.2 Objetivos específicos	30
1.4 Justificación	30
1.5 Impactos esperados del trabajo académico	31
II. Metodología	32

2.1 Tipo y diseño de investigación	32
2.2 Ámbito temporal y espacial	32
2.3 Variables de la investigación	32
2.4 Participante	33
2.5 Técnicas e instrumentos	33
2.5.1 Técnicas utilizadas	34
2.5.2 Instrumentos utilizados	35
2.5.3 Evaluación neuropsicológica	37
2.5.4 Resultados de las pruebas aplicadas	40
2.6 Intervención neuropsicológica	52
2.6.1 Programa de intervención neurocognitiva	52
2.7 Procedimiento	83
2.8 Consideraciones éticas	83
III. Resultados	84
3.1 Análisis de los resultados	84
3.2 Discusión de resultados	88
IV. Conclusiones	94
V. Recomendaciones	95
VI. Referencias	96
VII. Anexos	102

Índice de Tablas

Tabla 1.	Resultados del test de inteligencia	41
Tabla 2.	Resultados del cuestionario de madurez neuropsicológica	44
Tabla 3.	Resultados del test de lateralidad	45
Tabla 4.	Resultados del cuestionario de atención y memoria	46
Tabla 5.	Resultados de la escala de evaluación TDAH 5	48
Tabla 6.	Sesión 1. Entrenamiento en atención de dígitos	56
Tabla 7.	Sesión 2. Autocontrol atencional	58
Tabla 8.	Sesión 3. Procedimiento de la intervención	60
Tabla 9.	Sesión 4. Rutas y laberintos	62
Tabla 10.	Sesión 5. Discriminación de sonidos verbales	64
Tabla 11.	Sesión 6. Velocidad de procesamiento	66
Tabla 12.	Sesión 7. Automonitoreo	68
Tabla 13.	Sesión 8. Discriminación visual	70
Tabla 14.	Sesión 9. Ordenamiento de símbolos	72
Tabla 15.	Sesión 10. Rastreo visual	74
Tabla 16.	Sesión 11. Ordenar secuencia de imágenes	76
Tabla 17.	Sesión 12. Armandor rompecabezas	78
Tabla 18.	Sesión 13. Instrucciones dirigidas	80
Tabla 19.	Resultados pre y post test	84
Tabla 20.	Resultados pre y post test del neuropsi atención y memoria	86
Tabla 21.	Resultados pre y post test de la maduración neuropsicológica	87

Índice de Figuras

Figura 1.	Proceso de estímulo-respuesta	18
Figura 2.	Diversas alteraciones	19
Figura 3.	Modelo de comorbilidad	20
Figura 4.	El proceso de rehabilitación en neuropsicología	24
Figura 5.	Tareas que se realiza	26
Figura 6.	Parte de la integración	27
Figura 7.	Funciones ejecutivas	28
Figura 8.	Proceso resiliente	29
Figura 9.	Retención de dígitos	57
Figura 10.	Controlando mis respuestas	59
Figura 11.	Estrategias para cambio en las respuestas	61
Figura 12.	Buscando soluciones	63
Figura 13.	Me concentro	65
Figura 14.	Ejercicios de concentración	67
Figura 15.	Autorregulando mis conocimientos	69
Figura 16.	Puzles visuales	71
Figura 17.	Letras y número	73
Figura 18.	Secuencia de actividades de la vida diaria	77
Figura 19.	Armando rompecabezas	79
Figura 20.	La caja de sorpresas	82
Figura 21.	Resultados de atención y memoria	85
Figura 22.	Resultados del perfil de maduración neuropsicológica	87

I. INTRODUCCIÓN

El trastorno de déficit de atención e hiperactividad es uno de los trastornos más comunes en la niñez y puede continuar hasta la adolescencia y la edad adulta, los síntomas principales incluyen dificultad para concentrarse y prestar atención, dificultad para controlar la conducta e hiperactividad llegando al extremo de no descansar, correr sin importarle accidentarse, se arriesga y expone a accidentes; es impulsivo, parece no cansarse y cuando se le detiene solamente lo hace por muy breve tiempo para luego continuar en lo mismo. Se muestra muy inquieto y en el aula fomenta el desorden al extremo de no obedecer las indicaciones del profesor, sus útiles escolares están siempre descuidados y no se acuerda dónde los ha dejado, por tal motivo no tiene buen rendimiento y en sus cuadernos siempre tiene anotaciones de lo mal que se conduce; en el hogar, así como en otros ambientes donde está, se conduce de la misma manera.

Para Domínguez (2017, citado por Príncipe, 2021) refiere que el porcentaje de los escolares que padecen del trastorno por déficit de atención e hiperactividad fluctúan entre el 5% y 10% a nivel mundial; considerando una fluctuación significativa en el ámbito escolar, por ejemplo, retraso académico, complicaciones emocionales y dificultades sociales.

Por ello, el objetivo de este trabajo es aplicar un programa de rehabilitación neurocognitiva en un niño con TDAH con predominio en el déficit de atención: atención selectiva y sostenida. Esto es debido a que, la atención selectiva se ve afectada de tal forma que la capacidad de nuestro sistema cognitivo para seleccionar una información mientras se ignora el resto no logra cumplir su función satisfactoriamente; la atención sostenida se ve afectada de tal manera que el individuo

presenta una incapacidad para mantener su atención en una tarea durante un tiempo determinado, concentrando sus recursos sobre la misma.

Por este motivo este programa está orientado a un niño de 9 años, que cursa el 3° grado de educación primaria, que presenta un diagnóstico de trastorno por déficit de atención e hiperactividad con predominio en el déficit de atención, cuyo perfil neuropsicológico se obtuvo en la aplicación de las siguientes pruebas: inteligencia de Weschler (WISC V), Cuestionario de madurez neuropsicológica para escolares (CUMANES). NEUROPSI atención y memoria, y la Escala de Evaluación TDAH 5 para niños y adolescentes.

En lo que respecta al estudio de caso tiene como objeto describir el problema, hacer los antecedentes científicos del problema, marco teórico del problema y como objetivo diseñar un programa de rehabilitación neurocognitiva, como meta se presenta el método del programa, el desarrollo del programa y la metodología de estudio de caso a través de sus resultados, discusiones, conclusiones y recomendaciones, así mismo, se coloca al final las evidencias de ética profesional que son complemento importante que se debe tener en cuenta en todo tipo de intervención porque contribuye a generar confianza hacia la terapeuta.

1.1. Descripción del problema

El presente trabajo académico trata de un abordaje clínico de un niño de 9 años, sexo masculino, que se encuentra en tercer grado de nivel primario, quien acudió acompañado de padres los cuales fueron remitidos por médico tratante para que se le realice una evaluación neuropsicológica siendo derivado al servicio de psicología para la respectiva evaluación, habiendo sido atendido por mi persona. Luego de realizar la exploración clínica al paciente, así como

preguntas a la madre para indagar sobre las dolencias del menor, los aspectos familiares, personales y ambientales que tengan que ver con el caso por el que llegaba; fue así como con los datos registrados en su historia y detectar los síntomas se decidió invitar a la mamá para hacer la intervención en un consultorio privado por ser un tema de mi interés. Finalmente se contó con la aceptación de los padres, fue en este lugar donde se realizó la anamnesis interrogando al paciente (historia clínica, entrevista personal), además de la aplicación de instrumentos neuropsicológicos y la intervención. Cuyo perfil arrojó dificultades en la atención, no llegando a la hiperactividad, además de evidenciar dificultades emocionales. Del mismo modo, se interrogó a la mamá quien nos brindó información importante sobre el caso. En base a ello, se determinó un programa de rehabilitación neuropsicognitiva con el fin de mejorar las dificultades encontradas en la evaluación, el propósito del trabajo es mejorar los puntos débiles del niño.

1.2. Antecedentes

1.2.1. Antecedentes Nacionales

En la esfera nacional, se han seleccionado, las siguientes investigaciones relacionadas a las variables de investigación: Poma (2020) realizó un estudio titulado: La relación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad y el trastorno de desarrollo de la coordinación en niños entre 4-5 años del centro educativo de nivel inicial Yauli, su objetivo fue determinar la vinculación entre las dos variables que se desprenden del título. El estudio del fenómeno de estudio dio como resultados, la relación del trastorno por déficit de atención y por otro lado el trastorno de desarrollo de la coordinación en este caso de niños de edades entre 4 a 5 años es de 43.3 %, por otro lado, se obtuvo que casi el 38%, es el porcentaje no presentaban ninguno de los dos trastornos, pero en están en su edad normal, así mismo hemos observado que casi el 19% no se presenta en su edad

normal y no presente los déficits. Se concluye en esta investigación que hay una relación significativa entre ambos trastornos ($r: .42$), por lo que se acepta la hipótesis que precisó que, a mayor presencia de trastorno por déficit de atención, mayor trastorno de desarrollo de la coordinación.

Prado y Yactayo (2021) desarrollaron una investigación sobre la relevancia de la psicoeducación en torno a los padres de niño con déficit de atención e hiperactividad en la búsqueda de obtener mayores resultados. El objetivo de la investigación, fue la sistematización la psicoeducación de los progenitores con caso de niños con deterioro cognitivo, en la búsqueda de una mejora de los síntomas asociados, se tomó como base la literatura especializada de las fuentes obtenidos en el mundo virtual como: BVS, Scielo, Pubmed, Redalyc, Cochrane y Google académico; llegando al siguiente resultado el 100% ($n=10/10$) señalan que la psicoeducación en padres de pacientes con Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad mejoran los síntomas asociados del TDAH. Se concluye que el modelo de la psicoeducación es una herramienta que puesta en manos de los padres de pacientes con TDAH les va a conferir conocimientos para ayudar en el tratamiento de los síntomas asociados que se presentan en la vida diaria.

Díaz (2018, citado por Prado y Yactayo, 2021) realizó un estudio: sobre Recreación en la enseñanza de la materia de las matemáticas y el déficit de atención con o sin hiperactividad, en estudiantes del primer grado de primaria. El objetivo fue conocer las características del Trastorno de Déficit de Atención con o sin Hiperactividad, (TDAH). Sus resultados fueron que el TDAH era mayor frecuente en varones que en mujeres de 6 a 7 años; y la falta de concentración y la incapacidad de enfocar la atención también eran asignados a los varones, sin embargo, los problemas de aprendizaje con TDAH eran para ambos géneros. Las conclusiones indican que la

mayor incidencia de TDAH y déficit de atención y concentración se centra en los varones y los problemas de aprendizaje en ambos sexos.

Mamani (2016) en un estudio en torno al grado de conocimiento de los docentes o los padres de familia sobre el TDAH, en las entidades privadas de educación de la ciudad de Juliaca en el periodo 2016, el objetivo de la investigación, fue la evaluación del grado de conocimiento que tiene los padres y los profesores sobre el TDAH, en los centros educativos particulares, la investigación dio como resultados que un 41% tuvo un nivel medio de respuestas apropiadas respecto a dicho conocimiento, se observó que hay un 38% de un grado bajo de contestaciones apropiadas de sapiencia sobre el TDAH, la investigación concluye, que el trastorno de déficit de atención e hiperactividad, va limitar el poder tener un óptimo aprendizaje, sobre todo en la adquisición de nuevos conocimientos, siendo este una variable de bajo rendimiento en los estudiantes con conocimientos limitados.

1.2.2. Antecedentes Internacionales

Sepúlveda y Espina (2021) realizaron un estudio denominado: Desempeño académico de los estudiantes de nivel superior con TDAH, investigación que tuvo como objetivo. Conocimiento la vinculación entre las alteraciones producidas por el TDAH, y el desempeño académico de los estudiantes del nivel secundario. Los resultados de la investigación fueron: Existe una relación significativa respecto a la sintomatología, cuando es adulto, la persona, porque hay un cambio trascendental en la hiperactividad, el cual puede presentar una modificación en la hiperactividad, que puede disminuir o se puede presentar como inquietud interna, Cuando hay una impaciencia, intolerancia o frustración, se evidencia que los adultos en un 4 a 7%, tiene trastorno de déficit de atención. En el caso de uso de estupefacientes, o un excesivo uso de drogas el porcentaje llegaría

al 20 %, la conclusión concluye que el trastorno de déficit de atención, tiene un impacto significativo en esferas del desarrollo neurocognitivo, que es de vital importancia para ostentar un desempeño eficaz en la esfera de la educación superior, siendo trascendental la consideración que el sistema atencional estaría alterado , por lo cual se disminuyen en forma considerables, las habilidades para dar respuesta al estímulo relevante, en la atención voluntaria, en la velocidad del proceso de la información recepcionada y en la atención selectiva.

En la tesis de Fernández (2019) en la investigación titulada: La rehabilitación neuropsicológica de los niños con trastorno de déficit de atención e hiperactividad. El objetivo de la investigación fue una revisión sistemática del entrenamiento cognitivo en niños con casos de trastorno de déficit de atención e hiperactividad por cual se hizo una revisión exhaustiva de las principales revistas indexadas y buscadores especializados como el Google académico. Los resultados obtenidos: la literatura especializada afirma, que el entrenamiento cerebral, están sustentadas en la neuro plasticidad, pero se observa que dicha afirmación, no tiene base científica. Se observó afirmaciones sin mayor sustento científico, de los efectos a largo plazo, no hay una investigación seria en torno a la inclusión de un grupo de control activo, así también como un control pasivo, tal como lo afirman Rossignoli et al. (2018). Se concluyen que los programas que están enfocados en el entrenamiento cerebral no tienen la eficiencia, que se viene afirmando en la publicidad, sin embargo, hay que resaltar que dichos programas de entrenamiento pueden deducir ejercicios personalizados para que un niño con trastorno de déficit de atención e hiperactividad llegue a disminuir la frecuencia de la conducta que provoca molestia tanto para su familia como para su entorno.

Taboada y Pinto (2018) investigaron la evaluación en la esfera neuropsicológica de niños con trastorno de Déficit de atención e hiperactividad, a través de un estudio de caso. El objetivo de la investigación fue determinar la relevancia de un diagnóstico idóneo y veraz para un trabajo propicio en la evaluación y rehabilitación a nivel neuropsicológico. La muestra seleccionada fue un muestreo por oportunidad (conveniencia) del investigador. El resultado de la investigación fue que en ambos niños objeto de análisis, tuvieron problemas en torno a sus funciones ejecutivas, generando un modelo de procesamiento de información por cada niño y un programa de rehabilitación individualizado. Se puede comprobar que un niño con trastorno de déficit de atención presenta los mismos indicadores de un niño que tiene depresión infantil. Las dificultades identificadas, en este caso fueron originadas por el área prefrontal del cerebro, aun en desarrollo. Así que el trastorno de déficit de atención, para la realización de su diagnóstico debe realizarse después de los 10 años hasta la edad de 15 años. La investigación concluye, que se valida la evaluación a nivel clínico del perfil neuropsicológico del trastorno de déficit de atención, ello debido a la diferencia que tiene como la evolución psicométrica. En ambos casos se hizo la aplicación de la Evaluación Neuropsicológica infantil (ENI) y la prueba Lefèvre llegando a obtener datos concretos del TDAH.

Anaya (2018) en su investigación en torno a los problemas de déficit de atención e hiperactividad en niños, a través de la diagnóstico y de la evaluación psicológica, el objetivo de la investigación es el estudio de los diversos tipos de evaluación e intervención que se utilizan para el tratamiento del trastorno de déficit de atención, haciendo un reconocimiento que dicho fenómeno, tiene su origen neuropsicológico, lo cual nos lleva al estudio de los problemas que se vinculan con el control de impulsos, la adaptación que tiene que hacer el paciente, los problemas de índole académica, de atención y sobre todo cognitivos, sus resultados fueron diversas razones

en los procesos de cognición de intervención neuropsicológica y psicopedagógica, la investigación llega a la conclusión que las pruebas neuropsicológicas son sensibles para evaluar el trastorno de déficit de atención e hiperactividad, interviniendo en las funciones ejecutivas deficitarias.

Alava et al. (2021) investigaron en torno a la Atención Sostenida y Selectiva en subtipos de trastorno de déficit de atención y el denominado trastorno de aprendizaje, a través del método comparativo de dichos trastornos. La investigación tuvo como finalidad principal: Determinar las diferencias entre la atención selectiva y la atención sostenida en niños con diferente subtipo de trastorno de déficit de atención y trastorno del aprendizaje, para obtener un diagnóstico óptimo de las diferencias entre el trastorno de déficit de atención con el trastorno de aprendizaje. Los resultados que llegó la investigación, fue que hay demora o lentitud en el procesamiento para los casos de atenciones sostenida o selectiva (M: 10.30. DT: 3.09). La investigación concluye que se avizora un perfil neuropsicológico del trastorno de déficit de atención y el trastorno de aprendizaje, lo cuales nos precisan una intervención personalizada para el diagnóstico diferencial.

1.2.3. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5ª edición (DSM-5) se observan modificaciones relacionados al trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH, llamado solamente trastorno por déficit de atención), encontrándose en la actualidad en el capítulo de trastornos del neurodesarrollo para reflejar la importancia del desarrollo del cerebro en el TDAH. Los 18 síntomas que se observan en el DSM-IV se tienen en cuenta en el DSM-V para llegar a diagnosticar el TDAH; asimismo, se continúa dividiendo en dos áreas principales de síntomas: falta de atención e hiperactividad/impulsividad. Finalmente, así como en el Manual

anterior, en el actual se requiere al menos seis síntomas en un dominio (Asociación Psiquiátrica Americana, 2014). En el DSM-5 se realizan los siguientes cambios:

- Se observan más ejemplos para facilitar y entender mejor el caso.
- Los requisitos transicionales se han reforzado para varios síntomas en cada entorno.
- Los criterios para el inicio han cambiado de síntomas causantes de deterioro antes de los 7 años a varios síntomas de falta de atención o hiperactividad antes de los 12 años.
- Los subtipos se han reemplazado con especificadores de representación que se asignan directamente al subtipo anterior.
- Ahora permite el diagnóstico del trastorno del espectro autista.
- Los umbrales de síntomas en adultos se cambiaron para reflejar evidencia sustancial de su entorno clínicamente significativo del TDAH. Para hacer un diagnóstico de adulto el paciente solo necesita satisfacer cinco síntomas, no los seis requeridos para los adultos jóvenes, en cualquiera de las dos áreas principales: falta de atención e hiperactividad/impulsividad.

Pascual-Castroviejo (2008) refiere que el denominado Trastorno de déficit de atención e hiperactividad conocido por las siglas TDAH, es un nombre aceptado por el círculo académico, tuvo diferentes acepciones y nombres, anteriormente y en algunos casos se vienen utilizando como la “disfunción cerebral mínima” o también el “daño cerebral mínimo”. Ahora este tema ha tenido una definición vulgar o popular por parte de la cultura de la calle, porque eran llamados cabezas ligeras, veletas, las cabezas descarriadas, cabezas locas, o denominaciones similares, obsérvese como todo era conducido al nivel negativo (p,20).

Portella et al. (2016) afirmaron que el pionero del trastorno de déficit de atención fue el médico pediatra Goege Still, en 1902, porque después de estudiar a un paciente, describe una serie de comportamiento de índole impulsivo y agresivo, falta de atención de los niños, problemas conductuales de ellos, que fueron considerados como niños diferentes, que no se pueden controlar.

Los orígenes del estudio del THAH son a partir de la década de 1970 que aparecen diferentes conceptos, como el mencionado por el “Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales” que lo define como reacción hiperkinética. Es así como Portela (2016) menciona que es en 1980, cuando se emite la tercera edición del Manual en comentario, denominado DSM-III, es en esta edición donde se define por primera vez como el denominado “Trastorno por Déficit de atención”. En el año 1987, se emite una nueva versión del manual, el denominado DSM-III-R, donde se le llama “Trastorno por Déficit de la atención con hiperactividad”.

El Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (APA, DSM-IV, 1994) de la Asociación Psiquiátrica de los Estados Unidos, tiene en su contenido un ordenamiento de los diferentes trastornos mentales y precisa las características de cada una de ellas, con la finalidad de que los conocedores, médicos e investigadores pueda realizar un diagnóstico, investigar e intercambiar datos e información y tratar los diferentes trastornos mentales. Hace más de cincuenta años, se han realizado una serie de cambios y modificaciones buscando la mejora y mejor desarrollo en la utilidad clínica en todas las esferas, así como una mayor validez y fiabilidad, mediante la acumulación de conocimientos y la mejor comprensión de los diversos trastornos.

Hay que resaltar la labor de DSM-IV, comenta Pichot (1995), que el DSM-IV de 1994, es producto de 13 grupos de trabajo, cada uno de los cuales, tuvo una total responsabilidad, sobre determinada sección de cada manual. Posee plena responsabilidad sobre una sección de este manual. Esta organización fue diseñada para aumentar la participación de gente experta en cada uno de los campos. Se tomaron muchas precauciones a la hora de asegurar que las recomendaciones del grupo de trabajo reflejaran los conocimientos más vigentes y no fueran sólo las opiniones de sus miembros.

A. Definiciones. Rusca y Cortez (2020) definen el trastorno por déficit de atención como una alteración o variación del neurodesarrollo cuyos más importantes síntomas son la impulsividad, la hiperactividad y la inatención. Cabe resaltar que el trastorno por déficit de atención se ha relacionado con un modelo de diversidad fisiopatológica, donde se encuentran afectadas las funciones ejecutivas, donde implica dificultades para dar respuestas a determinados estímulos, así como hacer una planificación, organizar acciones, reflexión sobre determinadas consecuencias e inhibir una respuesta automática inicial a fin de sustituirla por otra.

Para Barkley (2002) es un trastorno del cerebro ejecutivo que provoca la incapacidad del niño para inhibir o retrasar sus respuestas, para organizar y controlar su atención, su conducta o sus emociones y para hacer frente a las demandas que se le presentan. Es así como, Gutiérrez y Álamo (2019, citados por Barkley, 2002) mencionan en el dieciseisavo congreso de pediatría que el TDAH afecta a lo largo de la vida y ha de ser comprendido como un factor de riesgo evolutivo. La adolescencia se configura como un espacio clave, tanto por las características propias del TDAH como las de la adolescencia.

Portella et al. (2016) por su parte lo definió como el modelo continuo de hiperactividad o inatención por parte del niño que va a impedir que se realicen actividades de desarrollo típico, pues va a provocar dificultades e impedimentos para mantener la memoria del trabajo realizado, la función ejecutiva y poder mantener la atención.

Para Pascual-Castroviejo (2008) por su parte precisó que el trastorno déficit de atención, es un trastorno del neurodesarrollo, que incluye una serie de manifestaciones en la persona que la posee, entre las cuales se encuentran problemas para prestar y mantener la atención, este déficit se clasifica en tipos: atención selectiva, atención dividida, atención alterna y atención sostenida. Asimismo, encontramos dificultades en las funciones ejecutivas. Es importante mencionar que el estudio de caso se relata en base a la evaluación realizada al niño con déficit de atención tanto en la atención selectiva como en la atención sostenida.

B. Tipos. La última versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales, el DSM-V, fue emitido en mayo del 2013, en el denominado Congreso Anual de la APA, realizado en la ciudad de San Francisco, Estados Unidos. Con respecto al Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) los cambios que han quedado oficialmente registrados han sido que en esta versión hubo un remplazo de los denominados subtipos de trastornos de déficit de atención por las denominadas “presentaciones”, en los cuales en relación con sus resultados podrán clasificar de la siguiente manera: Presentación combinada, si se cumple el Criterio A1 (inatención) y el Criterio A2 (hiperactividad e impulsividad) durante los últimos seis meses. También está la

presentación predominante con falta de atención, siempre que cumpla con el Criterio S2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos seis meses.

Es la cuarta edición del Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (APA, DSM-IV, 1994) son precisados diferentes subtipos: El primero es un trastorno por déficit de atención e hiperactividad de predominio inatento. El segundo es el trastorno por déficit atencional e hiperactividad de predominio hiperactivo impulsivo. El tercero es el Trastorno por déficit de atención e hiperactividad de tipo combinado (mixto, síntomas que se manifiestan de un modo homogéneo. El cuarto es el trastorno por déficit atencional e hiperactividad no especificado (predomino mixto pero que no recoge criterios de los anteriores. La clasificación a nivel internacional de enfermedades, que se realizó en 1990, que fuera adoptada por casi, todos los países que pertenecen a la Organización Mundial de la Salud van a ubicar en el capítulo denominado “Trastornos Mentales y el comportamiento”, donde se observó que se le otorga el código F90, para los trastornos hiperkinéticos. Va a describir asimismo las tres subcategorías para los denominados trastornos de actividad y atención:

- F90.1, trastorno hiperkinético disocial.
- F90.8, otros trastornos hiperkinéticos.
- F90.9, trastorno hiperkinético sin especificaciones.

Almen (2017) usó las técnicas de neuroimagen para el diagnóstico de trastornos mentales, se dio un trastorno sencillo y único, sino que posee diferentes subtipos y cada uno de ellos tiene un tratamiento distinto.

Tipo 1: TDAH clásico. Es el tipo de trastorno que es más sencillo de detectar y puede observarse desde los primeros años del niño, se observó conductas impulsivas, habladores, desorganizados, inquietos entre otros.

Tipo 2: TDAH inatento. Este tipo de trastorno es el segundo que veces se presenta, siendo el primero el anterior subtipo, este se va a relacionar con un menor desarrollo de las actividades que tiene el niño y que requieren su total concentración o atención sobre el tema objeto de estudio, sobre todo en el cerebelo, la parte inferior del córtex prefrontal, ganglios basales, así como un grado o nivel reducido de dopamina.

Tipo 3: TDAH “Overfocused” o “hiper-concentrado”. Son pacientes que se van a caracterizar por los grandes problemas para modificar su atención de un estímulo a otro, enfocándose en forma excesiva en determinados pensamientos y tareas. De esta manera quedan encerrados en modelos de patrón de comportamiento negativos o patrones de pensamiento.

Tipo 4: TDAH del lóbulo temporal. Es un tipo, donde aparecen rasgos distintivos del trastorno de déficit de atención e hiperactividad que se vinculan con modificaciones en el lóbulo temporal. Esto es todo lo relacionado con caso de paranoia leve, situaciones de ira o enojo incontrolables, agresividad, inestabilidad emocional, o problemas tanto en la memoria o el aprendizaje.

Tipo 5: TDAH límbico. Es el trastorno de déficit de atención e hiperactividad, que va unido a una leve tristeza, que no es considerada como el fenómeno de la depresión. Se va a caracterizar por el mal humor, presencia de sentimientos de una culpa excesiva e impotencia y baja autoestima crónica.

Tipo 6: TDAH ansioso. Es la presencia de signos de trastornos de déficit de atención e hiperactividad, que van unidos a síntomas de ansiedad como nerviosismo, tención, dolores de cabeza, un bloqueo ante determinadas situaciones temidas, así como situaciones temidas y

sensación de estos pacientes poseen signos de TDAH acompañados de síntomas de ansiedad como tensión, dolores de cabeza y de estómago, bloqueo ante situaciones temidas, y sensación de que va a ocurrir una situación terrible.

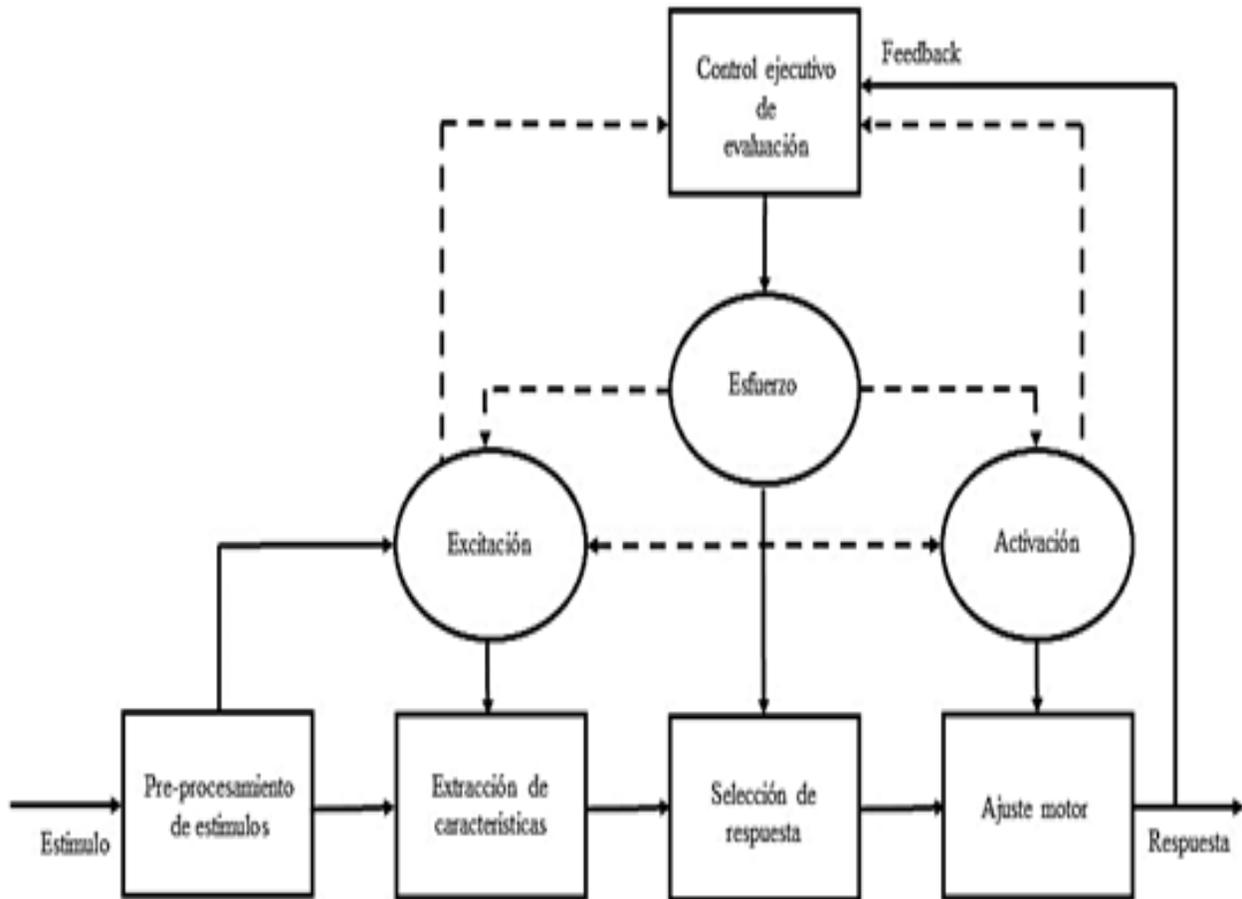
Vásquez et al. (2010), en la Guía Clínica para la atención de los trastornos mentales, se precisó tres tipos de déficit de atención: El primero indica una presentación predominante hiperactiva/impulsiva, donde los niños que tienen este tipo de TDAH presentan síntomas de hiperactividad y sienten la necesidad de moverse constantemente. También tienen la dificultad para controlar sus impulsos. Por lo general no tienen problemas de atención. Esta presentación se ve más a menudo en niños pequeños. El segundo es la presentación predominante con falta de atención, donde los niños tienen dificultad para prestar atención, se distraen con facilidad, pero no son impulsivos o hiperactivos. A veces domina de manera no oficial como trastorno por déficit de atención o TDA. El tercero es la presentación combinada, donde los niños muestran problemas significativos, tanto de hiperactividad/impulsividad como falta de atención; sin embargo, puede que esos problemas de hiperactividad/impulsividad disminuyan gradualmente al acercarse a la adolescencia.

1.2.3.1. Modelos. Para Artigas-Pallarés (2011) dichos modelos se sustentan en la conjetura cognitiva que plantean las modificaciones de nivel neuroanatómicas y las llamadas neuro funcionales de pacientes con déficit atencional que se van a traducir en la desregulación de un control manejo cognitivo del comportamiento, dicho mecanismo que mediaría y va a explicar por

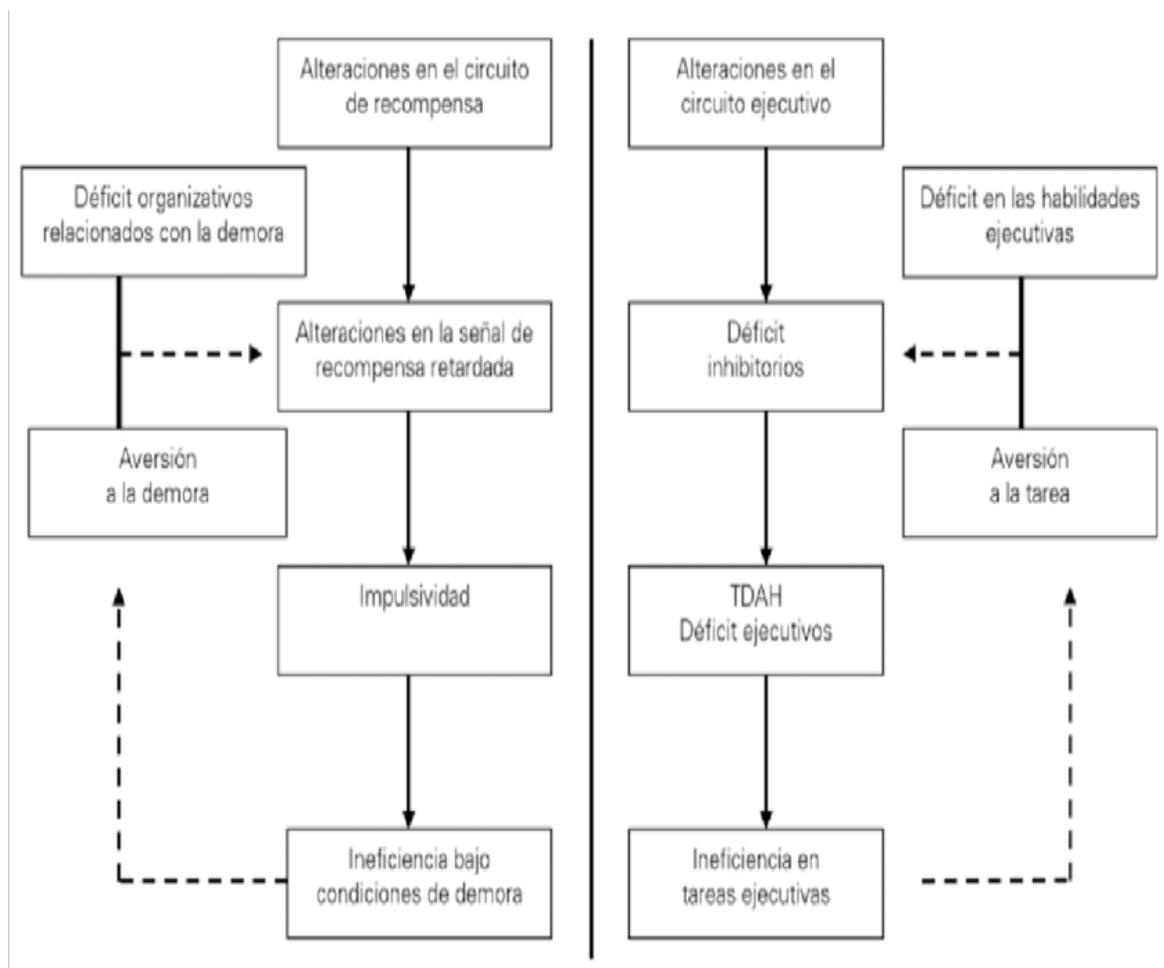
completo la sintomatología del trastorno de déficit de atención e hiperactividad, señala los siguientes modelos:

- **Modelos cognitivos de déficit único.** Es el modelo que presenta una baja eficiencia de una alternativa cognitiva básica, que permita explicar por sí solo, las diferentes manifestaciones clínicas del trastorno, es decir, el funcionamiento disfuncional de un área cognitiva que tuviera como resultado las alteraciones de nivel conductuales y cognitivas del trastorno. Dentro de estas teorías explicativas de modelo único tendríamos, en primer lugar, el Modelo Motivacional; Aversión a la Demora de Sonuga- Barke, es el caso de niños afectados por el trastorno de déficit de atención y tiene como principal opción una gratificación inmediata, aunque sea mínima, que está por encima de una gratificación mayor pero demorada limitación para hacer un trabajo adecuado, en periodos prolongados de tiempo y posponer recompensas. En segundo lugar, el Modelo de Inhibición Conductual de Barkley, el cual señala que el poder para regular la propia conducta guiada por las funciones ejecutivas, esto es un conjunto de habilidades cognitivas importantes y necesarias para la orientación de la conducta hacia un determinado objetivo como es el control de las emociones, como el enojo o la ira, así como el lenguaje interno, la memoria del trabajo no verbal, capacidad de organización, etc. En tercer lugar, el Modelo de Regulación del estado de Sergeant, caracterizado como un modelo que acepta la disfunción expeditiva, como aspecto nuclear, pero va a sustituir una alteración en el control inhibitorio, por un déficit en la capacidad de regulación de la motivación y el esfuerzo (Artigas-Pallares; 2011).
- **Modelos cognitivos duales o de déficit múltiple.** Se propone que el trastorno de déficit de atención e hiperactividad es un fenómeno basado en un déficit cognitivo variado en

lugar de un trastorno con déficit único. Ello representa una transformación fundamental en la interpretación del trastorno del déficit de atención e hiperactividad, por ello se han realizado diferentes modelos de déficit múltiple. Dichos modelos describen las dificultades que se presentan en el trastorno de déficit de atención e hiperactividad, dentro de este modelo tenemos, en primer lugar, el Modelo Cognitivo -Energético, que indica el funcionamiento cognitivo del trastorno de deficiencia de atención e hiperactividad, que va ser determinado por un fallo de tres esferas, las cuales son a) nivel computacional, que se basa en los mecanismos de atención que significa la organización motora, búsqueda y decisión, codificación. b) Nivel del Estado, que va a comprender mecanismos de energía que están agrupado a nivel de actuación, esfuerzo y alerta. c) Nivel de alerta, es el estado de pasividad para actuar y responder y dar respuesta, el cual tiene una influencia por la intensidad del estímulo y por tener un carácter novedoso.

Figura 1*Proceso de estímulo y respuesta**Nota: Gonzales, 2017*

- **El modelo dual de Sonuga-Barke.** Es un modelo que amplía el modelo explicativo de hostilidad a la demora y la búsqueda de gratificación inmediata, lo que origina una respuesta impulsiva de una recompensa inmediata, así como un fallo en el control inhibitorio de perímetros de autorregulación, que da como resultado la conducta impulsiva que se activa en función de la satisfacción de la necesidad frente al estímulo.

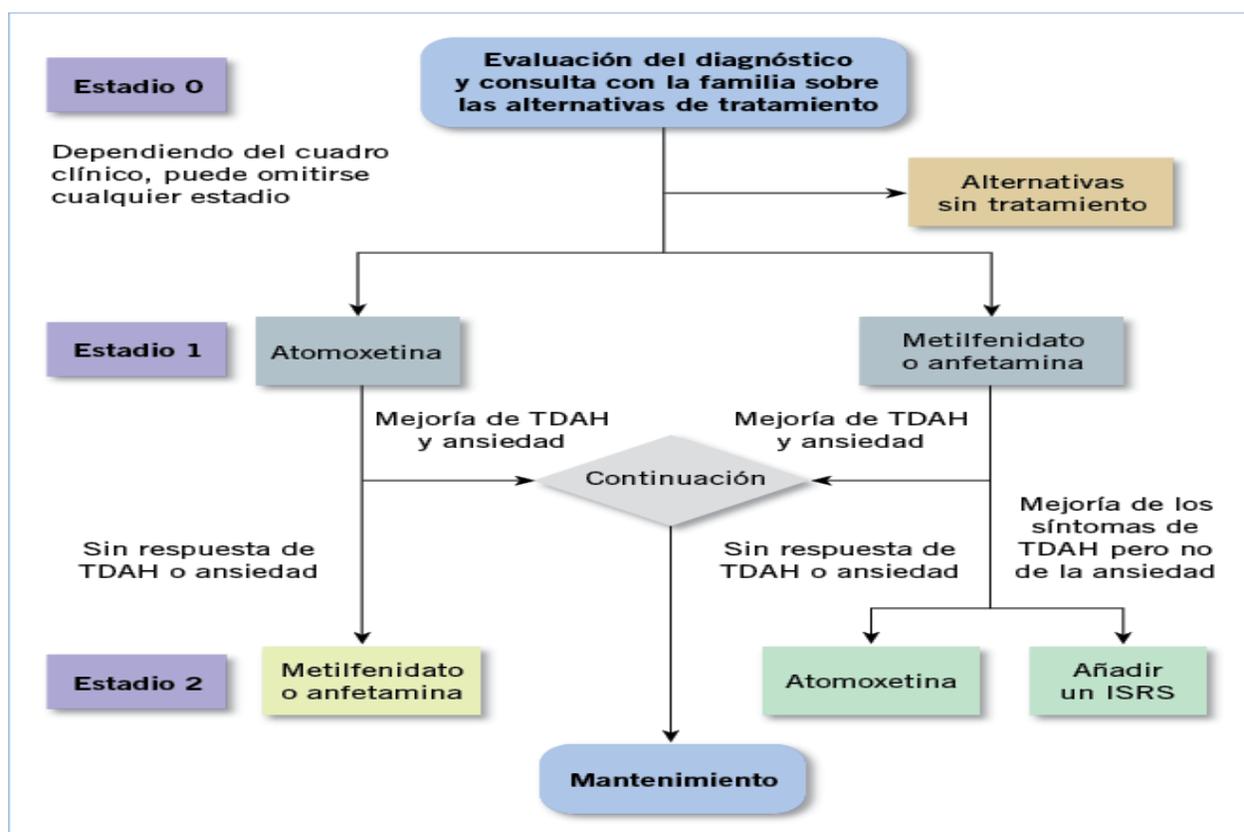
Figura 2*Diversas alteraciones**Fuente.* Artigas-Pallarés, 2011

- **El Modelo dual de comorbilidad con la dislexia.** Cuando se presentan los modelos de déficit múltiple aportan una comprensión a la organización cognitiva del trastorno de deficiencia de atención e hiperactividad, que otorgan facilidades de comprensión de determinadas comorbilidades, como pasa con la dislexia. Se conoce la presencia de la dislexia.

- El Modelo dual de comorbilidad con el autismo:** Los déficits en la esfera ejecutiva son indiscutibles en los autistas de alto nivel o en el caso de niños con trastorno de Asperger (situaciones de controversias en la autorregulación comportamental y emocional, problemas de interacción y respuesta al medio, problemas en la autorregulación emocional rigidez cognitiva, así como dificultad en la confección de respuestas de nivel complejo).

Figura 3

Modelo de Comorbilidad



Nota: Zúñiga, 2014

1.2.3.2. Programa de rehabilitación neuropsicológica. Bausela (2013, citado por Portella et al., 2016), respecto a la historia del Programa de rehabilitación neuropsicológica, nos dice que el documento conocido más antiguo sobre el tratamiento de personas con daño cerebral fue descubierto en Luxor, en el año 1862 y data de hace 3000 años. Itard ya describió la mayoría de las técnicas actuales en el siglo XVIII cuando trabajó con el niño salvaje de Aveyron. Goldstein (1942, citado por Portella et al., 2016)) afirmó que la era moderna de la rehabilitación comenzó durante la primera Guerra Mundial en Alemania como consecuencia del intento de incrementar el número de soldados con daño cerebral que sobrevivían. Luria (1978), considerado por muchos el padre de la neuropsicología, realizó la aproximación más rigurosa y científica a la rehabilitación del daño cerebral, basado en un modelo comprensivo del funcionamiento cerebral siguiendo la tradición de la línea soviética de los trabajos de Vygotsky en particular, este autor nos ha proporcionado uno de los mayores bagajes en el campo de la neuropsicología clínica y experimental con sus estudios con combatientes rusos. Se observó que siempre ha existido un interés muy particular en dar solución a los problemas neuropsicológicos, y la rehabilitación ha sido uno de los principales mecanismos, por los resultados obtenidos a lo largo de décadas, existe un abundante material científico que respaldada dicho mecanismo. A través de la práctica clínica desde la identificación de los trastornos de déficit de atención, se evidenció que la respuesta más pertinente es un programa de rehabilitación, que desarrolló e dos esferas como es la didáctica, y cognitiva, así como funcional y experiencial, en este último se centra en la recuperación de la capacidad para involucrarse en determinadas actividades de la vida cotidiana con la finalidad de favorecer el desenvolvimiento en el entorno sin que ello implique el trabajo en la restitución de las funciones cognitivas comprometidas.

A. **Definiciones.** La Rehabilitación Neuropsicológica tiene como objetivo general, el mejorar las funciones mentales, que han resultado afectadas como consecuencia del daño cerebral, sobre todo en atención, memoria, lenguaje, percepción, psicomotricidad, función ejecutiva y emoción, así como devolver al paciente el nivel de funcionamiento. La Organización Mundial de la Salud, en el segundo informe del Comité de Expertos, realizado en la ciudad de Ginebra, en 1968, que va a definir el termino de rehabilitación como el conjunto de acciones de índole profesional, social o educativa que están destinadas a la restitución del paciente minusválido a una mayor capacidad e independencia posibles. Así mismo el informe técnico 688 emitido en 1981, del denominado Comité de Expertos sobre discapacidad, Prevención y Rehabilitación de la Organización Mundial de la Salud, le otorgaba a la rehabilitación contenidos, esto trabajos por sesiones o sistematizados para el logro de una finalidad.

Sohlberg y Mateer (1989) definen la rehabilitación neuropsicológica como un proceso de nivel terapéutico, cuya finalidad es el incremento para mejorar la capacidad de la persona para un proceso y uso de los datos que ingresa, así como permitir un funcionamiento adecuado en la vida cotidiana.

1.2.3.3. Tipos. Dentro de la rehabilitación neuropsicológica podemos actuar de diferentes maneras con el fin de que el paciente pueda recuperar la funcionalidad. Para Castellero (2009, citado por Sepúlveda y Espina, 2021) menciona que el tratamiento debe ser enfocándolo hacia la posibilidad de recuperar las funciones perdidas. Concretamente podemos encontrar los tres siguientes grandes enfoques, si bien puede añadirse la optimización como un cuarto enfoque a tener en cuenta. Tenemos: *Restauración o restitución de funciones*. Es el denominado enfoque de

neurorrehabilitación que se va a centrar en la recuperación de los mismos mecanismos que la persona ha sido disminuido o perdido debido a la lesión cerebral que ha sufrido. Por ello en este caso se trabaja a través de la estimulación de diferentes funciones, que busca hacer un entrenamiento especial al paciente en su aplicación y la reconstrucción de la función (Castillero, 2009, citado por Sepúlveda y Espina, 2021). Compensación de funciones. Este tipo va a actuar cuando no se puede hacer una recuperación las funciones que se ha menoscabado, por lo cual el tratamiento se va a centrar en optimizar y potenciar las diferentes habilidades para que pueda compensar las que se han menoscabado y que dicho menoscabo no genere una discapacidad (Castillero, 2009, citado por Sepúlveda y espina, 2021). Sustitución: Tiene coincidencia con la compensación, en ese caso se boca que utilizando diferentes estrategias y medios la personas sea capaz de hacer una compensación del déficit en la esfera funcional o cognitiva, donde se utilizan diferentes habilidades opciones o también medios foráneos como agenda o alarma. Optimización. A diferencia de la compensación o sustitución de las habilidades que ya no existen, en este caso la rehabilitación neurológica va a actuar en forma que se mejoren las potencialidades y capacidades del paciente.

A. Restauración. Se usa el programa para la mejora de lectura de un niño con trastorno Cognitivo. En este caso el Programa, hizo uso de dos mecanismos, primero un entrenamiento de comunicación grafema-fonema y el segundo para la vinculación de nombre y conceptos. La respuesta de dicha aplicación demostró que los niños, que fueron parten del programa, tuvieron una mejora en su capacidad de lectura. Se ha realizado un diseño de un programa de intervención, cuya finalidad que hacer una mejora de la capacidad de autorregulación de un niño con trastorno de déficit de atención e hiperactividad, a través de la utilización del lenguaje. Par tal motivo se implementó actividades del juego, mediadas con reglas claras, que sirvieron al niño como

adiestramiento de retroacción y hubo una mejora la capacidad atencional. A ello se adiciona después el tratamiento, observó un incremento en el coeficiente intelectual del paciente. Así mismo, se ha hecho el diseño de un programa de rehabilitación neuropsicológica para una mejora las falencias en el ámbito cognitivo y comportamiento de un niño con epilepsia y con síntomas de trastorno de déficit de atención e hiperactividad. En dicho programa aparte de la terapia cognitiva conductual y psico-orientación familiar, el paciente recepcionó un entrenamiento en memoria y atención. Los resultados fueron que el niño tuvo una mejora respecto a su capacidad de atención sostenida funciones ejecutivas y la memoria.

Figura 4

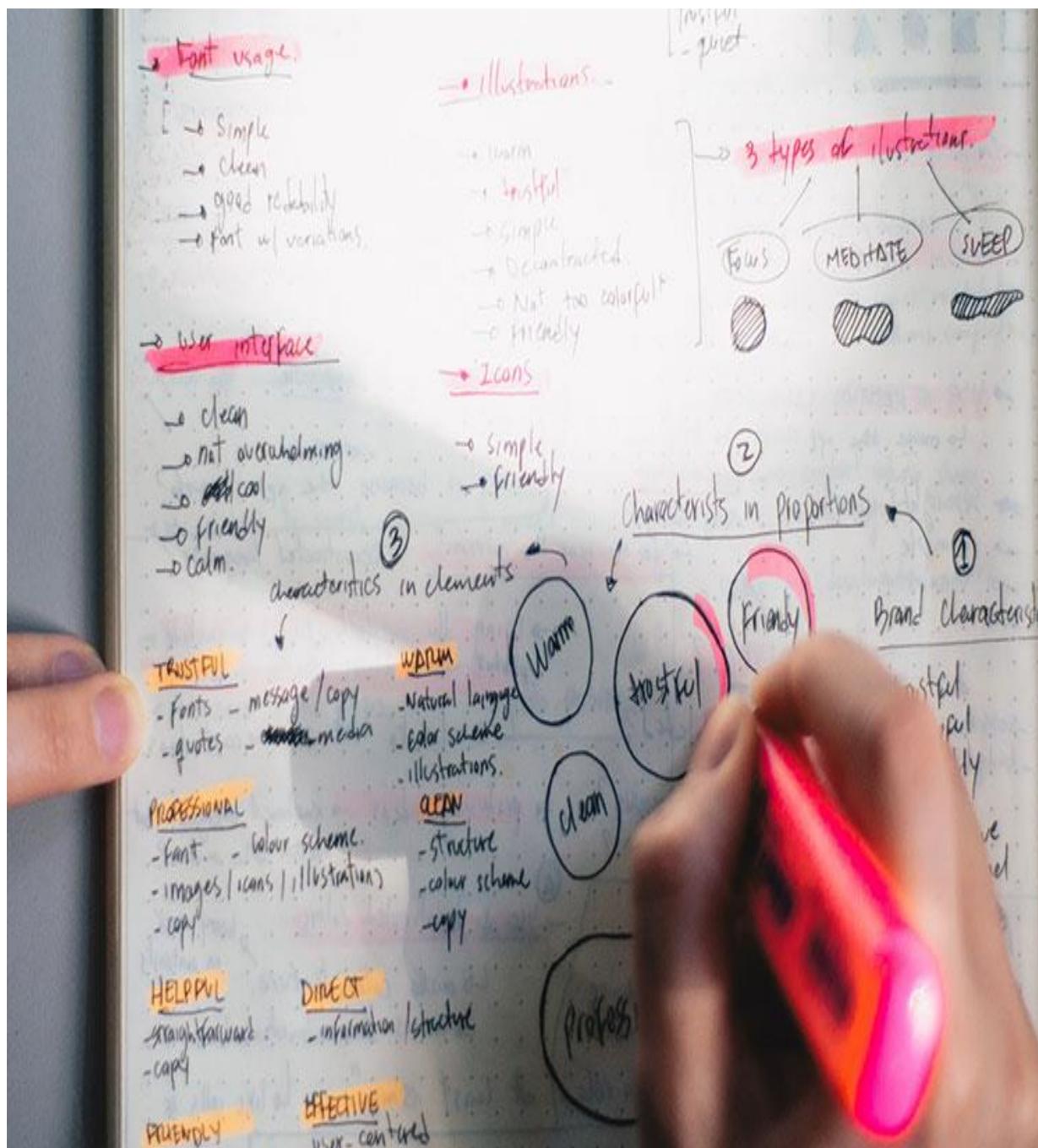
El proceso de rehabilitación en neuropsicología



B. *Compensación.* En el trabajo de Nejati et al. (2013) realizaron, un trabajo cuya finalidad es el aumento de la fluidez verbal en el caso de niños con disfemia a través de un programa de computadoras para el entrenamiento de 10 sesiones en el tiempo de una hora. Dicha intervención se basó en estudios que se realizaron antes que hicieran la sugerencia, que la atención tiene una gran relación con el lenguaje, por lo que los pacientes con trastorno específico del lenguaje, tienen un deterioro dentro de la esfera de su capacidad para inhibir respuestas. Los resultados demostraron que el grupo experimental tuvo una mejora significativa en la atención ejecutiva en la evaluación post y mostraron reducción en la severidad de la disfemia.

Figura 5

Tareas que se realiza

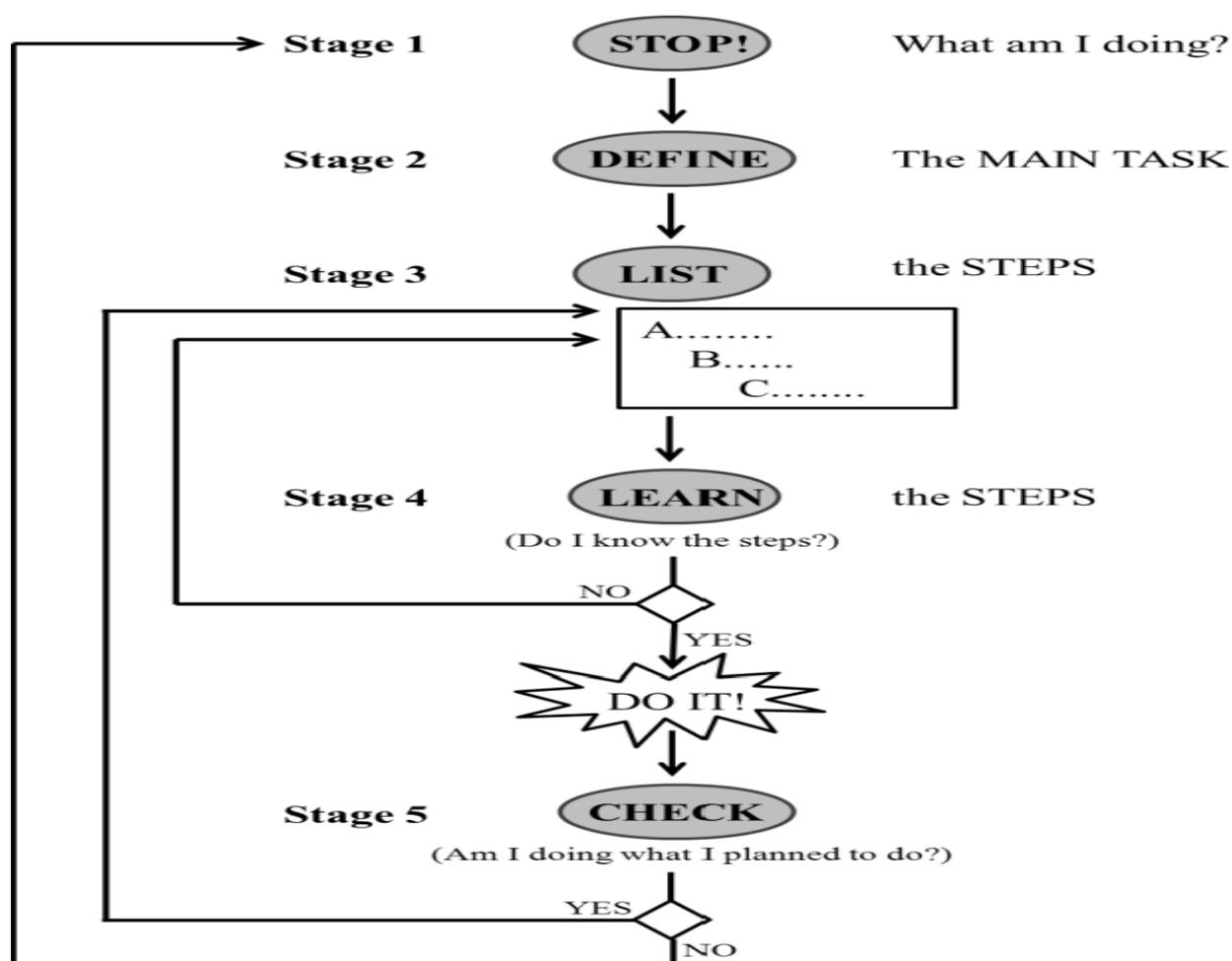


Nota. (<https://lecturaagil.com/tecnicas-de-estudio/>)

C. Integración. En la modalidad de integración, sólo se encontraron dos estudios. En ambos se utilizó una adaptación para niños del programa “Goal Management Training” (GMT), cuyo objetivo es el entrenamiento para el manejo de metas de la vida diaria. Los resultados de estos dos estudios mostraron que hubo un incremento en la capacidad de memoria prospectiva y en las funciones ejecutivas.

Figura 6

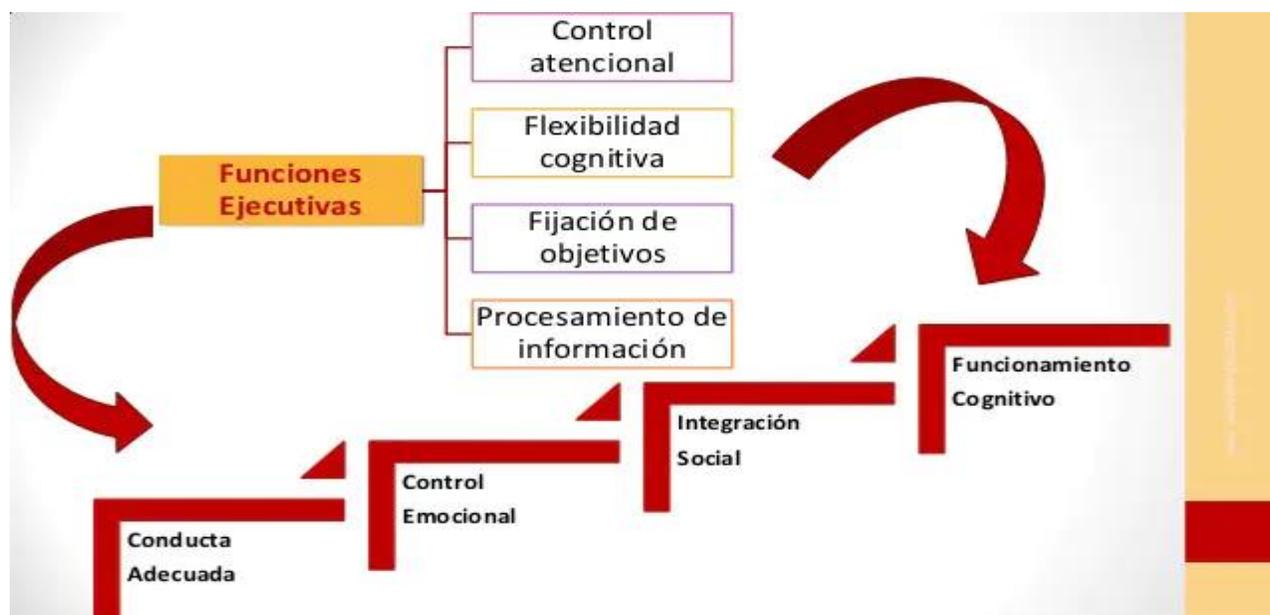
Parte de la integración



D. Ganancias funcionales reportadas. Se realizó un estudio de los efectos de la rehabilitación en la vida cotidiana de los participantes en la terapia. Se encontraron dos investigaciones (14%) informaron que hubo ganancia funcional de los programas que se implementó. En el trabajo de Krasny- Pacini et al. (2015), utilizaron adaptaciones del GT en niños, para entrenar a cinco niños en estrategias metacognitivas. En este caso se implementó un programa de entrenamiento para el majeo de objetivos y metas (GMT) adaptada a niños con trastornos de comportamiento. En este programa se les preparo en actividades de la vida diaria, como seguir una receta para realizar un platillo favorito o hacer una organización de las fotos.

Figura 7

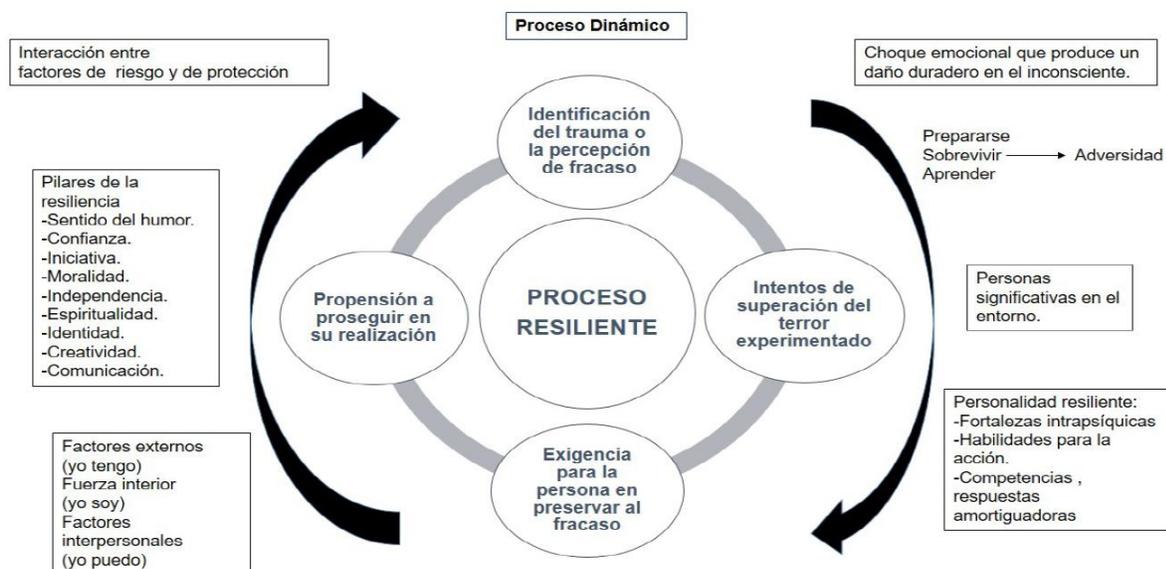
Funciones ejecutivas



E. Inclusión de la familia en la rehabilitación. Por último, se analizó el número de estudios que incluyeron a la familia en el proceso de rehabilitación de los niños. Se encontró que sólo tres de las investigaciones (21%) involucraron el trabajo con padres o familiares. En el estudio de Martínez et al. (2014) se diseñó un programa rehabilitación neuropsicológica para un niño con epilepsia y síntomas de TDAH. En dicho programa, se incluyeron sesiones de terapia familiar para los padres del participante, las cuales estaban orientadas al entrenamiento en el uso de diferentes técnicas de modificación de conductas inadecuadas. Los resultados mostraron que posterior al programa disminuyó la percepción de los padres acerca de los síntomas conductuales y de hiperactividad del niño.

Figura 8

Proceso resiliente



1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Diseñar un programa de rehabilitación neuropsicológica en un caso de Trastorno por déficit de atención e hiperactividad de tipo atencional.

1.3.2. Objetivos específicos

1. Detectar el grado de funcionalidad cognitiva en un niño con TDAH tipo atencional de Lima metropolitana.
2. Diseñar un programa de intervención neurocognitiva para mejorar los déficits cognitivos de un caso con TDAH tipo atencional que asistió a la consulta privada en Lima metropolitana.

1.4. Justificación

La investigación se justifica teóricamente porque busca el mejor entendimiento de la problemática del déficit de atención en la realidad peruana, esto tiene su base en la obtención de datos actualizados, los testimonios, el rol y trabajo que se plantee.

La investigación se justifica en la práctica, porque es trascendental tener conocimiento del déficit de atención en el niño o joven, pero desde un caso objetivo como es el caso elegido (niño de 9 años). La investigación alerta la urgencia de una intervención oportuna, y por lo tanto propone un programa de atención a la problemática, política pública implementada en todo el país que este encaminada a la búsqueda de la salud plena y el bienestar integral. Cabe mencionar que el objetivo del trabajo a nivel académico el hacer un recuento de investigaciones realizadas con el fin de que estas puedan ser una referencia a investigaciones futuras.

1.5. Impactos esperados del trabajo académico

Al diseñar el programa de rehabilitación neuropsicognitiva en TDAH tipo atencional, el paciente mejorará sus niveles atencionales como conductuales. Esta afirmación se realiza teniendo en cuenta los resultados obtenidos en diferentes programas neuropsicológicos referidos al tema, donde se evidenció mejoras notables en el TDAH tipo atencional. Como se ha observado, la neuropsicología en la actualidad presenta una amplitud de alternativas, que se han ido enriqueciendo con nuevos modelos e investigaciones. La neuropsicología está de plena actualidad dentro del ámbito de la psicología, la medicina y las neurociencias, ya que ha experimentado un fructífero desarrollo, especialmente en las dos últimas décadas. La popularidad que ha adquirido la neuropsicología se debe a diversas razones donde predominan los modelos de la neuropsicología clínica clásica y los de la neuropsicología cognitiva, se han ido consolidando nuevos enfoques inspirados en las aportaciones de la medicina nuclear y la neuroimagen, los cuales han aportado avances inimaginables hace tan solo unas décadas.

II. METODOLOGÍA

2.1. Tipo y diseño de investigación

En psicología clínica, de acuerdo con Roussos (2007) clasificó la metodología de los casos únicos como: diseños experimentales, observacionales (cuasiexperimentales o preexperimentales) y presentaciones de caso. Es en el segundo tipo: observacionales, en el cual tiene por utilidad ejemplificar la forma de un instrumento o método evaluativo que permitan generar un diagnóstico o medir un resultado, así como describir los efectos de un tratamiento terapéutico, lo cual también concuerda con lo propuesto. Además, Ato et al. (2013) refieren que la investigación a desarrollarse es de tipo empírica puesto que no hay manipulación de variables y se asigna al azar un tratamiento o intervención, pero, en el caso de los estudios de caso estos se usan en un contexto aplicado y sin la elección al azar de un tratamiento hacia la variable escogida, además las estrategias que se utilizan son de tipo manipulativa descriptiva.

2.2. Ámbito temporal y espacial

En cuanto al ámbito espacial el presente programa se llevó a cabo en un consultorio privado ubicado en Jesús María. En lo que respecta al tiempo de intervención este se dio en 3 meses siendo este una vez a la semana por un espacio de tiempo de 45 minutos.

2.3. Variables de investigación

Variable independiente: Programa neurocognitivo para trastorno de déficit de atención e hiperactividad.

Variable dependiente: Trastorno por déficit de atención e hiperactividad con predominio en la atención.

2.4. Participantes

Datos Generales

Apellidos y nombres	: R.M.N.M
Sexo	: Masculino
Edad	: 9 años
Lugar de Nacimiento	: Lima
fecha de nacimiento	: 06 de julio del 2012
Lugar de Procedencia	: Chorrillos
Escolaridad	: 3° grado de educación primaria
Fecha de Evaluación	: agosto 2021
Informantes	: R. R y M.L (padres)

2.5. Técnicas e Instrumentos

Técnicas utilizadas	: Observación de la conducta. Entrevista inicial
Instrumentos administrados	: Escala de Inteligencia de Weschler para Escolares (WISC V). Nuropsi Atención y Memoria. Cuestionario de madurez Neuropsicológica Escolar (CUMANES). Escala de evaluación de TDAH 5 para niños y adolescentes.

2.5.1 Técnicas utilizadas. Dentro de las técnicas que se han utilizado para la aplicación del programa de rehabilitación tenemos:

Go – no go: “hacer – no hacer”, formas de ejercicios que ayudan el desempeño en adquirir mejoras en la función ejecutiva de inhibición de la respuesta impulsiva y la flexibilidad cognitiva. Así como la atención y concentración.

Estimulación: actividades que se utilizan para mejorar y/o mantener las capacidades mentales de una persona. Utiliza como base la plasticidad cerebral

Modelado: Es una técnica terapéutica, donde la persona va aprender nuevos comportamientos a través de la imitación u observación del comportamiento de otros, que se van a llamar “modelos”

Reforzamiento positivo: Es una técnica en la cual un determinado comportamiento eleva su probabilidad de ocurrencia a raíz de un suceso que le sigue y que es valorado positivamente a la persona.

Técnica del entrenamiento: Otra técnica psicoterapéutica dentro de la esfera teórico-clínico de las terapias cognitivas- conductuales, que se van a utilizar para dar ayuda a los pacientes con déficits y dificultades en su conducta interpersonal.

Técnica de afrontamiento de problemas. Se realizan esquemas mentales intencionales de respuesta, que puede ser conductual, emocional o cognitiva, que son direccionados a minimizar, tolerar, reducir, dominar, las demandas internas y externas y los conflictos que se generan entre ellas, que van a poder a prueba o exceden los recursos de la persona.

Técnica de auto instrucciones: es una técnica que permite la modificación o la sustitución de las denominadas “auto verbalizaciones internas” que la persona utiliza antes, durante y después del enfrentamiento a una situación aversiva, por otras verbalizaciones más adaptativas.

La técnica de la tortuga: es una técnica de autocontrol de las emociones y los impulsos, que se usa la analogía de la tortuga por cómo se repliega dentro de su caparazón cuando se siente amenazada.

2.5.2. Instrumentos

1. Escala Wechsler de Inteligencia para Niños Quinta edición WISC V (Wechsler). del autor David Weschler que publico su trabajo en el 2014, Respecto a la significación, a una evaluación completa de la aptitud intelectual del niño. El tipo de aplicación es a nivel individual, el rango de aplicación, son en niños de edades entre los 6 años hasta los 16 años. La duración es de una hora aproximadamente para que se aplique 10 pruebas principales y 48 minutos aproximadamente para la aplicación de las 7 pruebas principales para el cálculo de CI total.

Baremos. La muestra fue representativa de 1008 años teniendo en cuenta los siguientes criterios de estratificación, como el nivel educativo, sexo, edad, zona geográfica y tipo de población.

Descripción: Está constituida por 15 pruebas, agrupadas por el dominio cognitivo que miden (se indica en negrita, las pruebas nuevas y en cursiva, las pruebas opcionales):

- a) Prueba de comprensión verbal.
- b) Pruebas de Comprensión Verbal: Semejanzas, Vocabulario, Información, Comprensión
- c) Pruebas de Visoespacial: Cubos, Puzzles visuales
- d) Pruebas de Razonamiento Fluido: Matrices, Balanzas, Aritmética
- e) Pruebas de Memoria de Trabajo: Dígitos, Span de dibujos, Letras y números
- f) Pruebas de Velocidad de Procesamiento: Claves, Búsqueda de símbolos, Cancelación

2. Cuestionario de Madurez Neuropsicológica Escolar (CUMANES)

La aplicación es individual. La edad que se debe aplicar es de 7 a 11 años. Tiempo de aplicación: ello puede variar, siendo aproximadamente de 45 a 50 minutos. En batería de pruebas tiene como finalidad la evaluación del desarrollo neuropsicológico global en niños con edades que fluctúan entre los siete once años. Así mismo a través de 12 subpruebas se va a evaluar el desarrollo cognitivo en las siguientes reas; memoria, ritmo, función ejecutiva, viso percepción, lenguaje, literalidad, así mismo el proceso de creación de este cuestionario se inició con él estudia a una muestra de 121 niños que tenían edades que fluctuaban entre 6 a 13 años. En esta primera versión se tuvo la misma cantidad de subpruebas que la versión definitiva, a ello se adiciona una subprueba de psicomotricidad, la cual fue eliminada porque no era capaz de hacer discriminación entre los diferentes grupos de edades. Ahora a partir de estudios estadísticos, se concluye que la mayoría de las interrogantes, tenían consistencia interna, aunque en el caso de los que no obtuvieron índices de discriminación, fueron descartados y en su lugar se agregaron otros nuevos. Las modificaciones más relevantes entre la versión preliminar y la versión definitiva, tiene que relacionarse con la incorporación de un mayor umero de preguntas o el incremento de su dificultad en los exámenes de comprensión lingüísticas, memoria y función ejecutiva (Portellano et al., 2005).

3. Neuropsi Atención y Memoria. Fue elaborado por la Dra. Feggy Ostrosky-Solís, Mtra. Ma. Esther Gómez¹, Dra. Esmeralda Matute, Dra. Mónica Rosselli, Dr. Alfredo Ardila y Dr. David Pineda. La edad de aplicación es de 6 - 85 años, de tipo individual. El tiempo de aplicación es de 20 minutos aproximadamente. Este instrumento fue diseñado para evaluar en detalle tipos de atención entre los que se encuentran la atención selectiva, sostenida y el control atencional; así como tipos y etapas de memoria incluyendo memoria de trabajo, y memoria a corto y largo plazo

para material verbal y visoespacial. Las áreas que evalúa son: Orientación, atención y concentración (Deficiencias en el nivel de conciencia o estado de activación, Atención selectiva, Atención sostenida, Control atencional). Memoria: Memoria sensorial, Memoria a corto plazo, Memoria a largo plazo, Memoria de trabajo.

4. Escala de evaluación de TDAH 5 para niños y adolescentes

DuPaul et al. (2016) reportan que la edad de aplicación es entre 5 – 17 años. Aplicación de tipo individual para el padre o maestro del niño. La versión para el hogar y la escuela consta de dos subescalas de síntomas: inatención nueve reactivos, Hiperactividad- impulsividad nueve reactivos, que se ajustan a las dos dimensiones sintomáticas descritas en el DSM 5. El propósito es describir las versiones para el hogar y la escuela de la escala de calificación del TDAH 5, ambas escalas se fundamentan en el criterio de diagnóstico del TDAH, descritos en el DSM 5. Se informa los datos normativos en cuanto a la valoración de síntomas en la escala de evaluación del TDAH 5 por edad y genero para tres puntuaciones: inatención, Hiperactividad e impulsividad y total.

2.5.3. Evaluación Neuropsicológica (caso clínico)

Etapas preliminar

Datos Generales

Apellidos y nombres	: R.M.N.M
Sexo	: Masculino
Edad	: 9 años
Lugar de Nacimiento	: Lima
fecha de nacimiento	: 06 de julio del 2012
Lugar de Procedencia	: Chorrillos

Escolaridad : 3° grado de educación primaria

Fecha de Evaluación : agosto 2021

Informantes : R. R y M.L padres

Motivo de Consulta. El niño acude a consulta acompañado de sus padres quienes señalan que solicitan evaluación en neuropsicología, debido a que el niño presenta dificultades para mantenerse atento, lo cual le trae dificultades en la escuela y en el hogar, le hablan y parece que está perdido. En la escuela no logra tener un buen rendimiento por lo que un año repitió el grado, además, hay problemas en las relaciones con sus pares, quienes lo rechazan por lo que se distrae, lo que produce reacciones de impulsividad, llantos y gritos del niño, estas conductas las presenta desde hace varios años atrás. Cuando asistía de manera presencial profesores le señalaban que era un niño distraído pero tranquilo, sin embargo, en casa mantenía las conductas mencionadas, en el último año ha continuado con dichas reacciones.

Historia personal. El niño es producto del cuarto embarazo, tiempo de gestación 7 meses, el parto se adelantó por accidente (caída), le realizaron cesárea de emergencia. La madre contaba con 35 años y padre con 49 años cuando nació el niño. Nació cianótico, presentando dificultades para reaccionar por lo que fue trasladado a UCI donde se quedó por un mes. Tuvo sepsis e ictericia le colocaron sonda. Al nacer pesó 2500gm, talla no recuerda, el médico le refirió que había nacido en malas condiciones teniendo pronóstico reservado. Sin embargo, al mes de nacido fue dado de alta por lo que señaló la madre estaba fuera de peligro. En referencia a las enfermedades que ha presentado durante su evolución tenemos: Sepsis neonatal en el nacimiento, Neumonía neonatal en la semana 3, se cayó a los 6 años estando internado por una semana por presentar hematoma en la cabeza los resultados de EEC dieron resultados normales. Levantó la cabeza 1 mes, Control

cefálico a los 5 meses, se sentó solo 6 meses y medio, comenzó a gatear a los 9 meses, deambulo 1 año 4 meses, en un inicio se caía de manera constante luego fue cogiendo estabilidad, en la actualidad su desarrollo es normal. En cuanto a la motricidad fina coge el lápiz en forma de pinza, sin embargo, se cansa rápido. Inicio del lenguaje: silabeo 1 año, palabras completas 1 año 8 meses, unión de 2 palabras 2 años, formación de oraciones 5 años, dificultades en la pronunciación de la r, ahora tiene mejor nivel comprensivo, aunque aún no es apropiado para su edad. En lo referente a su visión posee buena capacidad óptica.

Recibió lactancia artificial durante el mes que estuvo en UCI, luego lactancia mixta hasta el año, dejó el biberón 2 años 6 meses, alimentos comida desde los 6 meses, le costaba comer lo sólido, aunque ahora lo está haciendo mejor realiza sus propias actividades Cómo comer solo, bañarse, arreglar su habitación no interactúa mucho con los niños de la escuela puesto que los niños lo rechazan porque no responde en lo académico, en su barrio solo juega con dos niños, utiliza el celular con horarios establecidos por el padre. Inicio la escolaridad a los 5 años en inicial desde entonces presentaba dificultades para mantenerse atento, tenía conducta errática, estas conductas se han dado a lo largo de su etapa escolar en segundo grado repitió el grado, ahora se encuentra en tercer grado donde aún se evidencias dificultades en lo concerniente a su atención

Etapas de investigación selectiva de las funciones superiores. Para el presente caso se ha utilizado los siguientes instrumentos: La escala de inteligencia de Wechsler (WISC V).

Cuestionario de Madurez Neuropsicológica Escolar (CUMANES). Nuropsi Atención y Memoria.
Escala de Evaluación TDAH 5 para niños y adolescentes

2.5.4. Resultados de las pruebas aplicadas

1. Escala de Inteligencia de Weschler para niños Wisc (Versión-V)

Datos de filiación

Apellidos y nombres : R.M.N.M
fecha de nacimiento : 06 de julio del 2012
Edad : 9 años
Escolaridad : 3° grado de educación primaria
Lateralidad : Diestro
Fecha de Informe : 23 de agosto 2021
Evaluador : Rosario Huasasquiche

Prueba Aplicada. Escala de Inteligencia de Wechsler versión V Autor: David Wechsler

Motivo de Consulta. Evaluación Neuropsicológica a solicitud de Médico tratante por presentar desatención constante.

Observaciones Generales y de Conducta. Se le encontró participativo, sin embargo, su nivel de atención era bajo se distraía ante estímulos irrelevantes.

Resultados

Tabla 1

Resultados del test de inteligencia WISC V

Escala/Índice	C.I	Categoría
Comprensión Verbal	86	Medio Bajo
Viso Espacial	89	Medio Bajo
Razonamiento Fluido	94	Promedio
Memoria de trabajo	79	Limítrofe
Velocidad de procesamiento	75	Limítrofe
CI TOTAL	81	Medio Bajo

Nota. Puntuación media del WISC V del 90- 109

La tabla 1 refleja que el cociente intelectual del evaluado es interpretable, fiable y válido, alcanza un puntaje (CI: 81) que lo ubica en una categoría Medio Bajo y supera al 10% de su grupo normativo; además existe una probabilidad del 95% que su CIT se encuentre entre las puntuaciones de 76 y 78.

En Comprensión Verbal, (C. I= 86), obteniendo un rendimiento promedio en referencia a su desempeño en análisis-síntesis y establecimiento de relaciones conceptuales lo que permite indicar que su desempeño se encuentra dentro de lo esperado; en lo concerniente a su capacidad para la formación de conceptos lingüísticos, capacidad de aprendizaje y memoria de largo plazo se ubicó en un nivel inferior; es en el área comprensión de situaciones sociales obtuvo un desempeño inferior a partir de datos orales lo que indica que presenta dificultades para resolver situaciones de la vida cotidiana.

En el área Visoespacial, (C.I: 89) evidenciaron que su capacidad para determinar el nivel de razonamiento a partir de estímulos e información abstracta de tipo conceptual no verbal, así como en lo que respecta a su capacidad de análisis visual se ubicó en el nivel promedio; mientras que en lo que refiere a su capacidad y práctica constructiva organización perceptiva todo ello se ubica en el mismo nivel.

En Razonamiento Fluido, (C.I: 94) ha obtenidos puntajes homogéneos en su capacidad de razonamiento lógico deductivo y de la identificación de patrones visuales abstractos y de la capacidad de procesamiento simultaneo mediante analogías visuales encontrándose todos en la categoría promedio.

En el área de Memoria de Trabajo, (C.I: 79), en referencia a su capacidad de retención y almacenaje de información, así como de la habilidad de operar mentalmente con dicha información transformar y generar un resultado nuevo con ella todo ello se ubica en el nivel inferior

En cuanto al índice de Velocidad de Procesamiento (C.I = 75), sus puntajes son considerados como un nivel inferior en referencia a lo esperado para su edad, tanto en rapidez para las operaciones mentales verbales, memoria a corto plazo, previsión asociativa y rapidez motriz; en comprensión y planificación viso-perceptiva, capacidad para el procesamiento visual y secuencial se encontraron en el mismo nivel.

2. Cuestionario de madurez neuropsicológica escolar

Datos de filiación

Apellidos y nombres	: R.M.N.M
fecha de nacimiento	: 06 de julio del 2012
Edad	: 9 años
Escolaridad	: 3° grado de educación primaria
Lateralidad	: Diestro
Fecha de Informe	: 23 de agosto 2021
Tiempo	: 40 minutos
Evaluador	: Rosario Huasasquiche

Prueba Aplicada. CUMANES, Cuestionario de Madurez Neuropsicológica para Escolares

Autor: J.A. Portellano, R. Mateos y R. Martínez Arias

Motivo de Consulta. Evaluación Neuropsicológica a solicitud de Médico tratante por presentar desatención constante.

Observaciones Generales y de Conducta. Se le encontró participativo y colaborador sin embargo su nivel de atención era muy corto.

Resultados**Tabla 2***Resultados del cuestionario de madurez neuropsicológica*

Pruebas		Decatipo	
L	Comprensión audio verbal	4	Medio bajo
E	Comprensión de imágenes	5	Medio
N	Fluidez Fonológica	5	Medio
G	Fluidez semántica	6	Medio
U	Leximetria (Comprensión lectora)	5	Medio
A	(Velocidad lectora)	4	Medio bajo
J	Escritura audiagnostica	6	Medio
E	Viso Percepción	5	Medio
FUN.			
	Tiempo	5	Medio
Ejecutiva			
	Errores	3	Bajo
Memoria	Memoria Verbal	4	Medio bajo
	Memoria Visual	5	Medio
	Ritmo	8	Alto

Nota. Cumanes rango medio Decatipo 5 - 6

Tabla 3*Resultados del test de Lateralidad*

Lateralidad	
Mano	D
Ojo	D
Pie	D

Nota: D (derecho)

Las Tablas 2 y 3 muestran los resultados del cuestionario de madurez neuropsicológica, que indica un decatipo que oscila entre medio, alto y bajo, destacando el ritmo. La figura 3 indica que de acuerdo con los resultados que se han obtenido se deduce que el niño de iniciales R.M.N.M de 9 años en el índice de desarrollo obteniendo un percentil de 66 lo que implica que el niño se encuentra con un nivel de madurez Neurológica normal estando acorde para su edad cronológica. En el área de lateralidad las funciones evaluadas las realizo tanto con la mano el pie y ojo derecho lo que nos lleva a deducir que el niño se encuentra definido en sus preferencias para la realización de tareas.

3. Neuropsi Atención y Memoria

Datos de filiación

Apellidos y nombres : R.M.N.M
 Sexo : Masculino
 fecha de nacimiento : 06 de julio del 2012
 Edad : 9 años

Escolaridad : 3° grado de educación primaria

Lateralidad : Diestro

Fecha de Informe : 23 de agosto 2021

Tiempo : 40 minutos

Evaluador : Rosario Huasasquiche

Prueba Aplicada. Evaluación Neuropsi atención y memoria

Motivo de Consulta. Evaluación Neuropsicológica a solicitud de Médico tratante por presentar desatención constante.

Observaciones Generales y de Conducta. Niño de contextura delgada talla acorde a su edad, vestimenta apropiada para la estación. En referencia a su conducta se le encontró participativo y colaborador sin embargo su nivel de atención era muy corto. Solía distraerse ante estímulos medioambientales, además se frustraba cuando no lograba avanzar las tareas asignadas y se le acababa el tiempo.

Resultados

Tabla 4

Resultados del cuestionario de atención y memoria

PUNTUACIONES TOTALES	PPRETST	CLASIFICACIÓN
Total atención y funciones ejecutivas	72	Alteración Leve
Total memoria	83	Alteración leve
Total atención memoria	77	Alteración Leve

Nota. Neuropsi Atención y Memoria. Puntaje Normal 85 - 105

La Tabla 4 indica que el evaluado se encuentra en el área de orientación correctamente orientado, en tanto en el área de atención y concentración se encuentra deficiencia encontrándose con un puntaje compatible con una Alteración Leve dentro de su grupo de escolaridad y edad, en atención su habilidad para orientarse y enfocarse sobre un estímulo específico y la habilidad para sostener o mantener la atención, en lo que respecta al área de memoria obtuvo puntaje compatible a una alteración leve presentando deficiencia en todos los subtest.

4. Escala de evaluación TDAH 5

Datos de filiación

Apellidos y nombres	: R.M.N.M
Sexo	: Masculino
fecha de nacimiento	: 06 de julio del 2012
Edad	: 9 años
Escolaridad	: 3° grado de educación primaria
Lateralidad	: Diestro
Fecha de Informe	: 23 de agosto 2021
Tiempo	: 10 minutos
Evaluador	: Rosario Huasasquiche

Prueba Aplicada. Escala de evaluación TDAH 5 para niños y adolescentes.

Motivo de Consulta: Evaluación Neuropsicológica a solicitud de Médico tratante por presentar desatención constante.

Observaciones Generales y de Conducta. Se tomo la evaluación a los padres. Los mismos que se mostraban preocupados ante la situación del niño. Colaboraron de manera constante interesándose por cada ítem que conformaban la escala.

Resultados

Tabla 5

Resultados de la escala de evaluación TDAH 5

Puntuaciones	Percentil	Clasificación
Inatención	95	Alteración elevada
Hiperactividad	50	Sin alteración

Nota. Subescala de inatención padres mayor o igual a 90

La Tabla 5 indica que las puntuaciones obtenidas lo colocaron en el percentil 95 en la subescala de inatención y en el percentil 50 en la subescala de Hiperactividad e impulsividad, los padres señalaron deterioro en lo referido al desempeño de las tareas. La valoración de los padres es la subescala de inatención y la escala de deterioro señalan la presencia de un TDAH. Por otro lado, los puntajes referidos a la subescala de Hiperactividad e impulsividad estaban bajas por lo que se podía descartar la modalidad combinada del TDAH, todo ello lo ubica dentro de la categoría TDAH con predominio en el Déficit de atención.

5. Informe neuropsicológico final

Datos Generales

Apellidos y nombres	: R.M.N.M
Sexo	: Masculino
Edad	: 9 años
Lugar de Nacimiento	: Lima
fecha de nacimiento	: 06 de julio del 2012
Lugar de Procedencia	: Chorrillos
Escolaridad	: 3° grado de educación primaria
Fecha de Evaluación	: agosto 2021
Informantes	: R. R y M.L (padres)

Motivo de Consulta. Evaluación Neuropsicológica a solicitud de Médico (Neurología) tratante por presentar desatención de manera constante.

Técnicas e Instrumentos

Técnicas utilizadas : Observación de la conducta. Entrevista inicial

Instrumentos administrados : Escala de Inteligencia de Weschler para Escolares (WISC V).
Nuropsi Atención y Memoria. Cuestionario de madurez Neuropsicológica Escolar (CUMANES).
Escala de Evaluación TDAH- 5 para niños y adolescentes

Historia y antecedentes

Prenatal. El niño es producto del cuarto embarazo, no planificado, madre se enteró del embarazo a los 3 meses y medio, llevó CPN a partir de quinto mes. Tiempo de gestación 7 meses.

Perinatal. Madre fue atendida por el ginecólogo en el hospital donde alumbró a los 7 meses, por haber sufrido una caída le realizaron cesárea de emergencia se le rompió la fuente le colocaron anestesia local.

Post natal. El nació cianótico presentando dificultades para reaccionar por lo que fue trasladado a UCI donde se quedó por un mes. Presentó sepsis. Al nacer pesó 2500gm, talla no recuerda, el médico le refirió que había nacido en malas condiciones teniendo pronóstico reservado. Sin embargo, al mes de nacido mejoró notablemente por lo que fue dado de alta.

Historia médica. En referencia a las enfermedades ha presentado: Sepsis neonatal en el nacimiento, Neumonía neonatal, se cayó golpeándose la cabeza a los 6 meses estuvo internado por presentar hematoma subdural, durante la caída perdió el conocimiento por espacio corto, Fue evaluado por neurología le realizaron EEG cuyos resultados fueron normales. Actualmente le han dado diagnóstico de Déficit de atención. Audición y visión dentro de la norma estos chequeos le realizaron luego del accidente.

Historia del neuro desarrollo muscular. Levantó la cabeza 1 mes, Control cefálico a los 5 meses, se sentó solo 6 meses y medio, comenzó a gatear a los 9 meses, deambulo 1 año 4 meses, en un inicio se caía de manera constante luego fue cogiendo estabilidad, en la actualidad su desarrollo es normal. En cuanto a la motricidad fina coge el lápiz en forma de pinza, sin embargo, se cansa rápido.

Historia de la habilidad para hablar del lenguaje y visión. Inicio del lenguaje: silabeo 1 año, palabras completas 1 año 8 meses, unión de 2 palabras 2 años, formación de oraciones 5 años, dificultades en la pronunciación de la r, ahora tiene mejor nivel comprensivo, aunque aún no es apropiado para su edad. En lo referente a su visión posee buena capacidad óptica según le han referido a la madre.

Formación de hábitos: alimentos. Lactancia artificial durante el mes que estuvo en UCI, luego lactancia mixta hasta el año dejó el biberón 2 años 6 meses, alimentos comida desde los 6 meses, le costaba comer lo sólido, aunque ahora lo está haciendo mejor. Higiene: se asea solo, sin embargo, tienen que indicarle por varias veces para que lo haga.

Independencia personal: realiza sus propias actividades Cómo comer solo, bañarse, arreglar su habitación, aun lo acompañan a la escuela.

Juegos: no interactúa mucho con los niños en el colegio puesto que los niños lo rechazan porque no responde en lo académico, en su barrio solo juega con dos niños, utiliza el celular con horarios establecidos por el padre.

Historia escolar: Inicio la escolaridad a los 5 años en inicial desde entonces presentaba dificultades para mantenerse atento, tenía conducta errática, estas conductas se han dado a lo largo de su etapa escolar en segundo grado repitió el grado, ahora se encuentra en tercer grado donde aún se evidencias dificultades en lo concerniente a su atención.

Observaciones Generales y de Conducta: Paciente de tez trigueña, cabello lacio negro, contextura delgada, con una estatura aproximada de un 1.40 m., asistió a cada evaluación aseado de manera adecuada y con vestimenta acorde con la estación. Se mostró colaborador durante las evaluaciones, sin embargo, solía distraerse ante cualquier situación quedándose con mirada perdida por momentos. Durante las evaluaciones asiste en compañía de alguno de los padres.

Pruebas administradas: Escala de Inteligencia de Weschler para Escolares (WISC V). Nuropsi Atención y Memoria. Cuestionario de madurez Neuropsicológica Escolar (CUMANES). Esca de evaluación TDAH 5 para niños y adolescentes.

Resultados. En el área intelectual a nivel cuantitativo el paciente obtuvo un Coeficiente Intelectual de 81 equivalente a Medio Bajo, en el área verbal obtuvo un puntaje de 86 Medio Bajo, en el área

Viso espacial obtuvo un puntaje de 89 nivel Medio Bajo, en Razonamiento Perceptivo obtuvo un C.I: 94 nivel promedio, en Memoria de trabajo C.I: 79 Límite, Velocidad de Procesamiento C.I: 75 Límite. Evidencia deficiencia en su capacidad de atención y concentración: atención sostenida y selectiva, su capacidad de memoria es deficiente en la codificación y evocación.

En el análisis Neuro funcional según los indicadores observados se puede deducir que el niño presenta alteración difusa con predominio del lóbulo prefrontal. A nivel de conducta emociones se evidencia impulsividad, poca tolerancia a la frustración y deficiencia para solucionar los problemas que se le pueden presentar en la vida cotidiana.

Impresión Diagnóstica. Teniendo en cuenta las características clínicas en comparación con el Manual de Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V (2014) se considera que el niño presenta TDAH con predominio en la desatención.

Recomendaciones. Para el niño: Diseñar un programa de rehabilitación neurocognitiva con el objetivo de mejorar sus funciones ejecutivas atencionales y su comportamiento adaptativo. Para la familia: Brindar apoyo en tareas escolares teniendo en cuenta la organización del tiempo. Buscar apoyo psicopedagógico. Para la escuela: Establecer estrategias psicopedagógicas funcionales para el caso. Incentivar la sociabilidad, el respeto y la convivencia a través de la empatía.

2.6. Intervención Neuropsicológica

2.6.1. Programa de rehabilitación neurocognitiva

Datos Generales

Denominación: Programa de intervención neurocognitiva de las funciones ejecutivas atencionales

Establecimiento : Consultorio psicológico

Dirección : Av. General Garzón 1283 Jesús María

Caso	: TDAH tipo atencional.
N° Sesiones	: 15 sesiones
Duración	: 4 meses
Responsables	: Huasasquiche Yong Rosario Isabel

Fundamentación. Programa de rehabilitación neurocognitiva en el trastorno por déficit de atención, e hiperactividad con predominio en la desatención, es planteamiento de solución en torno a una conducta controversial como el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, en donde se identifica un deficiente desarrollo en la organización de la conducta, específicamente de las formas de actividad intencionada y consiente. Determinados niños, como el caso seleccionado han presentado dificultades en la autorregulación y organización de la conducta y un comportamiento inadecuado respecto a lo que se espera para su edad y desarrollo intelectual, aunque el niño tiene la capacidad de forma un objetivo para su actividad, no logra mantenerse en ella, no tiene la capacidad para planear y tener el seguimiento de las acciones para alcanzare sus metas que se había propuesto, cuando aparecen estímulos de índole visual o auditivo externo lo distraen con facilidad desviándolo de su finalidad.

Justificación. Es trascendental plantear en base al estudio y al caso seleccionado y la experiencia de la investigadora, alternativas de solución actuales y que se han seleccionado como las mejores para enfrentar el trastorno por deficiencia de atención e hiperactividad (TDAH), que viene siendo un problema constante en todas las realidades como la peruana, es uno de los problemas más frecuentes que se identifican en los niños en la etapa preescolar y que se agudizan en la etapa

escapar, se observa escaso autocontrol, impulsividad, atención voluntaria y una marcada actividad motora desde los primeros años de infancia y en forma generalizada.

Objetivo. Diseñar sesiones de intervención en atención alternante selectiva y sostenida a través de ejercicios y tareas.

Propósito. La meta es la elaboración y aplicación de un programa de rehabilitación neurocognitiva en el trastorno por déficit de atención, impulsividad y sin hiperactividad.

Metodología. En el programa de funciones ejecutivas atencionales se aplicará el método de participación a través de técnicas de incrementar la conducta atencional

Recursos. Humano: Ps. Rosario huasasquiche Yong

Logístico: Hojas, lapiceros, papelógrafos, revistas, sillas, impresora

Descripción de las sesiones

El programa de rehabilitación neurocognitiva en un caso de TDAH con predominio en la desatención, que se dividió en 13 sesiones, cada sesión, se desarrolló, en base a los objetivos planteados, precisando en cada uno de ellos el tiempo empleado, la meta a lograr, las actividades a realizar para el logro de dicha meta, la metodología utilizada paso a paso, los materiales seleccionados para ello, así como el responsable de cada sesión.

Las sesiones tienen una duración de 45 minutos según la necesidad del tema, asimismo se dieron una vez a la semana empezando en el mes de setiembre culminado en diciembre del 2021

PROGRAMA DE SESIONES

Sesión 1

Fecha : 13 de setiembre del 2021

Título : Retención de dígitos

Ambiente : Aula destinada al programa.

Objetivo eje : Estimular las funciones ejecutivas de atención selectiva

Nota : Las sesiones fueron aplicadas con las medidas de bioseguridad

Tabla 6

Sesión 1. Entrenamiento en retención de dígitos

Actividad	Procedimiento	Técnica/Estrategia	Materiales	Tiempo
Inicio	Se les indica a los niños que tendrán que acordarse de los nombres de sus compañeros los cuales irán repitiendo según vaya avanzando.	Dinámica conociendo nuestros nombres	Sillas	10 min.
Intervención	Se le indica al niño que se le dirá unos números que en primera instancia repetirán de igual manera, y en el segundo de los casos la repetición será en forma inversa.	Dígitos en progresión y dígitos en regresión	Lápices Hojas	25 min.
Cierre	Se estimula al niño a que pueda darse cuenta como esta y que puede mejorar.	Dinámica de cierre. ¿Cómo estoy?		10 min.

Figura 9

Retención de dígitos

8

Dígitos



TERMINACIÓN: Puntuación 0 en los dos intentos de cualquier elemento. Aplicar los dos intentos de cada elemento aunque se haga bien el primero. Aplicar el orden inverso aunque se falle en el orden directo



PUNTUACIÓN
En cada intento: 0 ó 1 punto en cada respuesta
Puntuación del elemento: Intento 1 + Intento 2

		ORDEN DIRECTO	Punt.	Puntuación		
		Elemento/Intento	intento	elemento		
1	1	1-7	0 1	0 1 2		
	2	6-3	0 1			
2	1	5-8-2	0 1	0 1 2		
	2	6-9-4	0 1			
3	1	6-4-3-9	0 1	0 1 2		
	2	7-2-8-6	0 1			
4	1	4-2-7-3-1	0 1	0 1 2		
	2	7-5-8-3-6	0 1			
5	1	6-1-9-4-7-3	0 1	0 1 2		
	2	3-9-2-4-8-7	0 1			
6	1	5-9-1-7-4-2-8	0 1	0 1 2		
	2	4-1-7-9-3-8-6	0 1			
7	1	5-8-1-9-2-6-4-7	0 1	0 1 2		
	2	3-8-2-9-5-1-7-4	0 1			
8	1	2-7-5-8-6-2-5-8-4	0 1	0 1 2		
	2	7-1-3-9-4-2-5-6-8	0 1			
		Puntuación orden directo (máxima=16)				

		ORDEN INVERSO	Punt.	Puntuación		
		Elemento/Intento	intento	elemento		
1	1	2-4	0 1	0 1 2		
	2	5-7	0 1			
2	1	6-2-9	0 1	0 1 2		
	2	4-1-5	0 1			
3	1	3-2-7-9	0 1	0 1 2		
	2	4-9-6-8	0 1			
4	1	1-5-2-8-6	0 1	0 1 2		
	2	6-1-8-4-3	0 1			
5	1	5-3-9-4-1-8	0 1	0 1 2		
	2	7-2-4-8-5-6	0 1			
6	1	8-1-2-9-3-6-5	0 1	0 1 2		
	2	4-7-3-9-1-2-8	0 1			
7	1	9-4-3-7-6-2-5-8	0 1	0 1 2		
	2	7-2-8-1-9-6-5-3	0 1			
		Puntuación orden inverso (máxima=14)				

+=

Puntuación
orden directo

Puntuación
orden inverso

Total
(máxima=30)

Sesión 2

Fecha : 29 de setiembre del 2021

Título : Autocontrol atencional

Ambiente : Aula destinada al programa

Objetivo eje : Inhibición y autorregulación de la conducta

Tabla 7*Sesión 2. Autocontrol atencional*

Actividad	Procedimiento	Técnica/Estrategia	Materiales	Tiempo
Inicio	Se le indica al niño que utilice las luces del semáforo como señales emocionales rojo: pare, amarillo: piensa, verde actúa	Técnica del semáforo	Plumones Cartulina Figuras	10 min.
Intervención	El niño intentara responder de manera contraria a la natural y que pueda combinar con respuestas adecuadas	Técnica de go- no go	Hojas Plumones Temperas	25 min
Cierre	Se expone los trabajos y se destaca la importancia de la regulación a la hora de actuar	Registro de resultados	Hojas Lapiceros afiches	10 min.

Figura 10

Controlando mis respuestas

• Cuando aparezca  di "Sí".
 • Cuando aparezca  di "No".
 • Cuando aparezca otro medio de transporte, no digas nada.

Fuente. <https://www.orientacionandujar.es/2021/05/17/actividad-para-trabajar-el-control-inhibitorio/>

Sesión 3

Fecha : 27 de setiembre del 2021

Título : Atención alternante de figuras geométricas

Ambiente : Aula destinada al programa.

Objetivo eje: Estimular la toma de decisiones a través de la flexibilidad del pensamiento

Tabla 8*Sesión 3. Procedimiento de la intervención*

Actividad	Procedimiento	Técnica/Estrategia	Materiales	Tiempo
Inicio	Se le indica al niño que con el dedo pulgar toco sus otros dedos primero suaves y luego de manera más rápida.	Dinámica de los dedos	Pizarra Plumones	10 minutos
Intervención	Se coloca una serie de cartas las cuales las que están combinadas por forma, color y cantidad. Para lo cual se le indica que asocie por cantidad, color y forma para lo cual se dará reforzamiento positivo como negativo	Las cartas de Wisconsin	Silla Mesa Cartas	25 minutos
Cierre	Se destaca la importancia del cambio en las respuestas aprendidas.	Registro de resultados	Hojas plumones	10 minutos

Figura 11

Estrategias para cambio en las respuestas



Fuente: <https://stimuluspro.com/blog/test-de-wisconsin-evaluacion-de-las-funciones-superiores/>

Sesión 4

Fecha : 04 de octubre del 2021

Título : Rutas y laberintos

Ambiente : Aula destinada al programa.

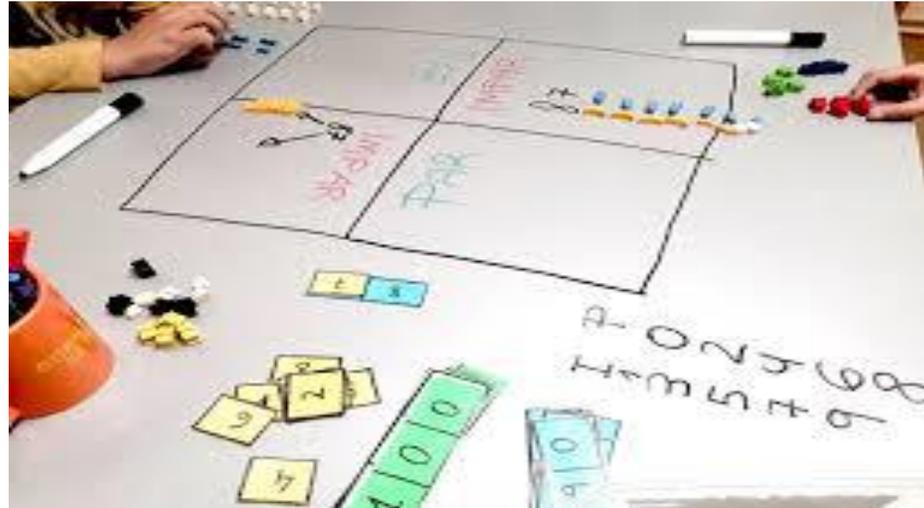
Objetivo eje : Estimular la atención sostenida

Tabla 9*Sesión 4. Rutas y laberintos*

Actividad	Procedimiento	Técnica/Estrategia	Materiales	Tiempo
Inicio	Se le indica al niño que nos diga todas las cosas que serían necesarias llevar en un viaje de vacaciones	Dinámica: Planeando mis vacaciones	Sillas Pizarra plumones	10 minutos
Intervención	Se le indica al niño que planifique una ruta en el zoológico sin dejar de visitar ciertos puntos, tomando en cuenta las normas establecidas	Versión 1 del test del Zoo	Sillas Ficha Colores papelógrafo lápices	25 minutos
Cierre	Se destaca la importancia de la flexibilidad a los cambios	Psicoeducación	Hojas plumones	10 minutos

Figura 12

Buscando soluciones



Fuente. <https://avanzosesma.com/poblacion/ninos-y-adolescentes/neuropsicologia-infantil-y-juvenil>

Sesión 5

Fecha : 11 de octubre del 2021

Título : Discriminación de sonidos verbales

Ambiente : Aula destinada al programa.

Objetivo eje : Estimular la atención y concentración

Tabla 10*Sesión 5. Discriminación de sonidos verbales*

Actividad	Procedimiento	Técnica/Estrategia	Materiales	Tiempo
Inicio.	Se le entrega al niño una	Encontrando el	Ficha	5 minutos
Dinámica de entrada	ficha con un laberinto donde el niño deberá encontrar la salida al laberinto.	camino	Plumones lápices	
Intervención	Estimular la actividad mental del niño reconociendo los verbos	Reconociendo verbos	Crayolas Láminas de acciones y de soluciones	20 minutos
Cierre	Se e indicara a niño que lea y responda a las preguntas de comprensión que se le realizara	Lectura y comprensión	Hojas Ficha Lápices	20 min.

Figura 13

Me concentro



Fuente. https://www.google.com/search?q=Mapa+de+problemas+++terapia+ni%C3%B1o&tbm=isch&hl=s-419&chips=q:mapa+de+problemas+terapia+ni%C3%B1o,online_chips:terapia+ocupacional:xigFM3EqdY%3D&sa=X&ved

Sesión 6

Fecha : 18 de octubre del 2021

Título : Velocidad de procesamiento

Ambiente : Aula destinada al programa.

Objetivo eje : Estimular la atención selectiva y focalizada

Tabla 11*Sesión 6. Velocidad de procesamiento*

Actividad	Procedimiento	Técnica/Estrategia	Materiales	Tiempo
Inicio	Se le entrega la ficha al niño indicándole que tiene un tiempo determinado para encontrar las palabras que están en la hoja	Sopa de letras	Hoja Lapiceros	15 min.
Intervención	Se le entrega la hoja al niño señalando los modelos que están en la parte de arriba los cuales tendrá que replicar en un tiempo determinado lo mismo para las dos actividades	Claves y búsqueda de símbolos	fichas lápices cronometro	15 min.
Cierre	Se leerá unas palabras, luego tendrás que repetir la que recuerdes no importa el orden.	Curva de memoria verbal	Hojas lapices	15 minutos

Figura 14

Ejercicios de concentración



Fuente. <https://ar.pinterest.com/pin/794463190494574276/>

Sesión 7

Fecha : 25 de octubre del 2021

Título : Automonitoreo

Ambiente : Aula destinada al programa.

Objetivo eje : Estimular la atención alternante y la atención sostenida

Tabla 12

Sesión 7. Automonitoreo

Actividad	Procedimiento	Técnica/estrategia	Materiales	Tiempo
Inicio:	Se realizará una rueda con opciones de cosas que puedan hacer para calmarse cuando estén frustrados para lo cual se dibuja o pega las opciones elegidas.	La rueda de las emociones	cartulina figuras Plumones	10 min.
Intervención	Empieza a leer vas controlando el tiempo. Cada vez que transcurra 1 minuto debes parar de leer, y hacer una marca con el lápiz. Vuelve a poner el tiempo y reanuda la lectura en la línea anterior , debes seguir y detenerte en el minuto: 2, en el 3 y así consecutivamente. Lee un texto. Cuando llegues a la décima palabra pon un 10 en su lugar. Sigue copiando. Haz lo mismo con la palabra 20, y así cada diez palabras, hasta llegar a la palabra 150. cuando termines anota el tiempo transcurrido al final de la hoja.	El Reloj: (lectura, medida de tiempo y asimilación de contenido) Palabras, monitoreo de lectoescritura	Hojas lapiceros Cronometro Texto Hojas Lápices	25 min.
Cierre	Se incide en la importancia de interiorizar las operaciones intelectuales destacar los errores para evitar volverlos a cometer	Intervención de participantes	Hoja papel bond.	10 minutos

Figura 15

Autorregulando mis conocimientos



Fuente. <https://www.guiainfantil.com/articulos/educacion/escuela-colegio/actividades-de-autorregulacion-en-el-aula-para-ninos/>

Sesión 8

Fecha : 02 de noviembre del 2021

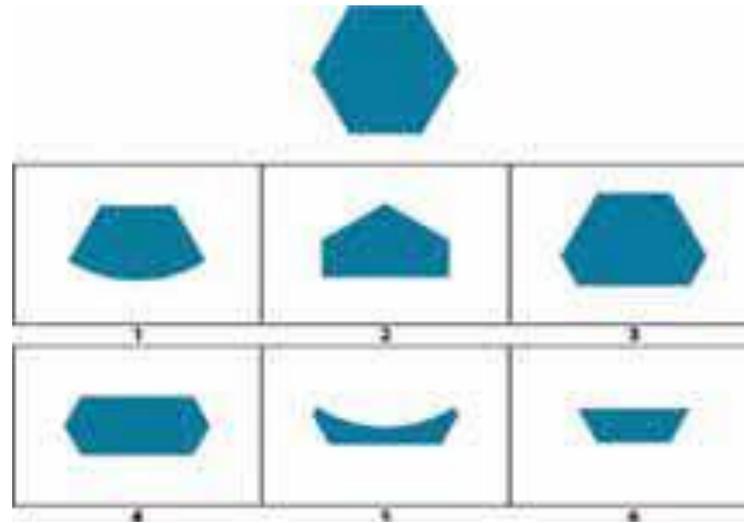
Título : Discriminación visual

Ambiente : Aula destinada al programa.

Objetivo eje : estimular la atención dividida

Tabla 13*Sesión 8. Discriminación visual*

Actividad	Procedimiento	Técnica/Estrategia	Materiales	Tiempo
Inicio	Se le entregará un rompecabezas la tendrá que observar por un momento para luego armar según el modelo mostrado	Puzles	Puzle	15 min.
Intervención	Se le indica al niño que determine cuál de las tres caras que integran cada ítem es diferente de las otras dos las cuales ira marcado en un tiempo determinado Se le muestra figuras y las partes de las mismas incluidas otras donde el niño tendrá que elegir cuales forman parte de la figura mostrada	Caras Puzles visuales	Hojas Lápices Cronometro Laminas Hojas Lápices	25 min.
Cierre	Se resalta el trabajo en equipo	Hoja de registro	Papel	10 min.

Figura 16*Puzles visuales*

Fuente: <https://www.pearsonclinical.es/Portals/0/DocProductos/Folleto%20WISC%20V.pdf>

Sesión 9

Fecha : 08 de noviembre del 2021

Título : Ordenamiento de símbolos

Ambiente : Aula destinada al programa.

Objetivo eje : Estimular la concentración

Tabla 14*Sesión 9. Ordenamiento de símbolos*

Actividad	Procedimiento	Técnica/Estrategia	Materiales	Tiempo
Inicio	Se le indica que siga el orden e indique lo más rápido que pueda los números que se le ha dicho, estos pueden ir hacia la derecha o hacia la izquierda, además de tener que memorizar las instrucciones que se le dieron en el inicio	Juego de mesa	Juego de mesa Lápices	15 min.
Intervención	Se le indica que debe repetir las letras y números, pero en orden de menor a mayor y en orden alfabético. El niño debe unir los círculos de manera ascendente lo más rápido posible. Y, por otro lado, se debe unir de manera ascendente y alternante los círculos, que en este caso contienen 13 números y 12 letras	Letras y números TMT-B	Hojas Papales lapiceros Figura lápices Hojas	20 min
Cierre	Se hace un recordatorio a nivel grupal de lo realizado en la sesión	Dinámica grupal	Hoja bond.	10min

Figura 17

Letras y numeros

7. Secuencia de números y letras

Actividad El alumno debe completar la actividad de acuerdo con el nivel de dificultad que se le indique.
 Actividad El alumno debe completar la actividad de acuerdo con el nivel de dificultad que se le indique.

Nivel de dificultad		Actividad		Nivel de dificultad	
Actividad	Nivel de dificultad	Actividad	Nivel de dificultad	Actividad	Nivel de dificultad
1. 1-2-3-4	2-3-4-5	1-2-3-4	5-6-7-8		
2. 1-2-3-4	5-6-7-8	1-2-3-4	5-6-7-8		
3. 1-2-3-4	5-6-7-8	1-2-3-4	5-6-7-8		
Actividad de aplicación de la secuencia de números y letras					
1. 1-2-3-4	5-6-7-8	1-2-3-4	5-6-7-8		
2. 1-2-3-4	5-6-7-8	1-2-3-4	5-6-7-8		
3. 1-2-3-4	5-6-7-8	1-2-3-4	5-6-7-8		
4. 1-2-3-4	5-6-7-8	1-2-3-4	5-6-7-8		
5. 1-2-3-4	5-6-7-8	1-2-3-4	5-6-7-8		
6. 1-2-3-4	5-6-7-8	1-2-3-4	5-6-7-8		
7. 1-2-3-4	5-6-7-8	1-2-3-4	5-6-7-8		
8. 1-2-3-4	5-6-7-8	1-2-3-4	5-6-7-8		
9. 1-2-3-4	5-6-7-8	1-2-3-4	5-6-7-8		
10. 1-2-3-4	5-6-7-8	1-2-3-4	5-6-7-8		
Actividad de aplicación de la secuencia de números y letras					
1. 1-2-3-4	5-6-7-8	1-2-3-4	5-6-7-8		
2. 1-2-3-4	5-6-7-8	1-2-3-4	5-6-7-8		
3. 1-2-3-4	5-6-7-8	1-2-3-4	5-6-7-8		
4. 1-2-3-4	5-6-7-8	1-2-3-4	5-6-7-8		
5. 1-2-3-4	5-6-7-8	1-2-3-4	5-6-7-8		
6. 1-2-3-4	5-6-7-8	1-2-3-4	5-6-7-8		
7. 1-2-3-4	5-6-7-8	1-2-3-4	5-6-7-8		
8. 1-2-3-4	5-6-7-8	1-2-3-4	5-6-7-8		
9. 1-2-3-4	5-6-7-8	1-2-3-4	5-6-7-8		
10. 1-2-3-4	5-6-7-8	1-2-3-4	5-6-7-8		
Actividad de aplicación de la secuencia de números y letras					
1. 1-2-3-4	5-6-7-8	1-2-3-4	5-6-7-8		
2. 1-2-3-4	5-6-7-8	1-2-3-4	5-6-7-8		
3. 1-2-3-4	5-6-7-8	1-2-3-4	5-6-7-8		
4. 1-2-3-4	5-6-7-8	1-2-3-4	5-6-7-8		
5. 1-2-3-4	5-6-7-8	1-2-3-4	5-6-7-8		
6. 1-2-3-4	5-6-7-8	1-2-3-4	5-6-7-8		
7. 1-2-3-4	5-6-7-8	1-2-3-4	5-6-7-8		
8. 1-2-3-4	5-6-7-8	1-2-3-4	5-6-7-8		
9. 1-2-3-4	5-6-7-8	1-2-3-4	5-6-7-8		
10. 1-2-3-4	5-6-7-8	1-2-3-4	5-6-7-8		

100

Permite identificar
pláticas en 100

Fuente. <https://www.pinterest.com.mx/carlossantag82/>

Sesión 10

Fecha : 15 de noviembre del 2021

Título : Rastreo visual

Ambiente : Aula destinada al programa.

Objetivo eje : Estimular la atención selectiva

Tabla 15*Sesión 10. Rastreo visual*

Actividad	Procedimiento	Técnica/Estrategia	Materiales	Tiempo
Inicio	Se le entrega al niño una hoja con dos figuras aparentemente iguales, sin embargo, hay diferencias las cuales serán encontradas por el niño	Encontrando las diferencias	Figuras Lapiceros colores	10 min.
Intervención	Se le indica al niño que hay un grupo de animales, en el que debe encontrar a uno. En algunas fichas hay uno, pero puede haber más. También hay una ficha en la que el niño debe encontrar cuatro animales, y colorearlos según las instrucciones. Las siguientes fichas muestran unas cuadrículas con letras y números. Los niños deberán rodear con un círculo algunas de ellas según las	Rastreo visual	Tarjetas. Plumones	25 min

instrucciones. Por ejemplo: rodea los números que estén dos lugares antes que el número

Cierre	Se estimula al niño a continuar trabajando las actividades que se le da para continuar en casa	Técnica de reforzamiento positivo	Fichas	10
--------	--	-----------------------------------	--------	----

Sesión _____ 11

Fecha : 22 de noviembre del 2021

Título : Ordenar secuencias de imágenes

Ambiente : Aula destinada al programa.

Objetivo eje : Estimular la atención sostenida

Tabla 16*Sesión 11. Ordenar secuencia de imágenes*

Actividad	Procedimiento	Técnica/Estrategia	Materiales	Tiempo
Inicio	Se le indica al niño que realice un animal con los materiales que se le brindan	Origami	Hojas Tijeras	10 minutos
Intervención	Se le entrega al niño 8 tarjetas para ser organizadas por el niño estas van aumentando en grado de dificultad. Los objetivos trazados se dan en actividades de la vida diaria; personales que pierden objetos y luego lo encuentran pensando en un inicio, u desarrollo y un final de la historia	Imágenes de secuencias	Revistas Tijeras Hojas lápices	25 minutos
Cierre	Se destaca la importancia de organizar y planificar cada actividad que se realiza	Psicoeducación	Plumones Pizarra Afiches	10 minutos

Figura 18

Secuencia de actividades de la vida diaria



Fuente: https://www.google.com/search?q=imagenes+de+secuencias&rlz=1C1ALOY_esPE1012PE1012&sxsrf=ALiCzsYvbArL70q

Sesión 12

Fecha : 29 de noviembre del 2021

Título : Armado de rompecabezas

Ambiente : Aula destinada al programa.

Objetivo eje: Estimular la atención focalizada y sostenida mediante un juego

Tabla 17

Sesión 12. Armandor rompecabezas

Actividad	Procedimiento	Técnica/Estrategia	Materiales	Tiempo
Inicio	Las tortugas caminan lento y actúan de a pocos y cuando se sienten amenazadas se esconden en su caparazón y de esta manera pueden tranquilizar	La técnica de la tortuga	Sillas	15 minutos
Intervención	El niño debe elegir un camino para finalizar el recorrido de manera tal que pueda reunir la mayor cantidad de puntos pasando por los casilleros donde se encuentran las imágenes. luego se elegirá dos situaciones-problemas vividas por el niño en los últimos días así se le enseñará a reflexionar sobre los problemas, las alternativas posibles de soluciones y cómo elegir la que considere correcta.	Recorrido de ladrillos	Puzles de 20, 40 y 60 piezas	20 minutos
Cierre	Se destaca la importancia del	Entrenamiento asertivo	Lapiceros Hojas	10 minutos

Figura 19

Armando rompecabezas



Fuente: https://www.google.com/s+armano+para+armar&gs_lcp=CgNpbWcQDDoECCMQJzoECAAQQzoFCAAQgAQ6BggAEB4QBzoICAAQHhAIEAdQ-mLY-cBYKvwAWgFcAB4AIABqgKIAeMUKgEGMi4xMS4zmAEAoAEBqgELZ3dzLXdpei1pbWfAAQE&sclient=img&ei=5braYvuXFbfW1sQPreMosAk&bih=625&biw=1366&rlz=1C1ALOY_esPE1012PE1012

Sesión 13

Fecha : 06 de diciembre del 2021

Título : Instrucciones dirigidas

Ambiente : Aula destinada al programa.

Objetivo eje: estimular la atención fásica y atención dividida en base a un juego

Tabla 18*Sesión 13. Instrucciones dirigidas*

Actividad	Procedimiento	Técnica/Estrategia	Materiales	Tiempo
La importancia de la creatividad.	Un niño se encargará de hacer cosas que puedan causar enojo por lo que el trabajo consistirá en armar frases que enfríen la situación	El freezer del enojo	Papel lápices	15 minutos
Intervención	En una caja se pondrán diferentes tiras de papeles el cual contendrán diferentes tareas que tendrán que realizar los participantes	Inhibiendo los impulsos a través de la creatividad	Caja tira papeles Bloques	20 minutos

así se fortalecerá la
integración y activación
de los niveles de
atención

Cierre

Se destaca la importancia
de mantener las reglas de
conciencia

El aikido verbal

Hojas

Plumones

Temperas

10

minutos

Figura 20

La caja de sorpresas



Fuente. <https://www.google.com/search?q=caja+de+sorpresas+terapia+ni%C3%B1o&hl=es->

[419&sxsrf=AOaemvINANlobzLtHbgtoZKRdsIRSMVoMw:1642354928314&source=lnms&tbn=isch&sa=X&ved=2ahUKEwiL5uLw6Lb1AhW_DQjABHQUwDNgQ_AUoAXoECAEQAw&biw=1366&bih=625&dpr=1#imgrc=ImtsDIPFZ7erFM](https://www.google.com/search?q=caja+de+sorpresas+terapia+ni%C3%B1o&hl=es-419&sxsrf=AOaemvINANlobzLtHbgtoZKRdsIRSMVoMw:1642354928314&source=lnms&tbn=isch&sa=X&ved=2ahUKEwiL5uLw6Lb1AhW_DQjABHQUwDNgQ_AUoAXoECAEQAw&biw=1366&bih=625&dpr=1#imgrc=ImtsDIPFZ7erFM)

2.7. Procedimiento

Para la realización de este trabajo se elaboró el consentimiento informado para el padre del paciente coordinando activamente con el mismo. A su vez se le explico al paciente sobre la realización de la evaluación, se aplicaron las pruebas previamente elegidas para este caso (pretest), considerando el tiempo que establecían cada uno de los instrumentos. Una vez obtenido los resultados de las pruebas se elaboró el informe neuropsicológico, explicándole a los padres los resultados de estos, indicándole en qué consistía el programa que se realizaría en torno al diagnóstico del paciente. Se implementó el programa de intervención neuropsicológica que consistió en desarrollar estrategias para restaurar las áreas deficientes del niño a través de ejercicios aplicados a las áreas en la que se veía disminuido o deficientes, como también se trabajó a través de la compensación con el fin de que el paciente encuentre conductas o habilidades diferentes que le pudieran ayudar a tener un mejor desempeño. Después del tiempo del programa 3 meses a razón de 1 vez por semana a razón de 45 minutos por sesión, se le aplico el post test.

2.8. Consideraciones éticas

Para llevar a cabo la investigación se realizó un consentimiento informado (asentimiento informado) para el padre con lo cual se informó del proceso de evaluación y posterior implementación del programa para su menor hijo.

III. RESULTADOS

3.1. Análisis de los resultados

Tabla 19

Resultados de pre y postest

WISC V	Pretest	Programa	Post test
Comprensión verbal	86		92
Viso espacial	89	Intervención	92
Razonamiento Fluido	94	neurocognitiva	94
Memoria de trabajo	79		85
Velocidad de procesamiento	75		83
CI TOTAL	81		86

En la tabla 18 observamos que el paciente ingresa con un perfil en el WISC V con puntajes en comprensión verbal de 86 que equivale a la categoría media Baja sin embargo luego de 3 meses de intervención se encontró que el paciente alcanzo un puntaje de 92 equivalente al nivel Promedio. En referencia al área visoespacial inicia con un puntaje de 89 nivel medio bajo luego de la intervención alcanzo puntaje equivalente a 92 nivel promedio. En razonamiento fluido inició con un puntaje de 94 nivel promedio, el mismo puntaje se mantuvo después de la aplicación del programa. Su nivel de memoria de trabajo antes de la aplicación del programa fue de 79 limítrofe, después de los 3 meses de tratamiento llego a obtener 85 nivel medio bajo.

En cuanto a su capacidad de velocidad de procesamiento obtuvo un puntaje de 75 categoría limítrofe después del tratamiento obtuvo un puntaje de 83 nivel medio bajo. Su coeficiente

Tabla 20*Resultados pre y postest del Neuropsi atención y memoria*

Puntuación Total	Pretest	Clasificación	Programa	Postest	Clasificación
Total atención y funciones ejecutivas	72	Alteración Leve	Intervención Neurocognitiva	86	Normal
Total memoria	83	Alteración leve		98	Normal
Total atención memoria	77	Alteración Leve		96	Normal

En la Tabla 20 observamos que el paciente ingresa al Neuropsi con puntajes en el área de atención y funciones ejecutivas de 72 alteración Leve, sin embargo, después de los 3 meses de intervención obtuvo un puntaje de 86 categoría normal.

En lo referente al área de memoria ingreso con un puntaje de 83 Alteración leve después de la intervención obtuvo mejoría alcanzando un puntaje de 98 categoría Normal.

En el total de atención y memoria ingreso con un puntaje de 77 categoría alteración leve, después de los 3 meses de aplicación obtuvo un puntaje de 96 categoría Normal

Figura 22

Resultados del perfil de maduración neuropsicológica

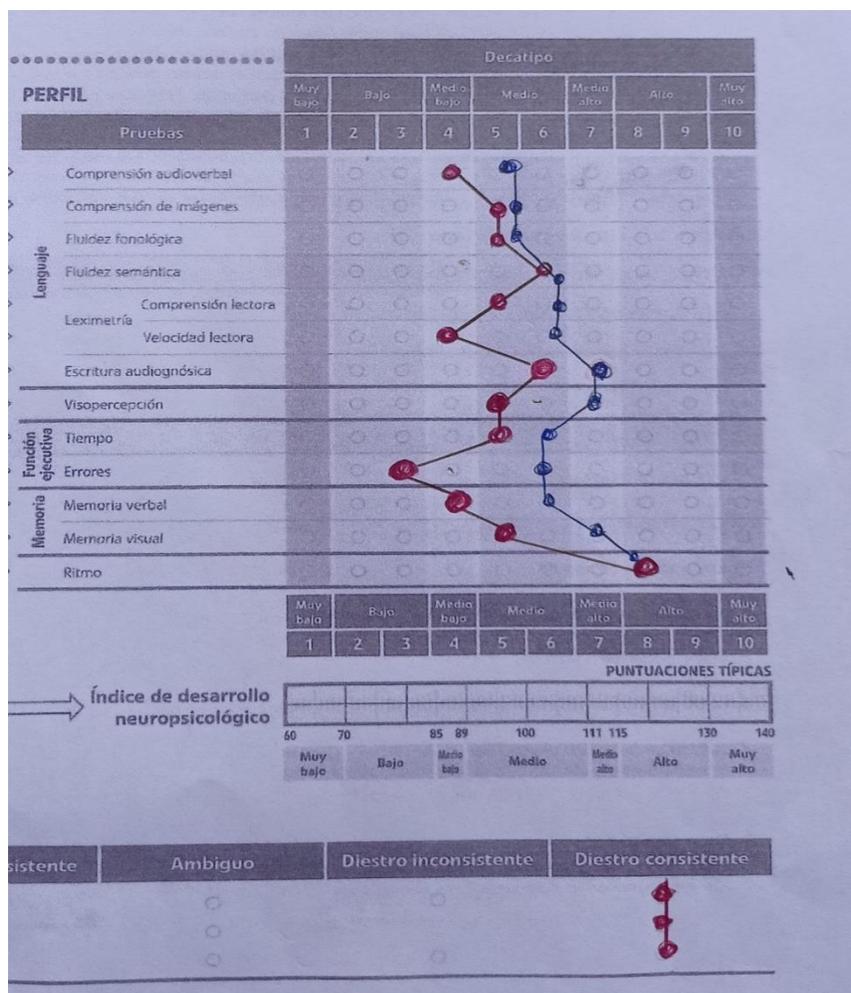


Tabla 21

Resultados pre y postest de la maduración neuropsicológica

Pretest	Programa	Postest
Suma : 78,14	rehabilitación	80,89
IDN : 106	neuropsicognitiva	108
Percentil: 66		70

En la tabla 21 se observa que el paciente inicia con un perfil en el Cumanés obteniendo una puntuación t de 78,14, cuya puntuación típica fue de 106 percentil 66, después del tercer mes de la aplicación del programa obtuvo una puntuación t de 80,89 su puntuación típica alcanzo un puntaje de 108 percentil 70. Sus resultados indican mejoría en las áreas establecidas.

Estudios realizados por Alava et al. (2021), en su investigación de Atención Sostenida y Selectiva en subtipos de TDAH y en Trastorno de Aprendizaje: una comparación clínica, tuvo como objetivo conocer si existen diferencias en atención selectiva y sostenida entre niños con diferentes subtipos de TDAH y niños con trastornos del aprendizaje (TA), para mejorar el diagnóstico diferencial entre TDAH y TA y entre los diferentes subtipos de TDAH. Sus resultados indican dificultades lentitud en el procesamiento de la atención selectiva y sostenida ($M = 10.30$, $DT = 3.09$). Su conclusión nos avizora un perfil neuropsicológico del TDAH y el TA los cuales nos indican una intervención personalizada para el diagnóstico diferencial.

3.2. Discusión de Resultados

En nuestro país son escasas las intervenciones sobre este tema en el ámbito académico, a pesar del elevado número de casos. Los niños con TDAH reciben medicación y en el mejor de los casos los padres pueden permitirse una intervención psicopedagógica, dejando de lado el lugar donde más horas al día pasan y donde más dificultades muestran, el colegio. Fernández (2019) encontró en sus estudios que al intervenir al niño con TDAH mejoraban sus sintomatologías clínicas en comparación al grupo de control.

Clemente (2014, citado por Alava et al., 2021) encontró en sus estudios que al intervenir al niño con TDAH mejoraban la comprensión y organización espacial de las funciones ejecutivas

en los niños con TDAH bajo un programa de intervención para niños con TDAH, en comparación a un grupo de control.

Por su parte, Rubiales et al. (2018) realizaron una intervención a un grupo de niños con TDAH estimulando sus funciones ejecutivas de inhibición y autocontrol: flexibilidad cognitiva encontrando como resultados mejoría en los niños con TDAH en sus funciones ejecutivas en comparación al grupo de control

Por otro lado, Valda et al. (2018) encontraron que en la aplicación de las estrategias basadas en la autorregulación y procesos atencionales el niño con TDAH obtuvo resultados favorables en el empleo de estrategias personalizada en comparación al grupo control. Además, Adame (2014) encontró que el rendimiento académico del niño con TDAH mejoraba cuándo se trabajaba las funciones ejecutivas como la organización y planificación en comparación al grupo de control.

Gooding et al. (2009) encontró que a través de su programa de estimulación el niño con TDAH mejoró en sus niveles comportamentales en relación con el control inhibitorio atencional, memoria y flexibilidad y planeación en relación con el grupo control.

Hablando en nuestro estudio de caso, el paciente vino con los siguientes porcentajes tanto en el pretest como el postest tenemos en el WISC V ingreso con un C.I de 81 nivel Medio bajo sin embargo después de la aplicación del programa obtuvo 86 nivel Medio Bajo. En lo que respecta al Neuropsi Atención y Memoria antes del inicio del programa, en cuanto a su atención y memoria, obtuvo un total 77, que lo ubican en una categoría de alteración Leve, luego del programa obtuvo

96 Normal. En lo referente al CUMANES ingreso con una puntuación típica de 106 percentil 66, luego de la aplicación del programa obtuvo una puntuación típica de 108 percentil 70, en referencia a la Escala de evaluación TDAH 5 para niños y adolescentes obtuvo un percentil de 95 en su nivel de inatención lo que equivale a Alteración Elevada, mientras que en la hiperactividad se ubicó sin alteración percentil 50, sin embargo, después del tiempo del programa se alcanzó mejoría en las conductas de inatención que presentaba el niño. Todo esto nos indica que hay una mejoría en sus niveles de atención los cuales a pesar de las limitaciones de la pandemia se ha podía observar cambios significativos en su conducta y sus funciones ejecutivas. A pesar de que hay más evidencias en grupo de control no quita la relevancia del estudio de caso.

Durante el programa de estimulación neurocognitiva se pudo notar en el transcurso de las sesiones dificultades en su nivel atencional. Así tenemos: En la 1° sesión se trabajó funciones ejecutivas en base a la atención selectiva encontrándose dificultades en su capacidad de mantenerse atento ante estímulos medio ambientales.

En la 2° sesión se trabajó la técnica del go no go debido a las dificultades del niño en el control inhibitorio y autorregulación conductual. Esta técnica también fue utilizada por Rubiales y compañía (2011) con la cual encontraron mejoría en su programa de rehabilitación en niños con TDAH.

En la 3° sesión se trabajó su toma de decisiones en base a la flexibilidad del pensamiento debido a la rigidez que presentaba para cambiarlo en búsqueda de nuevas respuestas. De igual

manera esta técnica fue utilizada por Ríos et al. (2016) encontrando mejorías en los niños con TDAH en la aplicación de esta.

En la 4° sesión se trabajó su atención sostenida con el fin que pueda mantenerse atento por un tiempo determinado. Técnica que fue utilizada también por Fernández (2019) encontrando mejoría en niños con TDAH.

Durante la 5° sesión se encontraron dificultades en la concentración de las tareas encomendadas en base a ello se estimuló la atención y concentración. Esta técnica fue utilizada por Guerrero (2014), cuyos resultados fueron positivos.

En el transcurso de la 6° sesión se estimuló la atención selectiva y focalizada debido a que le costaba darse cuenta de los estímulos relevantes que se podían suscitar en el momento tanto de manera interna como externa para él. Gooding et al. (2009) ratificaron buenos resultados en la aplicación de esta a niños con TDAH.

En la 7° sesión se estimuló tanto la atención alternante como la atención sostenida utilizando la autorregulación a través del automonitoreo. Técnica utilizada por Gooding y compañía cuyos resultados fueron buenos en la aplicación con niños con TDAH.

En la 8° sesión se trabajó la atención dividida a través de la discriminación visual. Esta técnica resultó buena cuando Espinoza et al. (2016) la aplicaron.

En la 9° sesión se trabajó la estimulación de la concentración para lo cual se trabajó el ordenamiento de símbolos. Goodinng et al. (2009) también utilizaron es técnica obteniendo buenos resultados.

En referencia a la 10° sesión se estimuló la atención selectiva a través del rastreo visual. Valda et al. (2018) empleo esta técnica en su programa encontrando que el mismo daba resultados en niños con TDAH.

En la 11° sesión se trabajó la estimulación de la atención sostenida para lo cual se hizo uso del ordenamiento y secuencia de imágenes. Esta técnica también fue utilizada por Valda et al. (2018) cuyos resultados fueron positivos en los participantes con TDAH.

En la 12° sesión se trabajó la estimulación la atención focalizada y sostenida mediante un juego para lo cual se utilizó el armado de rompecabezas. Clemente (2014) empleo esta técnica en su programa encontrando buenos resultados.

En el transcurso de la 13° sesión se estimuló la atención fásica y atención dividida en base a un juego a través de las instrucciones dirigidas. Valda et al. (2018) utilizo esta técnica en su programa obteniendo avances en los niños con TDAH.

En torno al trabajo realizado, si bien es cierto se logró mejorías en todas las áreas trabajadas, se considera que este trabajo debería de darse de manera constante por un tiempo prolongado con el fin que el niño con TDAH de tipo atencional pueda adoptar a través del

entrenamiento conductas apropiadas que puedan mantenerse a través del tiempo y sus funciones ejecutivas se vean

Por otro lado, sería apropiado el apoyo de padres y maestros en este proceso con el fin de que el trabajo sea replicado en los espacios señalados.

Además, de contar con apoyo del estado para fomentar este tipo de trabajo en las entidades públicas con el fin de la ayuda a pacientes con TDAH y el respectivo desempeño académico como conductual dentro de la sociedad.

IV. CONCLUSIONES

- Se realizó una evaluación neuropsicológica con el fin de obtener un perfil en al paciente con TDAH con predominio en la distraibilidad.
- Se aplicó un programa de intervención neuropsicognitiva a un niño con TDAH con predominio en la desatención que permitió que el niño llegue a obtener mejores resultados en su desenvolvimiento en comparación al pretest
- En la aplicación del programa se utilizó ejercicios y tareas para estimular los niveles de sus funciones ejecutivas atencionales y su comportamiento adaptativo.
- El programa aplicado según los resultados del postest tienen efectos positivos en la intervención neurocognitiva en caso de TDAH sin hiperactividad debido que se trabajó con la participación de los padres.

V. RECOMENDACIONES

- Participar en más programas que se refieran al diagnóstico de TDAH para que reciba una siguiente reevaluación neuropsicológica con el fin de determinar sus avances y sea sometido a una terapia psicológica con énfasis en modificación de conducta que lo ayuden en el manejo de las conductas disfuncionales y autorregulación emocional.
- Participar en programa de habilidades sociales que le permitan adquirir las estrategias para su comunicación y a su vez logre interaccionar adecuadamente con niños de su edad.
- Educar a los padres de familia en el manejo de técnicas conductuales para establecer mejor manejo comportamental entre los miembros y ponerlos en práctica dentro de casa, propiciando actividades grupales entre los miembros de la familia de tal forma que se vean reforzados sus vínculos familiares.
- Reforzar los avances en lo académico, así como su buen desenvolvimiento, así como educarlo en el respeto a los horarios que tiene en el hogar para establecer orden y limpieza para establecer un estilo de crianza positiva.

VI. REFERENCIAS

- Adame, A.I. (2014). Estrategias de intervención para mejorar las funciones ejecutivas en niños con TDAH. [Trabajo de Grado de Master universitario, Universidad Internacional de La Rioja]. <https://reunir.unir.net/bitstream/handle/123456789/2836/adame%20guerrero.pdf;sequence=1>
- Alava, S., Cantero, M., Garrido, H., Sánchez, I. y Santacreu, M. (2021). Atención Sostenida y Selectiva en subtipos de TDAH y en Trastorno de Aprendizaje: una comparación clínica. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 19(1), 117-144. <https://ojs.ual.es/ojs/index.php/EJREP/article/view/3778/4473>
- Almen, D. (2017). Los 7 tipos de trastorno por déficit de atención, sus alteraciones cerebrales y síntomas. Berkley Trade <http://nepesa.es/7-tipos-trastorno-deficit-atencion/>
- Anaya, Y. (2018). Trastorno de déficit de atención e hiperactividad: Evaluación e intervención psicológica. [Trabajo de Grado, Universidad Cooperativa de Colombia Santa Marta]. https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/5066/1/2018_trastorno_deficit_de_atencion_hiperactividad_en_ninos
- Artigas-Pallarés, J. (2011). Modelos cognitivos en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*. 49(11), 587-593. <http://dx.doi.org/10.33588/rn.4911.2009369>
- Asociación Psiquiátrica Americana (1994). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM-IV*. Masson S.A.
- Asociación Psiquiátrica Americana (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM-5*, (5ª ed.). Panamericana.

- Ato, M., López, J.J. y Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, 29(3), 1038-1059. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.3.178511>
- Barkley, R. (2002). *Niños hiperactivos. Cómo comprender y atender sus necesidades especiales*. The Guilford Press.
- DuPaul, G.J., Power, T.J., Anastopoulos, A.D. y Ried, R. (2016). *ADHD Rating Scale-5 for Children and Adolescents*. Guilford Publications, Inc.
- Espinoza, E.A., Gonzáles, K.D. y Hernández, L.T. (2016). Las prácticas de laboratorio: una estrategia didáctica en la construcción de conocimiento científico escolar. *Entramado*, 12(1), 266-281, <http://dx.doi.org/10.18041/entramado.2016v12n1.23125>
- Fernández, L., Arias, V., Rodríguez, H. y Manzano, N. (2016). Estudio e intervención en niños con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad de educación primaria. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 34(2), 247-274. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7537505>
- Fernández, M. (2019). Rehabilitación neuropsicológica en niños con TDAH: ¿Qué dice la evidencia sobre el entrenamiento neurocognitivo? *Revista Guillermo de Ockham*. 17(1) https://www.researchgate.net/publication/335664795_Rehabilitacion_neuropsicologica_e_n_ninos_con_TDAH_Que_dice_la_evidencia_sobre_el_entrenamiento_neurocognitivo#:~:text=DOI%3A10.21500/22563202.3958
- Gooding, M.P., Solano, J.A. y Gonzáles, A. (2009). Evaluación de la eficacia de un programa de estimulación de las funciones ejecutivas en niños escolares diagnosticados con TDAH. *Revista Entornos*, 21, 77-84. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6937008>

- Krasny-Pacini, A., Limond, J., Evans, J. Hiebel, J., Bendjelida, K. y Chevignard, M. (2015). Self-awareness assessment during cognitive rehabilitation in children with acquired brain injury: a feasibility study and proposed model of anosognosia. *Disability and Rehabilitation* 37(22), 2092-2106. <https://doi.org/10.3109/09638288.2014.998783>
- Luria, A.R. (1978). *El cerebro en acción*. Edición revolucionaria.
- Mamani, N.B. (2016). *El nivel de conocimiento sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad de los niños en los docentes y padres de familia en la Instituciones Educativas Privadas de la ciudad de Juliaca del año 2016*. [Tesis de Licenciatura en Educación Inicial, Universidad Nacional del Altiplano]. <http://repositorio.unap.edu.pe/handle/UNAP/5584>
- Martínez, A.E., Martínez, M.D. y Alonso, I.M. (2014). Intervención integral en un niño con epilepsia y síntomas de déficits de atención con hiperactividad. *Escritos de Psicología*, 7(3), 42-49. doi:10.5231/psy.writ.2014.1111
- Nejati, V., Pouretemad, H.R. y Bahrami, H. (2013). Attention training in rehabilitation of children with developmental stuttering. *Neurorehabilitation* 32(2), 297-303. <https://doi.org/10.3233/nre-130847>
- Pascual-Castroviejo, P. (2008). *Trastornos por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)*. Ediciones Díaz de los Santos.
- Pichot, P. (1995). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Masson. <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-iv-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>

- Poma, N.M. (2020). *La relación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y el trastorno de desarrollo de la coordinación en niños entre 4-5 años de la Institución Educativa inicial Yauli. No 640 San Agustín de Cajas en el 2019.* [Tesis de Título Profesional en Tecnología Médica, Universidad Continental]. <https://hdl.handle.net/20.500.12394/7916>
- Portella, A., Carbonell, M., Hechevarría, M. y Jacas, C. (2016). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad: algunas consideraciones sobre su etiopatogenia y tratamiento. Versión On-line. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016000400016
- Portellano, J.A., Mateos, R., Martínez, M.R. y Zumárraga, L. (2005). *Cuestionario de Madurez Neuropsicológica Infantil.* TEA Ediciones.
- Prado, J.J. y Yactayo, K.L. (2021). Importancia de la psicoeducación en padres de pacientes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad para la mejora de los síntomas asociados. [Trabajo Académico de Segunda Especialidad, Universidad Privada Norbert Wiener]. <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/5126>
- Príncipe, S.L. (2021). *Atención, hiperactividad e impulsividad en estudiantes de primaria de una institución educativa pública de Huarmey, 2021.* [Tesis de Bachiller, Universidad César Vallejo]. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/73353>
- Rosignoli, T., Pérez-Hernández, E. y Gonzáles-Marqués, J. (2018). Brain Training in children and adolescents: Is it scientifically valid? *Frontiers in Psychology*, 9, 565. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00565>

- Roussos, A.J. (2007). El diseño de caso único en investigación en psicología clínica. Un vínculo entre la investigación y la práctica clínica. *Revista Argentina de Psicología Clínica*, 16(3), 261-270. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281921790006>
- Rubiales, J., Russo, D. Paneiva, J. y Gonzáles, R. (2018). Revisión sistemática sobre los programas de Entrenamiento Socioemocional para niños y adolescentes de 6 a 18 años publicados entre 2011 y 2015. *Revista Costarricense de Psicología*, 37(29), 163-186. <http://dx.doi.org/10.22544/rcps.v37i02.05>
- Rusca, F. y Cortés, C. (2020). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes. Una revisión clínica. *Revista de Neuropsiquiatría*, 83(3). 148-156. DOI: 10.20453/rnp.v83i3.3794
- Sepúlveda, V., & Espina, V. (2021). Desempeño académico en estudiantes de educación superior con Trastorno por Déficit de Atención. *Revista Estudio Pedagógico*, 47(1), 91-108. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-07052021000100091>
- Sohlberg, M.K.M. y Mateer, C.A. (1989). Training use of compensatori memory books: a three stage behavioural approach. *Journal of clinical and Experimental Neuropsychology*, 11(6), 871-891 doi: 10.1080/01688638908400941
- Taboada, R. y Pinto, B. (2018). Evaluación neuropsicológica en dos niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad: Estudios de caso. *Ajayu*, 16(1), 81-121. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2077-21612018000100004
- Valda, V., Sañagua, R. y Coaquira, R.K. (2018). Estrategias de intervención para niños y niñas con tdah en edad escolar. http://www.scielo.org.bo/pdf/rip/n20/n20_a10.pdf

Vásquez, J., Cárdenas, E.M., Feria, M. Benjet, C. Palacios, L. y De la Peña, F. (2010). *Guía Clínica para el trastorno por déficit de atención e hiperactividad*. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

VIII. ANEXOS
A

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Participante en el Trabajo académico

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a la familia en este estudio Caso Clínico con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como el rol del paciente en ella como participante.

En este caso los padres serán quienes acepte la evaluación y el posterior programa de rehabilitación para su menor hijo de iniciales R. M. N.M

Si usted accede a que su menor hijo participe en este estudio, se le pedirá que responda preguntas en una entrevista y en la realización de Evaluación Neuropsicológica y posteriormente participara en el programa de rehabilitación

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y en el test serán codificadas usando unas iniciales y, por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este trabajo académico, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma.

Desde ya le agradecemos su participación.

Yo.....R. M. G. S.....(MADRE).....
(Nombres y apellidos)

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por la Lic. Rosario Hasasquiche Yong

He sido informado ampliamente sobre los objetivos, metodología y beneficios de la investigación.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar Al teléfono

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

R. M. N. M.
Nombre del Participante
(en letras de imprenta)

Rosario Hasasquiche
Firma del Participante (MADRE)

Fecha y Hora...04/08/2021 10.30 AM