



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

PERFIL NEUROPSICOLOGICO Y PROPUESTA DE INTERVENCION EN CASO CLINICO DE UN PACIENTE CON TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

Línea de investigación: Neurociencias del comportamiento

Trabajo Académico para optar el Título de Segunda Especialidad
Profesional en Neuropsicología

Autora

Serrano Canales, María Stefany

Asesor

Mori Doria, Marco Antonio
ORCID: 0000-0002-7846-5807

Jurado

Diaz Hamada, Luis Alberto
Placencia Medina, Elba Yolanda
Campa Cruzado, Frey Antonio

Lima - Perú

2025



PERFIL NEUROPSICOLOGICO Y PROPUESTA DE INTERVENCION EN CASO CLINICO DE UN PACIENTE CON TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

INFORME DE ORIGINALIDAD

18%

INDICE DE SIMILITUD

17%

FUENTES DE INTERNET

6%

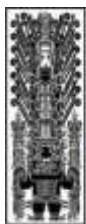
PUBLICACIONES

8%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.unfv.edu.pe Fuente de Internet	7%
2	Submitted to Universidad Nacional Federico Villarreal Trabajo del estudiante	1%
3	repositorio.unsa.edu.pe Fuente de Internet	1%
4	www.clubensayos.com Fuente de Internet	1%
5	www.coursehero.com Fuente de Internet	1%
6	qdoc.tips Fuente de Internet	<1%
7	Submitted to UNIV DE LAS AMERICAS Trabajo del estudiante	<1%
8	www.researchgate.net Fuente de Internet	<1%



Universidad Nacional
Federico Villarreal

VRIN | VICERRECTORADO
DE INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**PERFIL NEUROPSICOLOGICO Y PROPUESTA DE
INTERVENCION EN CASO CLINICO DE UN PACIENTE
CON TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E
HIPERACTIVIDAD**

Línea de Investigación: Neurociencias del Comportamiento

Trabajo Académico para optar el Título de Segunda Especialidad en

Neuropsicología

Autora:

Serrano Canales, María Stefany

Asesor:

Mori Doria, Marco Antonio

ORCID: 0000-0002-7846-5807

Jurado

Diaz Hamada, Luis Alberto

Placencia Medina, Elba Yolanda

Campa Cruzado, Frey Antonio

Lima – Perú

2025

DEDICATORIA

A mi querida familia,

Este proyecto es el resultado de innumerables horas de trabajo, esfuerzo y dedicación, pero también es un reflejo del apoyo incondicional y el amor que siempre he recibido de ustedes. A mis padres, quienes con su sabiduría y ejemplo me han enseñado la importancia de la perseverancia y el compromiso; a mi esposo y mis hijos, por su constante aliento y por ser mi fuente de inspiración en los momentos difíciles; y a todos mis seres queridos, que con su cariño y comprensión han hecho posible que alcance esta meta.

Gracias por creer en mí y por acompañarme en cada paso de este camino. Este logro no solo es mío, sino también de ustedes.

Con todo mi amor y gratitud.

ÍNDICE

Resumen	6
Abstract	7
I. Introducción	8
1.1. Descripción del problema	8
1.2. Antecedentes	9
1.2.1. <i>Antecedentes nacionales</i>	9
1.2.2. <i>Antecedentes internacionales</i>	10
1.2.3. <i>Fundamentación Teórica</i>	12
1.3. Objetivos	20
1.3.1. <i>Objetivo General</i>	20
1.3.2. <i>Objetivos específicos</i>	21
1.4. Justificación	21
1.5. Impactos esperados del trabajo académico	22
II. Metodología	24
2.1. Tipo y diseño de investigación	24
2.2. Ámbito temporal y espacial	24
2.3. Variables de la investigación	24
2.3.1. <i>Variable independiente</i>	24
2.3.2. <i>Variable dependiente</i>	25
2.4. Participante	25
2.5. Técnicas e instrumentos	25
2.5.1. <i>Técnicas psicológicas</i>	25
2.5.2. <i>Instrumentos</i>	25
2.5.3. <i>Evaluación neuropsicológica</i>	35
2.6. Intervención neuropsicológica	59
2.6.1. <i>Propuesta del programa de intervención</i>	60
2.6.2. <i>Procedimiento</i>	67
2.6.3. <i>Consideraciones éticas</i>	67
III. Resultados	68
3.1. Evaluación neuropsicológica	68
3.2. Mejora de la Atención Selectiva y Sostenida	68
3.2.1. <i>Objetivo</i>	69

3.2.2.	<i>Resultados Esperados</i>	69
3.3.	Fortalecimiento del Razonamiento Perceptual y Comprensión Verbal	69
3.3.1.	<i>Objetivo</i>	69
3.3.2.	<i>Resultados Esperados</i>	69
3.4.	Mejora de la Memoria de Trabajo	70
3.4.1.	<i>Objetivo</i>	70
3.4.2.	<i>Resultados Esperados</i>	70
3.5.	Impacto Global	70
3.5.1.	<i>Desempeño Académico y Social</i>	70
3.5.2.	<i>Autonomía y Confianza</i>	71
3.5.3.	<i>Regulación Emocional</i>	71
3.5.4.	<i>Calidad de Vida</i>	71
3.6.	Seguimiento	71
IV.	Conclusiones	74
V.	Recomendaciones	76
VI.	Referencias	78
VII.	Anexos	82

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Criterios diagnósticos del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad	13
Tabla 2. Diferenciación de criterio diagnóstico DSM 5 y CIE –10	14
Tabla 3. Etapa formal de aplicación de técnicas de investigación psicológicas – neuropsicológicas TES8	37
Tabla 4. Resumen de la escala de inteligencia Weschler	39
Tabla 5. Resultados del cuestionario de madurez neuropsicológica	41
Tabla 6. Resultados de test de lateralidad	41
Tabla 7. Resultados de la evaluación del trastorno por déficit de Atención con hiperactividad	43
Tabla 8. Resultados de la Evaluación TDAH5 para niños y adolescentes	45
Tabla 9. Resultados de los Puntajes y Eneatipo	46
Tabla 10. Perfil Cognoscitivo - Áreas deficitarias y conservadas	60

RESUMEN

Objetivo: En este estudio se realizó la elaboración de un perfil neuropsicológico y se propuso un programa de rehabilitación neuropsicológica para un paciente de 7 años, diagnosticado con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). El paciente presenta características típicas de este trastorno, tales como: dificultades significativas en la atención sostenida, el control inhibitorio, la planificación, la autorregulación conductual y la memoria de trabajo, lo que impactaba en su rendimiento escolar, interacción social y funcionamiento adaptativo. **Método:** Para la evaluación neuropsicológica se emplearon diversos instrumentos, entre ellos: WISC-V, CUMANES, Stroop, CARAS-R, y cuestionarios para padres y docentes, lo cual permitió identificar fortalezas en el razonamiento perceptual y debilidades en la atención, el lenguaje y las funciones ejecutivas. **Resultados:** Se evidenció un desequilibrio entre las habilidades perceptuales y las funciones ejecutivas impactando de manera directa el desempeño escolar y la conducta del paciente. **Conclusiones:** Con base en el perfil obtenido, se diseñó un programa de rehabilitación neuropsicológica orientado a fortalecer la atención selectiva y sostenida, el control inhibitorio, la comprensión verbal y la memoria de trabajo mediante estrategias restaurativas y compensatorias. Asimismo, se consideraron elementos psicoeducativos dirigidos a padres y docentes para favorecer la generalización de habilidades en los distintos contextos del niño. Se espera que, tras la implementación del programa, el paciente experimente mejoras en sus habilidades cognitivas, conductuales y socioemocionales, contribuyendo a un mejor ajuste escolar y familiar.

Palabras clave: perfil neuropsicológico, TDAH, funciones ejecutivas, atención, memoria de trabajo, intervención neuropsicológica.

ABSTRACT

Objective: This study developed a neuropsychological profile and proposed a neuropsychological rehabilitation program for a 7-year-old patient diagnosed with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). The patient presented typical characteristics of this disorder, such as significant difficulties with sustained attention, inhibitory control, planning, behavioral self-regulation, and working memory, which impacted his academic performance, social interaction, and adaptive functioning. **Method:** Several instruments were used for the neuropsychological assessment, including the WISC-V, CUMANES, Stroop, CARAS-R, and questionnaires for parents and teachers. This allowed for the identification of strengths in perceptual reasoning and weaknesses in attention, language, and executive functions. **Results:** An imbalance between perceptual skills and executive functions was evident, directly impacting the patient's academic performance and behavior. **Conclusions:** Based on the profile obtained, a neuropsychological rehabilitation program was designed to strengthen selective and sustained attention, inhibitory control, verbal comprehension, and working memory through restorative and compensatory strategies. Psychoeducational elements for parents and teachers were also included to promote the generalization of skills across the child's various contexts. It is expected that, after the program's implementation, the patient will experience improvements in cognitive, behavioral, and socio-emotional skills, contributing to better school and family adjustment.

Keywords: neuropsychological profile, ADHD, executive functions, attention, working memory, neuropsychological intervention.

I. INTRODUCCIÓN

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es una a condición neurobiológica multifactorial y, si bien afecta por igual a niños y adultos puede manifestarse con más frecuencia en la infancia. Se estima que, en América Latina y el Perú, del 5 al 7% de los niños en edad escolar padecen este trastorno (Salas-Fraire et al., 2018). No obstante, el diagnóstico y tratamiento adecuados siguen siendo un problema debido a varios factores, como la ausencia de atención en salud mental especializada y los bajos niveles de conciencia pública del TDAH.

Dado que el trastorno por déficit de atención con hiperactividad impacta en el desarrollo cognitivo y socioemocional de la persona, supone un reto importante para el área de la salud mental infantil. Alrededor del 5% de los niños del mundo padecen TDAH, que es una de las condiciones psiquiátricas más frecuente en la niñez, según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020). Dado que este problema tiene un gran impacto en los niños a quienes se les ha detectado y diagnosticado a diario, el Ministerio de Salud del Perú (MINSA) ha reconocido la necesidad de abordar esta problemática en el Perú.

1.1. Descripción del problema

El TDAH es una serie de síntomas que incluyen inatención, hiperactividad e impulsividad que interfieren sustancialmente en la capacidad de adaptarse de la persona en diversos entornos, incluidos los académicos, familiares y sociales (Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2013). Considerando tratarse de un infante de 7 años, será esencial abordar las implicaciones socioculturales y educativas de la presentación y manejo de la condición.

Existen desafíos considerables en el reconocimiento y la atención del TDAH. Según el Ministerio de Salud (MINSA, 2018), la dificultad en el acceso al tratamiento especializado de salud mental y la escasez de profesionales capacitados en la identificación y tratamiento del

trastorno son algunas de las barreras que enfrentan los pacientes y sus familias. Estas limitaciones contribuyen a la subestimación de la prevalencia real del TDAH y a la falta de intervenciones efectivas en el país.

Es imperativo abordar esta problemática desde una perspectiva interdisciplinaria que involucre a profesionales de la salud mental, educadores, padres y diferentes actores relevantes del entorno. Al comprender el perfil neuropsicológico del paciente y diseñar intervenciones adaptadas a su contexto cultural y social, se puede mejorar de manera de forma considerable su calidad de vida y su ajuste funcional en distintos ámbitos.

1.2. Antecedentes

1.2.1. Antecedentes nacionales

Olarte (2023), desarrolló un programa de rehabilitación neuropsicológica en una adolescente de 14 años diagnosticada con TDAH. Este programa de intervención se centró en la mejora de la atención selectiva, sostenida, combinado con el desarrollo de habilidades de comunicación asertiva, práctica de hábitos, manejo de conflictos y autorregulación emocional. Siendo los resultados positivos, con mejoras evidentes en el comportamiento y el desempeño de la paciente. Un seguimiento realizado tres semanas después de la finalización del programa mostró que los beneficios obtenidos se mantenían, lo que sugiere la eficacia a largo plazo de la intervención realizada.

Llenera (2021), desarrolló el estudio de caso centrado en un infante diagnosticado con TDAH, siendo su propósito el identificar su perfil cognitivo y diseñar una intervención neuropsicológica para mejorar sus habilidades y funcionamiento, especialmente en el área académica y de su vida. El enfoque metodológico empleado comprendió la propia evaluación neuropsicológica completa con el fin de establecer perfil cognitivo y diagnosticar el trastorno, seguido del diseño y aplicación del programa de rehabilitación neuropsicológica. Los hallazgos revelaron el diagnóstico de TDAH, predominantemente de tipo inatento, que también afectaba

su bienestar emocional. Como resultado, la intervención neuropsicológica combinaba la mejora de las funciones cognitivas por medio una plataforma digital específica y de intervención psicoterapéutica con enfoque cognitivo-conductual con el fin de abordar la autorregulación emocional del paciente.

Olarte (2023), realizó un estudio descriptivo sobre la prevalencia del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños de nivel primaria en Puente Piedra, quien referencia a Balbuena (2017). Los hallazgos revelaron una prevalencia de 18,3%, encontrándose 31 casos en hombres y 21 casos en mujeres, es decir, 40,4% y 59,6%, respectivamente. Se determinó que los entornos sociocultural y geográfico pueden ser responsables de las variaciones en la prevalencia.

Martínez (2019), realizó el trabajo académico "Síndrome Di ejecutivo en Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad predominantemente inatento en un menor de 09 años 11 meses" enfocándose en analizar el síndrome di ejecutivo en un caso específico de TDAH predominantemente inatento. El estudio aborda la población infantil diagnosticada con esta variante del TDAH y busca comprender los aspectos neuropsicológicos que subyacen a este trastorno. Por este motivo, se realizó un análisis exhaustivo de la literatura científica y se aplicaron estrategias de evaluación neuropsicológica para determinar la presencia y características del síndrome di ejecutivo en el caso estudiado. Los resultados obtenidos proporcionan información valiosa sobre la relación del TDAH predominantemente inatento y el síndrome di ejecutivo, destacando la importancia de abordar ambos aspectos tanto en evaluación como en el tratamiento de niños con este trastorno.

1.2.2. Antecedentes internacionales

Huaycuch (2020, citando a Álvarez y Vega, 2018), informa que la Universidad de Sonora en España desarrolló un programa de Intervención Neuropsicológica en Niños con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en 2018 que fue dirigido a niños con

diagnostico TDAH. El objetivo de la investigación se centró en desarrollar estrategias de intervención neuropsicológica eficientes para mejorar tanto las habilidades conductuales como cognitivas de los niños. Para alcanzar dicho objetivo, se implementó una metodología que comprendía una exhaustiva revisión de la literatura científica relacionada con el TDAH y las intervenciones neuropsicológicas. Posteriormente, se diseñaron y aplicaron programas de intervención específicos, adaptados a sus necesidades individuales y fundamentados en evidencia científica. Los resultados obtenidos evidenciaron mejoras significativas en el funcionamiento cognitivo y conductual de los participantes tras la implementación de las intervenciones neuropsicológicas, observándose una disminución de la sintomatología del TDAH y una mejora de atención, concentración y desempeño académico. Dichos hallazgos sugieren la efectividad de las estrategias de intervención neuropsicológica en el manejo del TDAH en la población infantil.

Fernández (2019), aborda el valor de la rehabilitación neuropsicológica como técnica de intervención en infantes con TDAH. El autor examina los fundamentos teóricos y prácticos de la rehabilitación neuropsicológica, enfocándose en la contribución del tratamiento al desarrollo conductual y cognitivo de los niños afectados. Este artículo ofrece información pertinente sobre los procedimientos de rehabilitación neuropsicológica que han demostrado ser exitosos en el manejo del TDAH en la población pediátrica por medio del análisis detallado de la literatura y la exposición de casos clínicos la capacidad de funcionamiento de estos niños.

Arboleda (2024), refiere el estudio "Análisis de las funciones ejecutivas en niños con déficit de atención" (Solvieva et al., 2003), publicado en la Revista Española de Neuropsicología. Donde propone que los autores investigan específicamente cómo estas funciones se ven afectadas en niños con TDA, utilizando una variedad de pruebas neuropsicológicas. A través de un enfoque metodológico riguroso, el estudio arroja luz sobre

la conexión entre las funciones ejecutivas y el TDA en población infantil, proporcionando una contribución significativa al entendimiento de esta compleja condición neurocognitiva.

1.2.3. *Fundamentación Teórica*

1.2.3.1. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad TDAH. La idea del trastorno por déficit de atención e hiperactividad ha cambiado en el tiempo. La Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 1983) lo clasificó inicialmente como la "reacción hiperkinética de la infancia" en su "manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM)" de 1968, centrándose en la hiperactividad como síntoma principal. Sin embargo, el término "trastorno por déficit de atención e hiperactividad" (TDAH) se utilizó en 1983 por primera vez junto con la publicación de la tercera edición del DSM. Con esta actualización, la Asociación Americana de Psicología amplió esta definición de TDAH para incluir la impulsividad y la falta de atención, además de la hiperactividad, como síntomas esenciales. Además, se identificó una gama más amplia de síntomas como parte del perfil clínico del TDAH en jóvenes, incluyendo negativismo, jactancia, terquedad y desprecio por la autoridad (APA, 1983). Una comprensión más profunda y precisa de los aspectos clínicos del trastorno ha sido posible gracias a los cambios en el vocabulario y la conceptualización de la condición, lo cual ha mejorado el diagnóstico y el tratamiento de esta importante dolencia neuropsiquiátrica.

Según Orellana (2021), a lo largo del tiempo, el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) ha experimentado cambios significativos en su conceptualización. En la segunda mitad del siglo XX, se experimentó un avance significativo en la comprensión y definición del trastorno, gracias a investigaciones más sólidas y criterios diagnósticos mejor definidos.

Este avance ha posibilitado una identificación más precisa de los individuos que manifiestan dicho trastorno, lo que a su vez ha contribuido a un diagnóstico más certero y a la implementación de intervenciones terapéuticas más efectivas.

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5 (2013):
los criterios diagnósticos del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH):

Tabla 1

DSM 5 - Criterios diagnósticos del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad

CRITERIO	DESCRIPCIÓN
Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad	Altera el funcionamiento o el desarrollo; se manifiesta como hiperactividad-impulsividad y/o falta de atención.
Inatención	Seis o más síntomas de falta de atención, o cinco o más en el caso de los mayores de dieciséis años, que han estado presentes al menos seis meses y repercuten negativamente en ámbitos sociales, académicas y ocupacionales.
Hiperactividad e impulsividad	Seis o más síntomas de hiperactividad e impulsividad, o cinco o más en personas mayores de dieciséis años, que hayan estado presentes al menos seis meses y repercutan negativamente en las ámbitos sociales, académicas y profesionales
Inicio antes de los 12 años	Algunos síntomas aparecieron por primera vez antes de los doce años.
Presencia en dos o más ambientes	Los síntomas se manifiestan en dos o más escenarios distintos.
Interferencia en el funcionamiento	La calidad del funcionamiento social, intelectual o profesional se ve comprometida por los síntomas.
Exclusión de otros trastornos	Los síntomas no son explicados por otros trastornos mentales.
Predominios y especificaciones	Indica la gravedad de la afección actual (leve, moderada, grave), la remisión parcial y la forma de presentación (mixta, mayoritariamente desatenta, mayoritariamente hiperactiva/impulsiva).

Es importante resaltar que el DSM-5 proporciona criterios específicos para determinar la presentación, la remisión parcial y la gravedad del TDAH, lo que facilita el diagnóstico y la planificación del tratamiento.

Tabla 2*Diferenciación de criterio diagnóstico DSM 5 y CIE –10*

CRITERIO	DSM-5 (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 5ª edición)	CIE-10 (Clasificación internacional de enfermedades, 10ª edición)
Nombre del trastorno	Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)	Trastorno hiperactivo
Edad de inicio	Los signos aparecen antes de los doce años	Los síntomas empiezan a aparecer antes de los siete años.
Duración de los síntomas	Durante un mínimo de seis meses	Durante un mínimo de seis meses
Subtipos	Tres subtipos: predominantemente inatento, predominantemente hiperactivo/impulsivo, combinado	No se especifican subtipos
Número de síntomas (inatención)	Seis o más síntomas de inatención para niños (cinco o más para adolescentes y adultos)	Seis o más síntomas de inatención
Número de síntomas (hiperactividad e impulsividad)	Seis o más síntomas de hiperactividad e impulsividad para niños (cinco o más para adolescentes y adultos)	Seis o más síntomas de hiperactividad e impulsividad
Ámbitos de impacto	Los síntomas deben estar presentes en dos o más contextos (p. Ej., escuela, hogar)	Los síntomas deben estar presentes en dos o más contextos (p. Ej., escuela, hogar)
Impacto funcional	Evidencia clara de interferencia en el funcionamiento social, académico o laboral	Deterioro clínicamente significativo en el funcionamiento social, académico o laboral
Exclusión de otros trastornos	Los síntomas no deben explicarse mejor por otro trastorno mental (p. Ej., trastorno de ansiedad, trastorno del estado de ánimo)	Excluye trastornos del espectro autista y otros

		trastornos emocionales y de conducta
Criterios adicionales	Síntomas no son solo un comportamiento desafiante u opositorista	Síntomas no son solo un comportamiento opositorista, desafiante o perturbador
Diagnóstico diferencial	Incluye una guía más extensa para el diagnóstico diferencial con otros trastornos	Menos detallado en cuanto a diagnóstico diferencial
Consideraciones de edad y desarrollo	Diferencias en la presentación de síntomas en distintas edades y etapas de desarrollo	Menos énfasis en la variabilidad de los síntomas según la edad
Especificadores	Con comorbilidades y gravedad (leve, moderado, grave)	No especifica gravedad ni comorbilidades en el diagnóstico

1.2.3.2. Neuropsicología del TDAH. El campo de la neuropsicología se ha centrado en identificar ciertos cambios neuropsicológicos vinculados al trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). Estos cambios incluyen una menor activación de las regiones cerebrales asociadas con la atención selectiva y la inhibición de respuestas impulsivas en niños y adolescentes diagnosticados con TDAH (Sánchez-Rojas et al., 2017). Además, hay estudios que relacionan el TDAH con deficiencias en la memoria de trabajo, esencial para el almacenamiento y procesamiento transitorio de la información (Cruz et al., 2018).

La dificultad con la flexibilidad cognitiva, o la capacidad de transición rápida y efectiva entre varias tareas o conjuntos de reglas, es otro cambio neuropsicológico frecuentemente observado en adultos con TDAH (Bustamante y Matute, 2019). Esta dificultad puede manifestarse en problemas para adaptarse a nuevas situaciones o para cambiar de una actividad a otra, lo que puede afectar negativamente el funcionamiento académico y social de los niños y adolescentes con TDAH en la región.

Comprender estos cambios neuropsicológicos particulares es esencial para crear terapias que funcionen para pacientes con TDAH. Los especialistas en salud mental pueden ayudar a mejorar el funcionamiento cotidiano y el bienestar de las personas con esta condición abordando estas alteraciones cognitivas subyacentes.

1.2.3.3. Neurobiología del TDAH. Es una condición neuropsiquiátrica que incide en los niños pudiendo prolongarse hasta la edad adulta. Su compleja etiología incluye componentes ambientales, neuroquímicos y genéticos.

A. Neuroquímicos implicados en el TDAH. Las anomalías de la dopamina y la norepinefrina son dos de los principales desequilibrios de los neurotransmisores relacionados con el TDAH. Estos neurotransmisores son esenciales para controlar el comportamiento, la motivación y la atención.

B. Dopamina. La dopamina es necesaria para la motivación, la recompensa y la función ejecutiva. Según Volkow et al. (2009), existen pruebas de que los individuos con TDAH presentan menos disponibilidad de dopamina considerando regiones cerebrales específicas, lo que podría exacerbar los síntomas de falta de atención y comportamiento impulsivo.

C. Norepinefrina. Este neurotransmisor desempeña un papel en la respuesta al estrés y la atención. La capacidad en los pacientes con TDAH para mantener la atención sostenida y el control impulsivo puede verse afectada por niveles alterados de norepinefrina (Biederman y Faraone, 2005).

D. Estructuras Cerebrales Comprometidas en TDAH. El TDAH involucra disfunciones en varias regiones del cerebro, particularmente en aquellas relacionadas con la regulación de la conducta, la atención y la función ejecutiva.

E. Corteza Prefrontal. Esta área es esencial para procesos ejecutivos como la planificación, el control de los impulsos y la toma de decisiones. La literatura relacionada

indica que los niños diagnosticados de TDAH presentan una actividad y un volumen cerebral prefrontal reducidos (Arnsten y Rubia, 2012).

F. Ganglios Basales. Participan de la regulación de las conductas automáticas y control motor. Los cambios en esta región podrían explicar la impulsividad y la hiperactividad relacionadas con el TDAH (Castellanos et al., 2002).

G. Cerebelo. Este órgano está relacionado tanto con las actividades cognitivas como con las de coordinación motora. Los estudios han revelado variaciones en el tamaño y la función del cerebelo en personas con TDAH (Mostofsky et al., 2002).

H. Red de Control Ejecutivo. Incluye estructuras como el córtex cingulado anterior y la ínsula, que son fundamentales para la supervisión de tareas y la regulación emocional. La disfunción en esta red puede contribuir a los problemas de atención y a la incapacidad de inhibir respuestas inapropiadas (Bush et al., 2005).

1.2.3.4. Evaluación Neuropsicológica y diagnóstico del TDAH. Para comprender los retos cognitivos y conductuales relacionados con el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), la evaluación neuropsicológica y el diagnóstico son cruciales. A lo largo de este procedimiento, se utilizan una serie de instrumentos y estándares de evaluación neuropsicológica para investigar los distintos procesos cognitivos afectados por el TDAH, como la memoria, la atención, el funcionamiento ejecutivo y el control inhibitorio.

La evaluación neuropsicológica del TDAH implica la utilización de instrumentos estandarizados y pruebas diseñadas para evaluar estas funciones cognitivas. Entre estas herramientas se incluyen:

Cuestionarios de evaluación de síntomas: Están diseñados para recopilar datos sobre la frecuencia e intensidad de los síntomas asociados con el TDA/H en diversos contextos, incluidos el hogar y el aula. Las Escalas de Calificación de Conners y la Escala de Calificación del TDAH son dos ejemplos de estos cuestionarios (Conners et al., 1999).

Pruebas neuropsicológicas específicas: Estas pruebas evalúan varias facetas del rendimiento cognitivo, incluida la capacidad de concentrarse durante períodos prolongados, trabajar la memoria, mantener la flexibilidad cognitiva y suprimir el comportamiento impulsivo. El Test de Stroop, el Test de Clasificación de Tarjetas de Wisconsin y el Test de Rendimiento Continuo (CPT) son algunas de estas evaluaciones (Willcutt et al., 2005).

Entrevistas clínicas estructuradas: Según APA (2013), estas entrevistas tienen como objetivo recopilar datos exhaustivos sobre los antecedentes médicos y la trayectoria de desarrollo del paciente, además de las observaciones de los cuidadores, como padres y profesores.

Aparte de los instrumentos de evaluación mencionados, la evaluación neuropsicológica del TDAH puede abarcar exámenes de neuroimagen, dentro de estas la tomografía por emisión de positrones (PET) y la resonancia magnética funcional (fMRI), que facilitan la identificación de posibles variaciones en la arquitectura y funcionalidad cerebrales vinculadas al trastorno (Cortese et al., 2012).

Tras la realización de la evaluación neuropsicológica, el diagnóstico del TDAH se desarrolla con base en los estándares establecidos de los manuales de diagnóstico, como el CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) (Organización Mundial de la Salud, 2018).

1.2.3.5. Rehabilitación neuropsicológica. Una estrategia terapéutica denominada rehabilitación neuropsicológica pretende mejorar o restaurar las capacidades conductuales y cognitivas que se han visto afectadas por enfermedades o lesiones cerebrales. Durante este procedimiento se ponen en práctica métodos y enfoques destinados a potenciar la plasticidad cerebral y mejorar el desempeño emocional y cognitivo del paciente.

Para la población aquejada por problemas neurológicos como el TDAH, es una técnica terapéutica esencial para mejorar el funcionamiento cognitivo y conductual. Según Matute Villaseñor et al. (2018), este enfoque implica poner en práctica tácticas y técnicas destinadas a favorecer la plasticidad cerebral y mejorar el desempeño cognitivo y emocional.

Se han desarrollado diversos programas de rehabilitación neuropsicológica adaptados a las necesidades y atributos culturales de la población. Estos programas suelen incluir intervenciones cognitivas, como el entrenamiento en memoria y atención, así como estrategias de adaptación y compensación para mejorar el funcionamiento diario (Arango-Lasprilla et al., 2017).

La efectividad de la rehabilitación neuropsicológica en la población latinoamericana ha sido respaldada por estudios que han demostrado mejoras significativas en el desempeño cognitivo y el bienestar de los individuos afectados por trastornos neurológicos, incluido el TDAH (Arango-Lasprilla et al., 2018; Rivera et al., 2019).

La rehabilitación neuropsicológica en la población es un proceso multidisciplinario que requiere la colaboración de profesionales de la salud, como neuropsicólogos, terapeutas ocupacionales y trabajadores sociales, para brindar una atención integral y personalizada a los pacientes (Matute et al., 2020).

La rehabilitación neuropsicológica se basa en principios de neuroplasticidad, que sugieren que el cerebro posee la capacidad de reorganizarse y adaptarse a través de la experiencia y la práctica repetida (Cicerone et al., 2011). Al proporcionar intervenciones específicas dirigidas a las áreas cognitivas afectadas, como la atención, la memoria, las funciones ejecutivas y el control emocional, se busca promover la restauración funcional mejorando la calidad de vida de los individuos afectados.

Las estrategias utilizadas en la rehabilitación neuropsicológica pueden incluir:

A. Entrenamiento cognitivo. Consiste en una serie de ejercicios y actividades orientadas a mejorar funciones cognitivas específicas, entre ellas memoria de trabajo, atención selectiva y planificación. Estos enfoques tienden a ser estructurados y gradualmente desafiantes para fomentar la adaptación cerebral (Levine et al., 2011).

B. Compensación y adaptación. Se enfoca en la elaboración de técnicas y estrategias para compensar las deficiencias cognitivas y facilitar el funcionamiento diario. Esto puede incluir el uso de agendas, recordatorios y ayudas tecnológicas para optimizar la organización y la administración del tiempo (Rath et al., 2013).

C. Entrenamiento en habilidades sociales y emocionales. Enfocado en mejorar la regulación emocional, la solución de problemas y las habilidades de comunicación interpersonal. Estas intervenciones son importantes para abordar las dificultades sociales y emocionales que a menudo acompañan a los trastornos neuropsicológicos (Tsaousides y Gordon, 2009).

Es importante destacar que la rehabilitación neuropsicológica es un proceso individualizado y multidisciplinario que requiere la colaboración de diferentes profesionales de la salud, como neuropsicólogos, terapeutas ocupacionales, logopedas y trabajadores sociales.

Además, la efectividad de la rehabilitación neuropsicológica puede variar según el grado y la naturaleza del trastorno, así como la respuesta individual del paciente a las intervenciones.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo General

Elaborar el perfil neuropsicológico de un niño de nueve años con diagnóstico de trastorno de déficit de atención e hiperactividad y desarrollar una propuesta de intervención neuropsicológica en las áreas afectadas

1.3.2. *Objetivos específicos*

- Determinar el perfil neuropsicológico mediante una evaluación previa a la elaboración de la propuesta del programa de intervención del programa de rehabilitación neuropsicológica con la finalidad de proporcionar un mayor desenvolvimiento a nivel cognitivo, conductual y psicosocial a través del uso de estrategias restaurativas y compensatorias en caso de un paciente de nueve años con trastorno de déficit de atención e hiperactividad.
- Elaborar una propuesta de programa de rehabilitación neuropsicológica enfocado en las áreas atención selectiva y sostenida, razonamiento Perceptual y comprensión verbal y la memoria de trabajo con el fin de mejorar el desenvolvimiento a nivel cognitivo, conductual y psicosocial a través del uso de estrategias restaurativas y compensatorias en un caso de un paciente adolescente con diagnóstico de TDAH.

1.4. Justificación

La justificación del presente trabajo académico radica en la necesidad de proporcionar una evaluación exhaustiva del perfil neuropsicológico en un paciente de 7 años y de proponer una intervención terapéutica adaptada a sus necesidades individuales. La evaluación neuropsicológica detallada permite identificar las áreas de dificultad y las fortalezas del paciente, cruciales para diseñar un plan de intervención efectivo. Esta evaluación integral abarca aspectos como la atención, memoria, funciones ejecutivas, el comportamiento adaptativo y las habilidades sociales, entre otros.

El Trastorno en cuestión constituye un desafío considerable en los ámbitos clínico y educativo, particularmente en la población infantil. Está caracterizado por síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad, puede afectar profundamente el desarrollo académico y socioemocional de los niños que lo padecen. Dado que cada caso presenta

características únicas y la manifestación del TDAH puede variar considerablemente entre individuos, resulta esencial desarrollar propuestas de intervención individualizadas que aborden las necesidades específicas de cada paciente.

Además, al identificar las áreas de dificultad cognitiva y conductual específicas del paciente, se pueden diseñar estrategias de intervención que no tengan como objetivo solo disminuir los síntomas del TDAH, sino también potenciar el desarrollo integral del niño. Estas estrategias pueden incluir terapias conductuales, programas de entrenamiento y formación en habilidades sociales, modificaciones del entorno escolar y familiar, y en algunos casos, la utilización de intervenciones farmacológicas.

La personalización de la intervención es crucial para el éxito terapéutico, ya que un enfoque genérico puede no ser efectivo para todos los pacientes. Por ejemplo, un niño con TDAH que presenta dificultades predominantes en la atención sostenida puede beneficiarse de técnicas diferentes a aquellas que serían útiles para un niño cuya principal dificultad es la impulsividad. El objetivo de este trabajo es mejorar el funcionamiento global del paciente y su estilo de vida, y proporcionar una guía que puedan utilizar otros profesionales al implementar estrategias de intervención efectivas y basadas en evidencia.

En resumen, este estudio no solo contribuirá al conocimiento y comprensión del TDAH desde una perspectiva neuropsicológica, sino que también ofrecerá una propuesta de intervención que puede ser adaptada y aplicada a otros casos similares, promoviendo así una mejor gestión del TDAH en la población infantil. La relevancia de este trabajo radica en su enfoque holístico y personalizado, que busca atender de manera integral las necesidades del paciente, promoviendo su bienestar y desarrollo integral.

1.5. Impactos esperados del trabajo académico

Se anticipa que este trabajo académico tenga un impacto significativo en la práctica clínica, la calidad y estilo de vida del paciente con TDAH, como en el desarrollo de futuras

intervenciones terapéuticas para esta población. Al proporcionar estrategias de intervención personalizadas basadas en una evaluación neuropsicológica detallada, se espera mejorar el desempeño escolar, las habilidades socioemocionales, como el funcionamiento general del paciente. Además, al centrarse en un caso clínico específico, se espera que este trabajo contribuya a una comprensión más profunda del TDAH y sus implicaciones en el desarrollo infantil. En última instancia, se espera que este trabajo académico promueva un enfoque centrado en el paciente y efectivo para el manejo del TDAH en la población infantil, mejorando así su estilo de vida y su adaptación en la sociedad.

II. METODOLOGÍA

2.1. Tipo y diseño de investigación

Este análisis de caso se enmarca en un enfoque descriptivo, con un diseño de investigación aplicada según lo propuesto por Kerlinger (1975). Este enfoque abarca tanto elementos cualitativos como cuantitativos. Según Roussos (2007), el diseño de estudio de caso único está centrado en el análisis de un individuo o, en ocasiones, de varios sujetos. En este sentido, El estudio actual se clasifica dentro de los diseños de observación basados en un único caso, donde se manipulan las variables independientes de manera directa. Específicamente, se utiliza un estudio de caso de evaluación diagnóstica, cuya finalidad es medir un resultado haciendo uso de instrumentos que expliquen elementos relevantes del caso. Ato et al. (2013) señalan que esta investigación se caracteriza como empírica, ya que no implica la manipulación de variables ni asignación aleatoria de tratamientos. En el marco de los estudios de caso, las estrategias utilizadas son manipulativas descriptivas, lo que permite una comprensión detallada del caso en estudio.

2.2. Ámbito temporal y espacial

En cuanto al espacio físico, esta evaluación neuropsicológica se llevó a cabo en consultorio particular situado en la ciudad de Nasca, en la región de Ica. En cuanto al tiempo de evaluación se realizó dentro de los meses de abril y junio del presente año durante seis sesiones de 60 minutos cada una.

2.3. Variables de la investigación

2.3.1. *Variable independiente*

Perfil Neuropsicológico y propuesta de intervención

2.3.2. Variable dependiente

Trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH)

2.4. Participante

2.4.1. Datos de filiación:

Nombres y Apellidos: Clark P. B.

Edad : 07 años

Fecha de Nacimiento: 30-03-2017

Lugar de Nacimiento: Nasca (Ica)

Grado de Instrucción: 2do de Primaria

Lugar de Procedencia : Vista Alegre

Fecha de Entrevista : 25 de mayo del 2024

Descripción de la familia : Integrada

Terapeuta : María S. Serrano Canales

2.5. Técnicas e instrumentos

2.5.1. Técnicas psicológicas:

Anamnesis

Entrevista a la madre

Observación de conducta.

Pruebas psicológicas y neuropsicológicas

2.5.2. Instrumentos

Cada una contiene ficha técnica, descripción validez y confiabilidad del instrumento.

2.5.2.1. Escala Wechsler de Inteligencia para Niños (WISC-V). Desarrollada por David Wechsler y publicada en 2014, constituye una herramienta integral para la evaluación de la capacidad intelectual en niños. Su aplicación es individual y está destinada a individuos entre los 6 y 16 años. La administración de las 10 pruebas principales requiere aproximadamente una hora, mientras que las 7 pruebas principales necesarias para realizar el cálculo del Coeficiente Intelectual total con un tiempo aproximado de 48 minutos.

A. Confiabilidad y validez. La muestra normativa incluye a 1008 niños, seleccionados mediante directrices de estratificación que abarcan grado educativo, sexo, edad, ubicación y grupo demográfico, asegurando así su representatividad.

B. Descripción. La WISC-V está compuesta por 15 pruebas, organizadas de acuerdo al dominio cognitivo evaluado. Las pruebas nuevas se indican en negrita y las opcionales en cursiva:

a. Comprensión Verbal

- Semejanzas
- Vocabulario
- Información
- Comprensión

b. Visoespacial

- Cubos
- Puzzles visuales

c. Razonamiento Fluido

- Matrices
- Balanzas
- Aritmética

d. Memoria de Trabajo

- Dígitos
- *Span de dibujos*
- Letras y números

e. Velocidad de Procesamiento

- Claves
- Búsqueda de símbolos
- *Cancelación*

2.5.2.2. Test de Stroop de colores y palabras.

A. Ficha Técnica.

Nombre Original: Stroop Color and Word Test

Nombre de la Adaptación Española: Stroop. Test de colores y palabras

Autor: Charles J. Golden, Ph.D.

Adaptación Española: Departamento de I+D de TEA Ediciones, S.A.

Administración: Preferentemente individual

Duración: 5 minutos

Aplicación: Individual

Ámbitos de Aplicación: De 6 a 85 años

B. Finalidad. Evaluación de problemas neurológicos y cerebrales y medida de la interferencia.

- Materiales: Manual y un set de tres láminas de palabras y colores

Descripción: Tres láminas, las cuales presentan 100 elementos repartidos en cinco columnas de 20. La primera lámina contiene palabras "ROJO", "VERDE" y "AZUL" en tinta negra. La segunda tiene "XXXX" en colores rojo, verde o azul. La tercera combina palabras de la primera con colores de la segunda sin coincidencia de color de tinta y palabra.

C. Confiabilidad. La confiabilidad del Test de Stroop de Colores y Palabras ha sido evaluada en diversos estudios. Los datos estadísticos reportan:

- **Consistencia Interna:** Los coeficientes alfa de Cronbach para las diferentes láminas del test suelen estar entre 0.80 y 0.90, lo que indica una alta consistencia interna.
- **Test-Retest:** Los coeficientes de correlación para la confiabilidad test-retest comprendidas en el rango de 0.70 a 0.85, demostrando una buena estabilidad temporal.

D. Validez. La validez del Test de Stroop de Colores y Palabras también ha sido ampliamente investigada y validada. Los datos estadísticos incluyen:

- **Validez de Constructo.** Estudios han mostrado correlaciones significativas ($r = 0.60$ a 0.80) entre las puntuaciones del Stroop y otras medidas de función ejecutiva, como el Test de Clasificación de Tarjetas de Wisconsin (WCST).
- **Validez de Criterio.** La correlación entre el Test de Stroop y diagnósticos clínicos de trastornos neurológicos y de atención es significativa ($r = 0.50$ a 0.70), indicando que el test es eficaz para diferenciar entre individuos con y sin dichos trastornos.
- **Validez Predictiva.** Se ha demostrado que el Test de Stroop puede predecir el rendimiento en tareas que requieren control inhibitorio con una precisión moderada a alta ($r = 0.60$ a 0.75).
- **Baremación.** Población general por rangos de edad: infantes (7-16 años), adultos (45-64 años) y adultos mayores (65+).
- **Corrección.** Número de estímulos procesados correctamente por lámina. Los errores ralentizan la ejecución.

2.5.2.3. Test de Percepción de Diferencias – Revisado (CARAS-R.)

A. Ficha Técnica.

Nombre Original: Test de Percepción de Diferencias – Revisado

Autor: Pilar Yuste y Carolina Aliaga.

Adaptación: TEA Ediciones, S.A.

Administración: Preferentemente colectiva

Duración: 10-15 minutos

Aplicación: Individual y colectiva

Ámbitos de Aplicación: De 6 a 18 años

Finalidad: Evaluar la atención selectiva y la velocidad perceptiva.

Materiales: Manual y cuaderno de respuestas con figuras

B. Descripción. Conjunto de láminas con pares de dibujos. El sujeto debe identificar diferencias entre las figuras.

C. Confiabilidad. La confiabilidad del Test de Percepción de Diferencias –Revisado (CARAS-R) ha sido establecida a través de estudios que reportan niveles altos de consistencia interna y estabilidad temporal.

- **Consistencia Interna.** Los coeficientes alfa de Cronbach para este test están generalmente en el rango de 0.85 a 0.90, indicando una alta consistencia interna.

- **Test-Retest.** Los coeficientes de correlación para la confiabilidad test-retest se encuentran entre 0.75 y 0.85, lo cual demuestra una buena estabilidad de las puntuaciones a lo largo del tiempo.

D. Validez. El Test de Percepción de Diferencias – Revisado (CARAS-R) demostrando ser una herramienta válida para evaluar la atención selectiva y la velocidad perceptiva:

- **Validez de Constructo.** La validez de constructo ha sido confirmada por medio de estudios que muestran correlaciones significativas ($r = 0.70$ a 0.85) con otras medidas de atención y percepción visual.

- **Validez de Criterio.** La correlación entre el CARAS-R y otras pruebas de atención selectiva y velocidad perceptiva es alta ($r = 0.65$ a 0.80), lo cual indica que el test mide eficazmente estos constructos.

- **Validez Predictiva.** El CARAS-R ha demostrado ser capaz de predecir el rendimiento en tareas académicas y otras actividades que requieren atención selectiva y velocidad perceptiva ($r = 0.60$ a 0.75).

- **Baremación.** Población general por edad y nivel educativo.
Corrección: Número de diferencias correctamente identificadas en el tiempo estipulado.

2.5.2.4. Escala para la Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.

A. Ficha Técnica:

Autores: Asociación Americana de Psiquiatría (APA)

Adaptación: TEA Ediciones, S.A.

Administración: Preferentemente individual

Duración: 15-30 minutos

Aplicación: Niños y adolescentes de 6 a 18 años

Finalidad: Evaluación y diagnóstico de los síntomas principales del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) según los criterios del DSM-5, incluyendo déficit de atención, hiperactividad e impulsividad.

Materiales: Manual de aplicación, cuestionarios para padres, profesores, y autoinforme para adolescentes.

B. Descripción: La TDAH-5 es una escala diseñada para identificar y evaluar la sintomatología del TDAH en niños y adolescentes. El cuestionario se aplica en diferentes

contextos (familiar, escolar, etc.) para obtener una visión integral del comportamiento del niño o adolescente.

- **Baremación.** La prueba ha sido baremada en una población general de niños y adolescentes por edad y género. Los resultados se interpretan en función de las normas establecidas para la población evaluada.

- **Corrección.** Puntuaciones específicas en escalas que miden síntomas de inatención, hiperactividad/impulsividad, y dificultades conductuales. Las puntuaciones se comparan con los baremos normativos para determinar la presencia y la gravedad de los síntomas.

C. Confiabilidad. La TDAH-5 ha demostrado altos niveles de confiabilidad:

- **Consistencia Interna.** Los coeficientes alfa de Cronbach para las subescalas del TDAH-5 oscilan entre 0.85 y 0.92, lo que indica una excelente consistencia interna.

- **Test-Retest.** Los coeficientes de correlación para la confiabilidad test-retest varían entre 0.78 y 0.87, lo que demuestra una alta estabilidad en las puntuaciones a lo largo del tiempo.

D. Validez: La validez de la TDAH-5 ha sido ampliamente validada:

- **Validez de Constructo.** La validez de constructo ha sido confirmada mediante análisis factoriales, con correlaciones significativas ($r = 0.75$ a 0.89) con otros instrumentos diagnósticos de TDAH, lo que respalda su capacidad para medir los constructos teóricos del trastorno.

- **Validez de Criterio.** La TDAH-5 muestra una correlación alta ($r = 0.70$ a 0.85) con otras escalas y diagnósticos de TDAH, lo que sugiere que es eficaz en la identificación de los síntomas asociados al trastorno.

- **Validez Predictiva.** La TDAH-5 ha demostrado tener una validez predictiva significativa, con correlaciones que oscilan entre 0.65 y 0.80, lo que indica su capacidad para predecir problemas conductuales y de rendimiento académico asociados al TDAH.

2.5.2.5. Cuestionario de Madurez Neuropsicológica Escolar (CUMANES)

A. Ficha Técnica.

Autor: A. Portellano.

Adaptación: TEA Ediciones, S.A.

Administración: Individual y colectiva.

Duración: 30-45 minutos.

Aplicación: Niños de 3 a 6 años.

Finalidad: Evaluación de la madurez neuropsicológica escolar y detección temprana de dificultades de aprendizaje.

Materiales: Manual, cuadernos de pruebas, materiales de estímulo

B. Descripción. Batería de pruebas que evalúan diversas áreas del desarrollo neuropsicológico, incluyendo percepción, lenguaje, memoria, y habilidades motoras.

- **Baremación.** Población general por edad.
- **Corrección.** Puntuaciones específicas en cada área evaluada.

C. Confiabilidad. El CUMANES ha demostrado altos niveles de confiabilidad en diversos estudios:

- **Consistencia Interna.** Los coeficientes alfa de Cronbach para las distintas subpruebas del CUMANES varían entre 0.80 y 0.90, lo que indica una alta consistencia interna.
- **Test-Retest.** Los coeficientes de correlación para la confiabilidad test-retest están dentro de 0.75 y 0.85, demostrando buena estabilidad de las puntuaciones en el tiempo.

D. Validez. La validez del CUMANES ha sido validada en diversos estudios:

- **Validez de Constructo.** La validez de constructo ha sido confirmada mediante análisis factoriales y correlaciones significativas ($r = 0.70$ a 0.85) con otras pruebas neuropsicológicas.

- **Validez de Criterio.** La correlación entre el CUMANES y otras evaluaciones de madurez neuropsicológica es alta ($r = 0.65$ a 0.80), sugiriendo que la prueba mide eficazmente los constructos neuropsicológicos.

- **Validez Predictiva.** El CUMANES ha demostrado predecir desempeños cognitivos y académicos en diferentes contextos, con correlaciones predictivas entre 0.60 y 0.75 .

- **Baremación.** El CUMANES ha sido baremado para distintas poblaciones y edades, lo que permite comparaciones normativas precisas.

- **Población General.** Los baremos están basados en una muestra representativa de la población general infantil en España.

- **Grupos de Edad.** Las normas están ajustadas para niños de 3 a 6 años, con subgrupos que permiten comparaciones por edad (por ejemplo, 3-4 años, 4-5 años, y 5-6 años).

- **Corrección.** La corrección de las pruebas del CUMANES se realiza mediante:

- **Puntuaciones Específicas.** Cada área evaluada (como percepción, lenguaje, memoria y habilidades motoras) tiene una puntuación específica que se obtiene a partir de las respuestas y el rendimiento en las tareas.

- **Escalas de Interpretación.** Las puntuaciones se comparan con las normas establecidas para cada grupo etario, lo que permite interpretar los resultados en relación con el desarrollo neuropsicológico esperado para la edad.

2.5.2.6. Vineland I

A. Ficha Técnica.

Nombre Original: Vineland Adaptive Behavior Scales, First Edition (Vineland I).

Autor: S. Sparrow, D. Cicchetti, & D. Balla.

Adaptación: TEA Ediciones, S.A.

Administración: Individual

Duración: 45-60 minutos.

Aplicación: Niños y adultos con discapacidades del desarrollo, desde la infancia hasta la edad adulta.

Finalidad: Evaluación de habilidades adaptativas y del comportamiento en la vida diaria

Materiales: Manual, cuestionarios para padres o cuidadores, y cuestionarios para el individuo (en algunos casos).

B. Descripción. La prueba evalúa el comportamiento adaptativo en áreas como comunicación, vida diaria, habilidades sociales, y motoras, a través de cuestionarios completados por padres, cuidadores o profesionales.

- **Baremación.** El Vineland I ha sido baremado en diversas poblaciones:
- **Población General.** Normas basadas en una muestra representativa de la población general en Estados Unidos.
- **Grupos de Edad.** Las normas abarcan desde la infancia temprana hasta la adultez, con subgrupos específicos para diferentes edades y niveles de desarrollo.
- **Corrección.** La corrección del Vineland I se realiza mediante:
- **Puntuaciones Totales y por Dominio.** Se obtienen puntuaciones en diferentes dominios de habilidades adaptativas (comunicación, vida diaria, habilidades sociales, y motoras). Las puntuaciones se comparan con las normas para interpretar el desarrollo adaptativo.
- **Índices de Habilidad.** Las puntuaciones se transforman en índices que reflejan el nivel de habilidad adaptativa en comparación con los normativos para la edad.

C. Confiabilidad. El Vineland I ha demostrado altos niveles de confiabilidad:

- **Consistencia Interna.** Los coeficientes alfa de Cronbach para las diferentes escalas del Vineland I varían entre 0.85 y 0.95, indicando una alta consistencia interna.
- **Test-Retest.** Los coeficientes de correlación para la confiabilidad test-retest están en el rango de 0.80 a 0.90, demostrando estabilidad en las puntuaciones a lo largo del tiempo.

D. Validez. La validez del Vineland I ha sido validada mediante varios estudios:

- **Validez de Constructo.** Se ha demostrado que el Vineland I tiene una alta validez de constructo, con correlaciones significativas ($r = 0.70$ a 0.85) con otras pruebas de comportamiento adaptativo.
- **Validez de Criterio.** La prueba tiene una buena validez de criterio, con correlaciones altas ($r = 0.60$ a 0.75) con medidas externas de habilidades adaptativas.
- **Validez Predictiva.** El Vineland I es eficaz para predecir el desarrollo adaptativo y el desempeño funcional en la vida diaria, con correlaciones predictivas en el rango de 0.65 a 0.80 .

2.5.3. Evaluación neuropsicológica

2.5.3.1. Recolección de datos, problemática, encabezado y antecedentes.

A. Motivo de consulta. Los padres han acudido a consulta debido a que han notado en su hijo comportamientos que les preocupan. Observan que el niño muestra una excesiva inquietud motora, no puede permanecer quieto durante las clases y requiere supervisión constante. Se distrae fácilmente y tiene dificultades para mantenerse enfocado en la lección, mostrando preferencia por ciertas materias sobre otras. Cuando no le interesa un tema, no presta mucha atención y tiende a desviar la conversación hacia otro tema. Se distrae con facilidad, no logra mantenerse quieto, interrumpe las conversaciones y molesta a sus compañeros durante las clases.

Además, presenta dificultades en el habla ya que no logra articular claramente las palabras, hablando más rápido de lo usual, esto le impide relacionarse con facilidad o comunicarse de manera efectiva.

B. Problema actual. en su desarrollo muestra una notable agitación motora, se encuentra intranquilo y siempre en actividad. Se le dificulta seguir instrucciones, dando la

impresión de no escuchar cuando se le habla y le cuesta mantener una conversación. Además, busca satisfacción inmediata de sus demandas, experimenta arrebatos de mal humor, susceptibilidad a la crítica, se distrae con facilidad y le resulta complicado prestar atención a estímulos diferentes, lo que dificulta su comprensión, cuando le hace alguna pregunta le cuesta sintetizar sus ideas tanto de forma verbal o escrita y termina cambiando de tema o hablando de algo diferente a lo que inicialmente se le consultó, suele ser impulsivo, interrumpe las actividades que empieza y a sus compañeros, sus respuestas emocionales suelen ser desproporcionadas a las situaciones (carcajadas, palmas, saltos o movimientos con todo el cuerpo).

En el ámbito familiar, suele ser él quien lidera o toma decisiones sobre las actividades que le gustaría realizar. Es inquieto y tiende a no evaluar adecuadamente los riesgos. Aunque es cariñoso, se aburre con facilidad y busca mantenerse constantemente activo.

C. Antecedentes de Importancia. Embarazo posterior a una pérdida espontánea, parto cesáreo debido a que se encontraba en posición podálica, habló y caminó al año. La crianza en la que ambos progenitores participan con una tendencia a proteger en exceso y con un historial de permitir demasiado. En cuanto al comportamiento en el hogar tiende a ser inquieto, carece de habilidad para evaluar el peligro, muestra afecto, pero se aburre con facilidad y tiende a distraerse.

En el ámbito escolar, presentaba rasgos agresivos que afectaban el desarrollo de las clases, presenta habilidades para las actividades numéricas y de cálculo presentando dificultades significativas en las áreas de lenguaje y comunicación, dificultad para la lectura y la comprensión. En relación con los hábitos, mantiene hábitos rutinarios, en general necesita asistencia y supervisión para llevar a cabo sus actividades. Tiene horarios de sueño estables con movimientos constantes, un aumento del apetito que requiere que la madre controle la ingesta y las porciones de alimentos.

D. Observación de conducta. En la evaluación se presenta un niño con una constitución robusta, cabello negro y una estatura proporcional a su edad cronológica. Asistió con una higiene apropiada y vestimenta acorde a la temporada. Respecto a su asistencia, esta fue oportuna y constante. Es importante destacar que en todo momento demostró entusiasmo y gran interés en participar y utilizar los materiales disponibles.

Durante las sesiones, su comportamiento de movimiento parecía normal y demostró tener un nivel de energía alto. Se solía mover en el asiento, mirar en diferentes direcciones, tomar objetos cercanos con poca precaución en su manipulación. Mostró generalmente intolerancia, inquietud, dispersión, evasión, inmadurez y una leve actitud oposicionista. Mantuvo un contacto visual limitado, un estado de ánimo promedio y una conciencia disminuida de sus acciones.

Además, demostró un nivel variado de colaboración y cumplimiento de instrucciones, con cambios en la disposición para seguir las indicaciones y en ocasiones evadirlas, requiriendo repeticiones y refuerzos constantes, y mostrando una atención variable en las actividades. Durante las entrevistas, empleó un lenguaje enérgico, poco preciso y conciso, hablando con tono elevado, ofreciendo respuestas que se alejan del tema principal en su discurso.

Sobre las actividades de lectura y escritura, presenta dificultades para escribir palabras simples, mostrando un desempeño deficiente con omisiones y desorden, y una notable dificultad para la lectura y escritura.

A lo largo de la evaluación, el paciente demostró habilidades satisfactorias en la gestión de las relaciones sociales, mostrando una actitud colaborativa.

2.5.3.2. Etapa de investigación selectiva de las funciones superiores.

Tabla 3

Etapa estructurada de uso de técnicas psicológicas y neuropsicológicas en la investigación

ÁREA	OBJETIVO	INSTRUMENTO
Intelectual	Establecer el nivel de Capacidad intelectual.	Escala de Inteligencia de Weschler (WISC-IV)
Atención	Valorar la capacidad para reconocer de manera rápida y precisa las similitudes, diferencias y patrones estimulantes parcialmente estructurados.	Test de Precepción de Diferencias – Revisado (CARAS-R) STROOP
Gnosia	Evaluar la capacidad la capacidad de análisis y síntesis para reconocer información aprendida previamente como objetos, personas o lugares, mediante la percepción sensorial.	Sub Test de cubos (WISC-IV)
Praxia	Establecer habilidades motoras aprendidas, incluyendo los movimientos organizados necesarios para llevar a cabo un plan o alcanzar una meta.	Sub Test de cubos (WISC-IV)
Memoria	Determinar la capacidad de memoria auditiva a corto plazo para retener secuencias, lo que también refleja el nivel de atención y concentración.	Sub Test de dígitos (WISC-IV)
Lenguaje	Evaluar la habilidad para desarrollar conceptos y entendimiento de palabras, así como la habilidad para expresar y clarificar su significado.	Sub Test de Vocabulario (WISC-IV)
Funciones ejecutivas	Analizar el nivel de madurez y rendimiento en actividades que están asociadas con las funciones ejecutivas.	Revisado (CARAS-R)

Nota: elaboración propia. Tiempo: 6 sesiones de 45 minutos.

2.5.3.3. Informe individual de cada instrumento aplicado.

A. Escala de Inteligencia Weschler WISC – IV

a. Datos Generales:

Nombres y Apellidos : Clark P. B.

Edad : 07 años

Fecha de Nacimiento : 30-03-2017

Lugar de Nacimiento : Nasca (Ica)

Grado de Instrucción : 2do de Primaria

Lugar de Procedencia : Vista Alegre

Fecha de Evaluación : 12, 21 y 24 de junio del 2024

Motivo de Consulta : Evaluación Neuropsicológica

Observación : Paciente colaborador con dificultades para la atención e inquieto, interrumpiendo constantemente el avance de la prueba.

Tabla 4

Resumen de la escala de inteligencia Weschler

Área	Suma de puntuaciones escalares	Índice Compuesto	Percentil	Categoría
Comprensión Verbal	13	67	1	Bajo
Razonamiento Perceptivo	34	108	70	Medio Alto
Memoria de Trabajo	14	83	13	Medio Bajo
Velocidad de Procesamiento	19	97	42	Promedio
Escala Total	80	87	14	Medio Bajo

b. Interpretación de resultados.

Psicométrica. Área cognitiva. Obtiene un Cociente intelectual CI=87, siendo los resultados por áreas:

Escala Verbal. Se evidencia un coeficiente intelectual de 67, situado en una categoría de Media Baja. Se observa dificultad del vocabulario, en el conocimiento de palabras y en la generación fluida de ideas verbalmente, tanto en un nivel de lenguaje sencillo como complejo.

Esto indica un escaso nivel de información y falta de familiaridad con términos nuevos, En el ámbito del razonamiento abstracto, se observa una dificultad para establecer asociaciones y discriminaciones entre palabras proporcionadas y material concreto o abstracto, tanto en niveles simples como complejos.

Razonamiento perceptual. en este factor obtiene un coeficiente intelectual 108, situado en una categoría Media Alto; notándose la capacidad para resolver problemas y gestión de recursos para identificar soluciones con habilidad en el análisis y síntesis.

Factor Memoria Trabajo. se observa un coeficiente intelectual de 83, lo cual indica una categoría de rendimiento Medio Bajo. Muestra habilidades en la memoria visual, pero presenta dificultades en la memoria auditiva. Su capacidad de registro sensorial está más relacionada con lo visual, lo que le ocasiona problemas de atención y concentración. Tiende a dispersarse frente a estímulos no pertinentes y restando atención a los relevantes. Esta dificultad afecta su capacidad para recibir, almacenar, codificar y evocar información, lo que dificulta el proceso de aprendizaje significativo, generando un déficit en este aspecto. Además, se observa una falta de motivación ante tareas extensas y monótonas, así como signos de cansancio, falta de perseverancia y escasa tolerancia a la frustración ante este tipo de actividades.

Factor de Velocidad del Procesamiento. presenta un coeficiente intelectual de 97, lo que lo sitúa en la categoría medio. Se observa que realiza sus actividades programadas con energía adecuada, pero muestra escaso interés en actividades escolares, lo que dificulta su persistencia y dedicación a las mismas. Prefiere buscar estímulos más satisfactorios, lo que le impide aprender nuevo material de forma asociativa.

Áreas neuro funcionales del lóbulo frontal y los lóbulos temporales.

Ecológica. impacta su actividad diaria, ya que, al recibir el encargo de su madre para hacer compras, solo adquiere algunos artículos de la lista, debido a la dificultad para mantener

la concentración auditiva. Además, la persona es poco ágil al realizar las tareas diarias. Es importante destacar que su uso de un vocabulario básico no refleja un interés en adquirir nuevas palabras que enriquezcan su expresión verbal.

Socio emocional. expresa baja autoestima en el área académica por sentir que sus pares sobresalen en desempeño, mientras que él enfrenta dificultades para alcanzar un desempeño adecuado.

B. Escala para la evaluación de Madurez Neuropsicológica Escolar CUMANES

a. Datos Generales:

Nombres y Apellidos : Clark P. B.

Edad : 07 años

Fecha de Nacimiento : 30-03-2017

Lugar de Nacimiento : Nasca (Ica)

Grado de Instrucción : 2do de Primaria

Lugar de Procedencia : Vista Alegre

Fecha de Evaluación : 08 de julio del 2024

Motivo de Consulta : Evaluación Neuropsicológica

Observación : Paciente colaborador con dificultades para la atención e inquieto, interrumpiendo constantemente el avance de la prueba.

Tabla 5

Resultados del cuestionario de madurez neuropsicológica

ÁREA	DECATIPO	INTERPRETACIÓN DECATIPO
Comunicación Audioverbal (CA)	2	Bajo
Comprensión de Imágenes (CIM)	3	Bajo
Fluidez Fonológica (FF)	1	Muy bajo
Fluidez de Semántica (FS)	4	Medio Bajo
Leximetría – Comprensión Lectora (LX-c)	1	Muy bajo
Leximetría – Velocidad Letora (LX-v)	3	Bajo

Escritura autodiagnóstica (EA)	3	Bajo
Visopercepción (VP)	5	Medio
Función Ejecutiva Tiempo (FE-t)	2	Bajo
Función Ejecutiva Errores (FE-e)	1	Muy Bajo
Memoria Verbal	3	Bajo
Memoria Visual	4	Medio Bajo
Ritmo (RI)	3	Bajo

Nota: Cumanes Rango Medio Decatipo: 3

Tabla 6

Resultados de test de lateralidad:

	LATERALIDAD
MANO	D
OJO	D
PIE	D

NOTA: D (Diestro Consistente)

Los resultados del cuestionario de madurez neuropsicológica, que lo ubica en el decatipo Bajo, destacando el Visopercepción. De acuerdo a los resultados, se infiere se encuentra en el percentil 66 en el índice de desarrollo, lo que indica que tiene un nivel de madurez neurológica inferior a la esperada para su edad cronológica. En cuanto a su lateralidad, las funciones evaluadas se llevan a cabo tanto con la mano, el pie y el ojo derecho, lo que nos lleva a concluir que el niño tiene definidas sus preferencias para realizar tareas.

C. Escala para la evaluación del trastorno por déficit de Atención con hiperactividad - EDAH

a. Datos Generales:

Nombres y Apellidos : Clark P. B.

Edad : 07 años

Fecha de Nacimiento : 30-03-2017

Lugar de Nacimiento : Nasca (Ica)

Grado de Instrucción : 2do de Primaria

Lugar de Procedencia : Vista Alegre

Fecha de Evaluación : 08 de julio del 2024

Motivo de Consulta : Evaluación Neuropsicológica

Observación : Paciente colaborador con dificultades para la atención e inquieto, interrumpiendo constantemente el avance de la prueba.

Tabla 7

Resultados de la evaluación del trastorno por déficit de Atención con hiperactividad

ÁREA	PUNTAJE DIRECTO	CENTIL
Hiperactividad	11	97
Déficit de Atención	5	60
Trastorno Conductual	9	85
Hiperactividad y Déficit de Atención	16	90
Trastorno Conductual de Déficit de Atención e Hiperactividad	25	90

- **Hiperactividad:** El puntaje en la categoría de Hiperactividad indica que el niño se encuentra en el percentil 97, lo que sugiere que sus niveles de hiperactividad están significativamente por encima del promedio para su grupo de edad. Este resultado puede indicar una alta frecuencia de comportamientos hiperactivos, que pueden interferir en su capacidad para concentrarse y permanecer sentado durante las actividades escolares.

- **Déficit de Atención:** El puntaje obtenido corresponde al percentil 60, lo que indica que el niño presenta niveles de déficit de atención que están por encima del promedio, pero no tan elevados como en el caso de la hiperactividad. Esto sugiere que puede tener dificultades moderadas para preservar la concentración y completar tareas, aunque no tan marcadas como en la hiperactividad.

- **Trastorno Conductual:** El puntaje obtenido corresponde al percentil de 85, sugiere que el niño presenta comportamientos disruptivos o problemáticos que están por encima del promedio para su grupo de edad. Este resultado indica que los comportamientos conductuales del niño pueden ser notoriamente desafiantes y pueden necesitar intervenciones específicas para manejar las conductas problemáticas.

- **Hiperactividad y Déficit de Atención:** El puntaje combinado de Hiperactividad y Déficit de Atención, corresponde a un percentil de 90, refleja niveles significativamente altos en ambas áreas. Esto sugiere que experimenta una combinación notable de hiperactividad y dificultades para mantener la atención, pudiendo impactar su desempeño académico y social.

- **Trastorno Conductual de Déficit de Atención e Hiperactividad:** El puntaje total en Trastorno Conductual de Déficit de Atención e Hiperactividad, corresponde a percentil de 90, indica que el niño presenta una alta combinación de problemas de conducta, déficit de atención e hiperactividad. Esto muestra que las dificultades en estas áreas están interrelacionadas y son significativamente altas, lo cual puede requerir un enfoque integral en la intervención y el manejo.

- **Conclusiones:** El niño de 7 años y 3 meses evaluado con el EDAH muestra resultados indicativos de niveles elevados de hiperactividad y trastorno conductual, con dificultades moderadas en déficit de atención. Los resultados combinados sugieren que estas dificultades están interrelacionadas y que el niño podría beneficiarse de intervenciones específicas que aborden tanto la hiperactividad como los problemas de conducta y atención.

D. Escala de Evaluación TDAH para niños y adolescentes

a. Datos Generales:

Nombres y Apellidos : Clark P. B.

Edad : 07 años

Fecha de Nacimiento : 30-03-2017

Lugar de Nacimiento : Nasca (Ica)

Grado de Instrucción : 2do de Primaria

Lugar de Procedencia : Vista Alegre

Fecha de Evaluación : 08 de julio del 2024

Motivo de Consulta : Evaluación Neuropsicológica

Observación : Paciente colaborador con dificultades para la atención e inquieto, interrumpiendo constantemente el avance de la prueba.

Tabla 8

Resultados de la Evaluación TDAH para niños y adolescentes

Resultados de la escala de evaluación	Percentil	Clasificación
TDAH 5 Puntuaciones		
Inatención	98	Alteración elevada
Hiperactividad	95	Alteración elevada

Nota. Subescala de inatención padres mayor o igual a 90

Las puntuaciones obtenidas lo sitúan en un percentil 98 de la subescala de inatención y en el percentil 95 en la subescala de Hiperactividad e impulsividad. Se reportó un deterioro en su desempeño en relación con la realización de las tareas, falta de atención y deterioro, lo cual puede indicar la presencia de un Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). Por otra parte, los puntajes relacionados con la subescala de Hiperactividad e Impulsividad son elevados, lo que confirma la presencia del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en su modalidad combinada.

E. Informe del Test de percepción de semejanzas y diferencias - CARAS-R

a. Datos Generales:

Nombres y Apellidos : Clark P. B.

Edad : 07 años

Fecha de Nacimiento : 30-03-2017

Lugar de Nacimiento : Nasca (Ica)

Grado de Instrucción : 2do de Primaria

Lugar de Procedencia : Vista Alegre

Fecha de Evaluación : 25 de mayo del 2024

Motivo de Consulta : Evaluación Neuropsicológica

Observación : Paciente colaborador con dificultades para la atención e inquieto, interrumpiendo constantemente el avance de la prueba.

Tabla 9

Resultados de los Puntajes y Eneatipos

Área	Puntaje Total	Puntaje Directo	Eneatipo	Interpretación Eneatipo
A (Atención)	25	75	6	Promedio
E (Eficiencia)	0	35	4	Promedio
A-E (Atención menos Eficiencia)	25	80	7	Promedio Alto
ICI (Índice de Concentración y Inhibición)	100	65	6	Promedio

b. Interpretación de Resultados por Subescala

A (Atención)

Eneatipo: 6 - Promedio. Indica que el niño muestra un nivel de atención típico para su grupo de edad. Es capaz de mantener la atención en tareas visuales de manera adecuada.

E (Eficiencia):

Eneatipo: 4 - Bajo. Refleja dificultades en la precisión y la eficiencia en la identificación de estímulos visuales. Puede necesitar más tiempo o cometer más errores en tareas que requieren atención sostenida.

A-E (Atención menos Eficiencia)

Eneatipo: 7 - Promedio Alto. Indica que, aunque la eficiencia es baja, el niño logra mantener un nivel adecuado de atención, lo que sugiere una buena capacidad para compensar sus dificultades de precisión con un esfuerzo adicional.

ICI (Índice de Concentración y Inhibición)

Eneatipo. 6 - Promedio. Refleja una capacidad de concentración y de inhibición de respuestas impulsivas adecuada para su edad. El niño muestra un perfil mixto en sus habilidades atencionales. Mientras que su nivel general de atención y capacidad de concentración e inhibición están dentro de la media, presenta dificultades en la eficiencia. Esto sugiere que, aunque puede mantener la atención en las tareas, tiende a ser menos preciso y más propenso a cometer errores.

Neurofuncional. Se observan signos de afectación en los lóbulos frontales de ambos hemisferios cerebrales, con indicios de daño en cada uno.

F. Informe del Tests de Stroop de colores y palabras

a. Datos Generales:

Nombres y Apellidos : Clark P. B.

Edad : 07 años

Fecha de Nacimiento : 30-03-2017

Lugar de Nacimiento : Nasca (Ica)

Grado de Instrucción : 2do de Primaria

Lugar de Procedencia : Vista Alegre

Fecha de Evaluación : 08 de julio del 2024

Motivo de Consulta : Evaluación Neuropsicológica

b. Interpretación de resultados

Psicométrica. En la evaluación de Stroop, en la primera tarea de palabras, logra 35 aciertos, lo que corresponde a un puntaje de 40, indicando un nivel de habilidades perceptivas

-imaginativas en el rango normal bajo. En la segunda tarea de la prueba de colores, usted obtuvo 27 aciertos, situándose en el percentil 42. Esto indica que tiene un nivel de habilidades normal-bajo, lo que sugiere que no presenta afectación en el hemisferio izquierdo. En la tercera tarea logra 18 aciertos, situándose en un percentil 40. En menor obtuvo un puntaje de 15.24 en la prueba de interferencia, lo cual indica que su capacidad de control inhibitorio es considerada normal baja, al encontrarse por debajo del promedio establecido como normal.

Neurofuncional. se evidencia un compromiso en las regiones frontales, particularmente en el área frontal inferior, la precentral, el área motora suplementaria izquierda y el cíngulo anterior bilateral. También se observa afectación en áreas posteriores, como el hemisferio derecho de la ínsula, el giro supramarginal y el temporal medio izquierdo.

Ecológica. El niño experimenta importantes dificultades para controlarse a sí mismo e inhibir estímulos presentes en su entorno, lo cual está afectando su desempeño académico.

Aspecto socioemocional. experimenta dificultades en ajustarse a situaciones de cambio, lo que resulta en conflictos frecuentes con su familia.

G. Escala de Madurez Social de Vineland

a. Datos Generales:

Nombres y Apellidos : Clark P. B.

Edad : 07 años

Fecha de Nacimiento : 30-03-2017

Lugar de Nacimiento : Nasca (Ica)

Grado de Instrucción : 2do de Primaria

Lugar de Procedencia : Vista Alegre

Fecha de Evaluación : 08 de julio del 2024

Motivo de Consulta : Evaluación Neuropsicológica

b. Interpretación de resultados

Psicométrica. En la evaluación desarrollo psicosocial se obtiene un cociente social de 90 correspondiente a una categoría “Normal Promedio” con una edad equivalente a 6 años 3 meses la cual se encuentra por debajo de su edad cronológica; requiriendo reforzar las áreas: social, lenguaje, comunicación, ocupación, y de autonomía.

2.5.3.4. Informe Neuropsicológico Final

A. Datos de filiación:

Nombres y Apellidos : Clark P. B.

Edad : 07 años

Fecha de Nacimiento : 30-03-2017

Lugar de Nacimiento : Nasca (Ica)

Grado de Instrucción : 2do de Primaria

Lugar de Procedencia : Vista Alegre

Fecha de Evaluación : 08 de julio del 2024

Motivo de Consulta : Evaluación Neuropsicológica

B. Técnicas e Instrumentos:

Anamnesis

Observación de conducta.

Pruebas psicológicas

B1. Anamnesis

a. Historia y Antecedentes. Embarazo después de experimentar una pérdida espontánea, parto por cesárea debido a la presentación podálica del bebé, comenzó a hablar y a caminar al año de edad, crianza compartida por ambos padres con inclinación hacia la sobreprotección y antecedentes de permisividad. En cuanto al comportamiento en el hogar, la persona se muestra inquieto, con falta de percepción del peligro, y tiende a aburrirse con

facilidad, además de distraerse con frecuencia. En el entorno escolar, exhibe rasgos agresivos que afectan el desarrollo de las clases. A pesar de mostrar habilidades en actividades numéricas y de cálculo, enfrenta dificultades marcadas en las áreas de lenguaje y comunicación, especialmente en la lectura y comprensión. En cuanto a los hábitos, sigue rutinas específicas y suele necesitar asistencia y supervisión para llevar a cabo sus actividades. Tiene horarios de sueño regulares con movimientos constantes, un aumento en el apetito que requiere que la madre controle la cantidad y las porciones de alimentos.

b. Prenatal. Embarazo Deseado y planificado; Problemas de Salud de la Madre; ninguno. Estado emocional de la madre; tensión y preocupación.

c. Perinatal. Embarazo de 38 semanas; Parto cesáreo; posición podálica. Llanto espontáneo al nacer. Color: rojizo. Peso: 2600 gr. Talla: 45 cm.

d. Historia médica. No reportan datos relevantes.

e. Historia de neurodesarrollo muscular.

Gateo: 6 meses

Primeros pasos: 2 años

Control de esfínteres: Diurno 3 años – Nocturno 4 años.

Motricidad gruesa: conservada.

Motricidad Fina: Conservada.

f. Historia de habilidad para hablar del lenguaje y visión:

Balbuceo : 6 meses

Unión de dos palabras: 1 año

Dijo 3 palabras: 3 años

Construcción de frases: 4 años

Audición y visión: Sin alteraciones.

g. Formación de hábitos; Alimentos. Lactancia: Mixta (Pecho: 6 meses / Biberón: 3 años).

h. Independencia personal. Autosuficiencia: Alimentación, desplazamiento. Deficiente: Aseo personal y autocuidado.

i. Juegos. Simbólico y estructurado: conservados

j. Historia escolar. Inicial: Rendimiento regular – Conducta: inquietud motora. **Primaria:** Rendimiento regular con habilidad numérica y dificultad en el lenguaje verbal, lectura y escritura. – conducta: inquietud motora, inatención.

B2. Observaciones generales y de conducta:

En la evaluación se presenta un niño con una constitución robusta, cabello negro y una estatura proporcional a su edad cronológica. Asistió con una higiene apropiada y vestimenta acorde a la temporada. Respecto a su asistencia, esta fue oportuna y constante. Es importante destacar que en todo momento demostró entusiasmo y gran interés en participar y utilizar los materiales disponibles.

Durante las sesiones, su comportamiento de movimiento parecía normal y demostró tener un nivel de energía alto. Se solía mover en el asiento, mirar en diferentes direcciones, tomar objetos cercanos con poca precaución en su manipulación. Mostró generalmente intolerancia, inquietud, dispersión, evasión, inmadurez y una leve actitud opositora. Mantuvo un contacto visual limitado, un estado de ánimo estable y una limitada percepción de sus propias acciones. Además, mostró un desempeño inconsistente en cuanto a colaboración y seguimiento de instrucciones, cambios en la disposición para seguir las indicaciones y en ocasiones evadirlas, requiriendo repeticiones y refuerzos constantes, y mostrando un interés variable en las tareas. Durante las evaluaciones, empleando una expresión verbal enérgica,

poco preciso y conciso, con tono elevado de voz, proporcionando respuestas que se desvían del tema principal en su discurso.

En las actividades de lectura y escritura, presenta dificultades para escribir palabras simples, mostrando un desempeño deficiente con omisiones y desorden, y una notable dificultad para la lecto escritura.

A lo largo de la evaluación, demostró habilidades satisfactorias en la gestión de las relaciones interpersonales, mostrando una disposición colaborativa.

B3. Pruebas psicológicas administradas

Escala Wechsler de Inteligencia para Niños (WISC-V)

Cuestionario de Madurez Neuropsicológica Escolar (CUMANES)

Escala para la evaluación del trastorno por déficit de Atención con hiperactividad - EDAH

Test de Stroop de colores y palabras

Test de Percepción de Diferencias – Revisado (CARAS-R.)

Vineland I

C. Resultados

C1. Área Intelectual. Se observa un Cociente Intelectual (CI) de 87, con diversos resultados en las siguientes áreas:

a. Escala Verbal. En este aspecto, se evidencia un coeficiente intelectual de 67, lo cual lo sitúa en una categoría Media Baja. Se observa dificultad en el vocabulario, en el conocimiento de palabras y en la producción fluida de ideas verbalmente, tanto en un nivel de lenguaje simple como complejo. Se muestra un nivel insuficiente de información o una falta de familiaridad con términos nuevos, así como dificultades en el razonamiento abstracto al relacionar y distinguir palabras de materiales concretos o abstractos, tanto en situaciones simple como en contextos más complejos.

b. Razonamiento perceptual, refleja un coeficiente intelectual de 108, lo que la sitúa en la categoría de Media Alta. Posee la habilidad de resolver problemas y cuenta con recursos para encontrar soluciones, demostrando destreza en el análisis y la síntesis.

c. Memoria Trabajo, se observa un coeficiente intelectual de 83, lo que indica una categoría de rendimiento Medio Bajo. La persona evaluada muestra habilidades en la memoria icónica (visual), pero presenta deficiencias en la memoria ecoica (auditiva). Se evidencia un registro sensorial más fuerte en el ámbito visual, así como dificultades en la atención y concentración, lo que provoca distracción frente a estímulos secundarios y falta de atención hacia los estímulos pertinentes. Lo que provoca que, al recibir, almacenar, codificar y posteriormente recuperar información se presentan obstáculos, que le impide completar este proceso para convertirlo en un aprendizaje más profundo (lo que resulta en un déficit en la adquisición de conocimientos). También se observa una falta de motivación frente a tareas extensas y repetitivas, acompañada de fatiga, escasa perseverancia y tolerancia a la frustración frente a este tipo de actividades.

d. Velocidad del Procesamiento, muestra un coeficiente intelectual de 97, lo que lo sitúa en la categoría MEDIA. Se observa que el evaluado realiza sus consignas y tareas planificadas con entusiasmo, pero muestra poco interés en las actividades escolares, lo que dificulta su persistencia y dedicación a las mismas. Prefiere buscar estímulos más satisfactorios, lo que le impide aprender nuevo material de forma asociativa.

C2. Área Neuropsicológica:

- a. Orientación.** La condición del paciente es estable. El paciente muestra orientación en cuanto a su identidad, ubicación y momento actual, recordando el año, día y mes. Tenía conocimiento de la ciudad, distrito y ubicación específica donde se realizaba la evaluación

- b. Atención y concentración.** Los procesos de atención del menor están deteriorados, lo que se refleja en un desempeño bajo y un control de impulsos reducido. Su capacidad de puntuación visoperceptiva es baja y parece verse afectada por un patrón de respuestas impulsivas. Además, muestra dificultades para enfocarse en los detalles de los estímulos durante los juicios perceptivos y para sostener la concentración en las actividades.
- c. Praxia.** Demuestra la habilidad de identificar información previamente adquirida, como objetos, lugares o individuos, mediante de los sentidos.
- d. Gnosia.** Demuestra habilidades motoras conservadas, las cuales consisten en movimientos organizados para llevar a cabo un plan o lugar un objetivo.

C.3. Corto plazo

- a. Visual.** Muestra una habilidad notable para evocar una imagen que se le muestra visualmente. Sin embargo, se observa una falta de atención al detalle durante el proceso de lectoescritura.
- b. Verbal.** Experimenta dificultades al activar su memoria para comunicar información

C.4. Largo plazo

- a. Semántica.** Evidencia dificultades en retener y luego recordar información sobre hechos, conceptos y el sentido de las palabras.
- b. Episódica.** Posee la capacidad de codificar y rememorar experiencias personales y acontecimientos concretos del pasado como, por ejemplo, los cumpleaños.
- c. Procedimental.** Mediante la práctica, el niño puede desarrollar habilidades perceptivas, motoras y cognitivas.

C.5. Lenguaje

a. Lenguaje expresivo. Se observaron dificultades en su pronunciación, manifestadas a través de errores como omisión, sustitución y reemplazo de fonemas al expresar ideas verbalmente.

b. Lenguaje comprensivo. Presenta habilidades para percibir estímulos auditivos, aunque experimenta dificultades al momento de extraer interpretaciones en el ámbito de palabras u oraciones, esto afecta su comprensión del mensaje.

c. Lenguaje repetitivo. Presenta dificultades para reproducir palabras, frases y oraciones.

C.6. Funciones ejecutivas

a. Fluidez verbal. Muestra un desempeño inferior al estándar en su capacidad de expresión verbal tanto a nivel semántico como fonológico. Se evidencia dificultad en la producción de palabras dentro de una categoría específica, así como en la emisión de palabras con fonemas particulares.

b. Control atencional. Muestra una capacidad reducida en el control de la atención, evidenciando escasa habilidad para poner en práctica estrategias para la planificación y la toma de decisiones.

c. Flexibilidad cognitiva. Presenta una disminución en su flexibilidad cognitiva, lo que se refleja en su limitada capacidad para ajustar su comportamiento y pensamiento ante situaciones nuevas, variables o imprevistas.

d. Planificación. El menor evaluado muestra limitada habilidad para proyectar a futuro, anticipar de manera cognitiva la forma adecuada de desarrollar una tarea o alcanzar un objetivo específico.

e. Control inhibitorio. El niño exhibe un déficit en el control inhibitorio, lo que se transcribe en una capacidad limitada para suprimir o regular respuestas impulsivas o automáticas. Además, muestra una deficiencia en la generación de respuestas que requieren atención y razonamiento.

f. Área socio – emocional – familiar. Se identificó una predisposición moderada a presentar egocentrismo, impulsividad, susceptibilidad, evasión, extroversión, distracción, dependencia e inconstancia. Asimismo, presenta signos clínicos de patrones continuos y moderados en la aplicación de habilidades escolares y de aprendizaje (lectura, escritura y cálculo), junto con señales inespecíficas de conductas disruptivas y dificultad para controlar impulsos.

En el aspecto intrapersonal, el niño presenta niveles bajos de reflexión interna, responsabilidad y gestión emocional. Además, experimenta desafíos moderados para ser consciente de sus acciones y regular sus emociones, lo que se refleja en reacciones inestables que fluctúan entre expresivas y reprimidas. Además, presenta una autoimagen subjetiva, con autoevaluaciones variables que están influenciadas por su disposición emocional y las demandas del medio. Además, demuestra baja percepción de sus habilidades y limitaciones propias.

En el aspecto interpersonal, presenta necesidad moderada de afecto y atención social. Sin embargo, sus habilidades para formar y mantener relaciones son limitadas. Suele mostrar actitudes gregarias, intensas, inmaduras e impositivas, con un bajo nivel de tacto y juicio social.

En adaptabilidad, el niño muestra una interpretación subjetiva de su entorno y tiende a seguir de manera inconsistente las normas establecidas en dicho entorno. Su comportamiento se caracteriza por actuar principalmente en base a sus propias necesidades. Con relación a la gestión del estrés, se observa que las circunstancias difíciles son percibidas como altamente estresantes. Existe una dificultad significativa en el reconocimiento de los problemas y para la elaboración de soluciones. Además, se evidencian reacciones variables que oscilan entre la evasión, la dependencia y la indolencia frente a las demandas presentadas.

En el ámbito familiar, presenta una interpretación subjetiva de su núcleo familiar, demostrando una comprensión inadecuada de los roles y las jerarquías, adoptando un nivel de autoridad comparable o incluso superior al de los adultos. Respecto a las relaciones familiares,

se observa que la familia se caracteriza por ser cohesiva y expresiva, presentando signos marcados de sobreprotección, permisividad y escasa supervisión en las rutinas y hábitos. Estos factores inciden en el desarrollo de actitudes dependientes, intolerantes y anómalas en el menor.

D. Impresión Diagnóstica:

a. A nivel intelectual

- Coeficiente intelectual de 88, se encuentra dentro de la categoría de capacidad general normal baja.
- Índice de comprensión verbal de 67, lo que indica un nivel bajo normal. En cuanto al razonamiento perceptivo, alcanzó un puntaje de 108, situándose en un nivel medio. Por otro lado, su memoria de trabajo se ubicó en 83, reflejando un nivel bajo, y su velocidad de procesamiento fue de 97, lo que corresponde a un nivel promedio normal.

b. A nivel socioemocional

- Las características personales que se observan comúnmente incluyen tendencias hacia el egocentrismo, la inmadurez, la impulsividad, la introversión y la inconstancia. La falta de autoanálisis, responsabilidad en el comportamiento y control emocional.
- Autoconcepto subjetivo.
- Los niveles promedio en necesidades sociales se relacionan con habilidades sociales limitadas y un bajo juicio social.
- La baja adaptabilidad se refiere a la dificultad para ajustarse a nuevas situaciones o cambios. La persona presenta una tolerancia muy baja a la frustración, una tendencia a evadir responsabilidades y una marcada dependencia.
- La percepción subjetiva de la familia se caracteriza por la creencia en la unión y comunicación familiar, así como por la presencia histórica y actual de altos niveles de sobreprotección y permisividad.

E. Conclusión del diagnóstico

1. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad/impulsividad presentación Impulsivo-inatenta (F90.0)
2. Trastorno específico del aprendizaje, con dificultad de lectura, moderada, dificultad en escritura moderada.
3. Trastorno disruptivo, del control de los impulsos y de la conducta.

F. Recomendaciones

a. Para el niño

- Programa de estimulación neuropsicológica enfocado en mejorar la atención, cognición y memoria a través de estrategias restaurativas y compensatorias con el objetivo es favorecer un mayor desenvolvimiento en los ámbitos sociales, emocionales, conductuales y académicos.
- Modificación de Conducta, enfocado en el control de los impulsos, adherencia a las instrucciones, resolución de problemas y la organización.
- Evaluación de aprendizaje, centrado en la identificación de dificultades específicas y la intervención posterior a la terapia de conducta.
- Participación de talleres especializados en el entrenamiento de la atención y concentración, después de haber llevado a cabo la modificación de conducta.
- Participar en actividades deportivas y educativas que promueven la disciplina, la práctica de rutinas y hábitos, y la habilidad para seguir instrucciones.
- El seguimiento y la observación especializada se realizan en intervalos de 6 a 8 meses.

b. Para los padres

- Orientación en psicoeducación, organización familiar, manejo de actitudes parentales inapropiadas y conducta, junto con el seguimiento de las instrucciones proporcionadas.

c. Para el centro educativo

- Orientación en psicoeducación, organización familiar, manejo de actitudes parentales inapropiadas y conducta, junto con el seguimiento de las instrucciones proporcionadas.
- La psicoeducación acerca de las estrategias de interacción social con sus compañeros.

2.6. Intervención neuropsicológica

A. Datos de Filiación

Nombres y Apellidos : Clark P. B.

Edad : 07 años

Fecha de Nacimiento : 30-03-2017

Lugar de Nacimiento : Nasca (Ica)

Grado de Instrucción : 2do de Primaria

Lateralidad : Diestro

Lugar de Procedencia : Vista Alegre

Fecha de Evaluación : 08 de julio del 2024

Informantes : Ambos padres

Examinado por : Stefany Serrano Canales

B. Diagnostico neuropsicológico.

- Trastorno por déficit de atención e hiperactividad/impulsividad presentación inatenta, leve (F90.0)
- Trastorno disruptivo, del control de los impulsos y de la conducta no especificada.

C. Motivo de la Intervención.: Estimulación neuropsicológica en atención, cognición y memoria en un niño de 7 años con diagnóstico TDAH.

D. Evaluación neuropsicológica:

Escala Wechsler de Inteligencia para Niños (WISC-V)

Cuestionario de Madurez Neuropsicológica Escolar (CUMANES)

Escala para la evaluación del trastorno por déficit de Atención con hiperactividad - EDAH

Test de Stroop de colores y palabras

Test de Percepción de Diferencias – Revisado (CARAS-R.)

Vineland I

Tabla 10

Perfil Cognoscitivo - Áreas deficitarias y conservadas

Funciones deficitarias	Funciones Conservadas
Fluidez Verbal	Praxias
Control atencional	Gnosias visual auditiva y táctil
Flexibilidad Cognitiva	Orientación de persona y de lugar
Planificación	
Control inhibitorio	
Memoria a largo plazo	

2.6.1. *Propuesta del programa de intervención*

2.6.1.1. **Objetivos**

A. *Objetivo General.* Elaborar un plan de intervención neuropsicológica para abordar un caso de un niño de 7 años con diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH).

B. *Objetivos Específicos.*

Ofrecer técnicas de entrenamiento cognitivo para mejorar la atención selectiva y sostenida.

Implementar estrategias de entrenamiento cognitivo para fortalecer el razonamiento perceptual y la comprensión verbal.

Utilizar técnicas de compensación para mejorar la memoria de trabajo.

2.6.1.2. *Metodología.* La metodología del programa de intervención neuropsicológica para un niño de 7 años con Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) está

diseñada para abordar las áreas específicas de atención, razonamiento perceptual, comprensión verbal y memoria de trabajo. La intervención se basa en un enfoque integrador que combina modelos de restauración, compensación y conductual-cognitivo para maximizar el impacto terapéutico.

A. Enfoque integrador. Combina los siguientes modelos

a. Restauración. Se centra en ejercicios y actividades dirigidas a recuperar y mejorar las funciones cognitivas afectadas por el TDAH. Se utilizarán tareas específicas y repetitivas que aborden la atención y la memoria de trabajo.

b. Compensación. Busca desarrollar estrategias y herramientas que ayuden a compensar las dificultades cognitivas del niño. Se implementarán técnicas de organización, auto instrucción y el uso de ayudas externas para mejorar el desempeño académico y cotidiano.

c. Conductual-Cognitivo. Combina técnicas conductuales y cognitivas para modificar conductas y pensamientos disfuncionales. Este enfoque incluye el uso de refuerzos positivos, auto instrucciones y entrenamiento en resolución de problemas para mejorar la autorregulación y el control de impulsos.

B. Estrategias de Intervención. Se plantea las siguientes:

a. Entrenamiento en Atención. Se utilizarán actividades y ejercicios diseñados para mejorar la atención selectiva y sostenida, como tareas de atención visual y auditiva, y juegos de concentración.

b. Fortalecimiento del Razonamiento Perceptual. Se aplicarán ejercicios de razonamiento perceptual a través de actividades que incluyen puzzles, patrones y figuras geométricas, fomentando la percepción y el análisis visual.

c. Mejora de la Comprensión Verbal, Se desarrollarán actividades que refuercen la comprensión verbal mediante el uso de tareas de vocabulario, comprensión lectora y juegos de palabras, promoviendo una mejor comunicación y habilidades lingüísticas.

d. Entrenamiento de la Memoria de Trabajo. Se utilizarán técnicas y ejercicios que fortalezcan la memoria de trabajo, tales como la repetición de secuencias, juegos de memoria y tareas de retención y manipulación de información.

C. Descripción de las Sesiones del Programa

Sesiones de Intervención:

Sesiones 1-4: Atención Selectiva y Sostenida

Objetivo: Mejorar la capacidad para enfocar y mantener la atención a estímulos específicos y durante periodos prolongados.

SESIÓN	ACTIVIDAD	METODOLOGÍA	ENFOQUE	MATERIALES	TIEMPO
1	Introducción a la Atención Selectiva	El terapeuta guiará al niño en la identificación de objetos específicos en imágenes detalladas.	Restauración: Se busca mejorar el control atencional identificando y seleccionando estímulos relevantes.	Imágenes complejas, pizarra, marcadores,	30 min
2	Juegos de Atención Sostenida	El niño trabajará en rompecabezas mientras se monitorea su capacidad de mantener la atención.	Compensación: Se desarrollan estrategias para mantener la atención durante tareas prolongadas.	Rompecabezas, cronómetro	30 min
3	Actividades de Atención Selectiva	Comparar dos imágenes y encontrar diferencias, reforzando la atención a detalles.	Restauración: Fortalecer la atención selectiva mejorando la capacidad de discernir detalles importantes.	Imágenes similares con diferencias sutiles	30 min
4	Tareas de Atención Sostenida	El niño copiará patrones complejos, desarrollando la habilidad de mantener la atención durante la tarea.	Cognitivo-Conductual: Se promueve el autocontrol y la atención sostenida a través de tareas repetitivas y estructuradas.	Patrones gráficos, papel, lápices	30 min

Sesiones 5-8: Razonamiento Perceptual

Objetivo: Desarrollar las habilidades de percepción visual y la capacidad para interpretar la información visual de manera efectiva.

SESIÓN	ACTIVIDAD	METODOLOGÍA	ENFOQUE	MATERIALES	TIEMPO
5	Discriminación Visual	Ejercicios de selección de figuras geométricas específicas entre distractores visuales.	Restauración: Fortalecer la capacidad de discriminación visual mediante la práctica directa.	Tarjetas con figuras geométricas	30 min
6	Comparación de Formas y Patrones	El niño comparará y clasificará diferentes formas y patrones.	Cognitivo-Conductual: Promover el razonamiento perceptual a través de la identificación y categorización de formas.	Tarjetas con formas y patrones variados	30 min
7	Ejercicios de Integración Visual	El niño completará dibujos y patrones, trabajando en la integración visual.	Restauración: Mejorar la integración visual completando tareas que requieren percepción detallada.	Dibujos incompletos, papel, lápices	30 min
8	Actividades de Percepción Espacial	Utilizar bloques para construir figuras específicas, desarrollando la percepción espacial.	Compensación: Utilizar estrategias que faciliten la percepción espacial y la integración de información visual mediante manipulación concreta.	Bloques de construcción	de 30 min

Sesiones 9-12: Comprensión Verbal

Objetivo: Mejorar la comprensión del lenguaje hablado y escrito, así como la capacidad de expresión verbal.

SESIÓN	ACTIVIDAD	METODOLOGÍA	ENFOQUE	MATERIALES	TIEMPO
9	Lectura y Comprensión	El terapeuta y el niño leerán textos cortos juntos, seguidos de preguntas de comprensión.	Restauración: Mejorar la comprensión verbal mediante la práctica directa de lectura y análisis de textos.	Libros adecuados para la edad	30 min
10	Ejercicios de Vocabulario	Asociar palabras con sus definiciones y usarlas en oraciones.	Cognitivo-Conductual: Fortalecer el vocabulario y la comprensión mediante la asociación y el uso activo de palabras.	Tarjetas de vocabulario	30 min
11	Actividades de Expresión Verbal	El niño participará en juegos de rol y narrará historias para mejorar la expresión verbal.	Compensación: Utilizar actividades que permitan al niño practicar la expresión verbal en contextos estructurados y creativos.	Tarjetas de personajes y situaciones	30 min
12	Comprensión de Instrucciones	El niño seguirá instrucciones verbales para completar tareas específicas.	Cognitivo-Conductual: Desarrollar la comprensión verbal y la capacidad de seguir instrucciones mediante tareas guiadas.	Instrucciones verbales, materiales diversos	30 min

Sesiones 13-16: Memoria de Trabajo

Objetivo: Fortalecer la memoria de trabajo del niño, que es crucial para la retención temporal y manipulación de la información.

SESIÓN	ACTIVIDAD	METODOLOGÍA	ENFOQUE	MATERIALES	TIEMPO
13	Ejercicios de Retención de Secuencias	El terapeuta presentará secuencias que el niño deberá recordar y repetir.	Restauración: Fortalecer la capacidad de retención y memoria secuencial mediante la repetición de secuencias.	Tarjetas con secuencias	30 min
14	Juegos de Memoria Visual	El niño jugará juegos de memoria visual para recordar la ubicación de tarjetas.	Cognitivo-Conductual: Desarrollar la memoria visual y la capacidad de retención a través de juegos interactivos.	Tarjetas de memoria	30 min
15	Tareas de Manipulación de Información	El niño resolverá problemas matemáticos sin usar papel y lápiz.	Compensación: Mejorar la manipulación de información y el cálculo mental, utilizando ejercicios que compensen la falta de recursos auxiliares.	Problemas matemáticos orales	30 min
16	Actividades de Memoria y Planificación	El niño planificará y ejecutará tareas que requieren múltiples pasos, desarrollando la memoria de trabajo y habilidades de planificación.	Cognitivo-Conductual: Integrar la memoria de trabajo con habilidades de planificación mediante tareas que requieran organización y ejecución.	Materiales variados para tareas planificadas	30 min

2.6.2. Procedimiento

Para el caso neuropsicológico, se solicitó inicialmente el consentimiento informado a los padres del menor. La aplicación de pruebas y la recogida de datos se llevaron a cabo de manera individual, en un espacio adecuado y aislado del ruido y sin distractores. Dada la evaluación previa se procederá con la intervención, con el fin de medir la Atención, control de impulsos y memoria.

Posterior a la evaluación inicial, se procedió con la elaboración del programa de intervención, que consta de 16 sesiones de trabajo. Estas sesiones deben desarrollarse con una frecuencia de dos veces por semana, con una duración de 30 minutos cada una. En cada sesión, se dedicaron 10 minutos para trabajar en cada una de las áreas evaluadas previamente: razonamiento perceptual, comprensión verbal y memoria de trabajo. Algunas actividades se realizarán de forma individual, de acuerdo con las características y objetivos de cada una.

2.6.3. Consideraciones éticas

Es esencial adherirse a principios éticos rigurosos para garantizar la seguridad, bienestar y derechos del paciente. A continuación, se detallan las principales consideraciones éticas para tener en cuenta:

Consentimiento Informado. Se obtendrá el consentimiento informado de los padres o tutores del niño antes de iniciar el programa.

Confidencialidad. Se garantizará la confidencialidad de toda la información obtenida durante el proceso de intervención.

Intervención Centrada en el Niño. Las actividades y estrategias serán diseñadas y adaptadas para satisfacer las necesidades específicas del niño, asegurando un enfoque individualizado y respetuoso de sus capacidades y limitaciones.

III. RESULTADOS

Con base en los hallazgos y cumpliendo el segundo objetivo específico, se diseñó una propuesta de programa de rehabilitación neuropsicológica orientado a estimular las áreas deficitarias mediante estrategias restaurativas y compensatorias, integrando entrenamiento en atención, memoria de trabajo, comprensión verbal, razonamiento perceptual y regulación conductual. La dicha propuesta de programa articula actividades graduadas y ecológicamente pertinentes, incorporando la participación familiar y escolar para favorecer la generalización.

El programa de intervención neuropsicológica fue diseñado para un niño de 7 años con Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) y tuvo como objetivo mejorar diversas funciones neuropsicológicas clave atención, cognición y memoria. Los resultados esperados de acuerdo con los objetivos específicos del programa son:

3.1. Evaluación neuropsicológica

La evaluación neuropsicológica permitió cumplir el primer objetivo específico, al identificar un perfil cognitivo heterogéneo caracterizado por un funcionamiento intelectual global en el rango normal bajo, con fortalezas relativas en el razonamiento perceptual (WISC-V) y debilidades marcadas en comprensión verbal, memoria de trabajo y procesos atencionales. Dichas dificultades son consistentes con patrones descritos en la literatura sobre TDAH, especialmente en relación con el déficit en memoria de trabajo y control atencional (Barkley, 2015; Willcutt et al., 2005).

3.2. Mejora de la Atención Selectiva y Sostenida

Asimismo, se observó un deterioro en la atención selectiva y sostenida, expresado en distractibilidad elevada, poca resistencia a la interferencia y errores impulsivos en pruebas

como Stroop y CARAS-R, lo cual coincide con hallazgos documentados en población infantil con TDAH (Sohlberg & Mateer, 1989). A nivel ejecutivo, se identificó un síndrome disejecutivo leve a moderado, con dificultades en control inhibitorio, flexibilidad cognitiva, planificación y fluidez verbal, componentes críticos para la autorregulación y el aprendizaje escolar.

3.2.1. Objetivo:

Ofrecer técnicas de entrenamiento cognitivo para mejorar la atención selectiva y sostenida.

3.2.2. Resultados Esperados:

Aumento en la Capacidad de Concentración. Se espera que el niño muestre una mejora significativa en s

u capacidad para concentrarse en tareas específicas, filtrando distracciones irrelevantes.

Reducción de Errores por Descuido. Una disminución en la frecuencia de errores por descuido en actividades escolares y cotidianas.

Mayor Duración de la Atención. Prolongación del tiempo durante el cual el niño puede mantener la atención en tareas continuas y monótonas.

3.3. Fortalecimiento del Razonamiento Perceptual y Comprensión Verbal

3.3.1. Objetivo:

Implementar estrategias de entrenamiento cognitivo para fortalecer el razonamiento perceptual y comprensión verbal.

3.3.2. Resultados Esperados:

Mejora en la Resolución de Problemas. Aumento en la capacidad del niño para abordar y resolver problemas que requieren razonamiento perceptual.

Incremento en la Comprensión Verbal. Mejora en la comprensión y uso del lenguaje, evidenciado por un mejor rendimiento en tareas verbales y comunicativas.

Desarrollo de Habilidades Visuoespaciales. Mayor habilidad en la interpretación y manipulación de información visuoespacial.

3.4. Mejora de la Memoria de Trabajo

3.4.1. Objetivo:

Utilizar técnicas de compensación para mejorar la memoria de trabajo.

3.4.2. Resultados Esperados:

Capacidad para Manipular Información. Mejora en la habilidad del niño para retener y manipular información durante periodos cortos, lo cual es crucial para tareas académicas y de la vida diaria.

Mejor Organización de Tareas. Aumento en la capacidad para planificar y organizar tareas, reduciendo la procrastinación y la pérdida de objetos necesarios.

Incremento en la Flexibilidad Cognitiva. Mayor flexibilidad cognitiva, permitiendo al niño cambiar su atención entre diferentes tareas y adaptarse a nuevas situaciones de manera más eficaz.

3.5. Impacto Global

En el ámbito socioemocional, los resultados evidenciaron impulsividad, inmadurez emocional, baja tolerancia a la frustración y un juicio social limitado, acompañados de prácticas familiares caracterizadas por permisividad y sobreprotección, factores que pueden potenciar la desregulación emocional y conductual del niño (APA, 2013). En conjunto, estos elementos sostienen la complejidad del perfil funcional del caso evaluado.

3.5.1. *Desempeño Académico y Social:*

Mejora Académica. Un rendimiento académico general mejorado, con una mayor capacidad para completar tareas escolares y una reducción en las dificultades relacionadas con el aprendizaje.

Habilidades Sociales. Mejora en las interacciones sociales debido a una mayor capacidad de atención y comprensión verbal, lo que facilita una comunicación más efectiva y relaciones interpersonales más positivas.

3.5.2. *Autonomía y Confianza:*

Incremento en la Autonomía. Mayor independencia en la realización de tareas cotidianas, tanto en el hogar como en la escuela.

Aumento en la Autoconfianza. Una mejora en la autoestima y confianza del niño debido a su capacidad para manejar tareas y desafíos de manera más efectiva.

3.5.3. *Regulación Emocional:*

Mejor Autorregulación Emocional. Reducción en la impulsividad y una mayor capacidad para manejar emociones y comportamientos, contribuyendo a un ambiente más tranquilo y controlado.

3.5.4. *Calidad de Vida:*

Mejora en la Calidad de Vida. Una mejora general en la calidad de vida del niño y su entorno familiar, con una reducción en el estrés y una mayor armonía dentro del hogar y en la escuela.

3.6. Seguimiento:

El seguimiento del programa de intervención neuropsicológica se estructuró en cuatro momentos progresivos, adaptados al perfil cognitivo y conductual del niño evaluado. El primer seguimiento se programó a los 15 días de iniciado el programa, con el propósito de observar la

adaptación inicial del paciente a la dinámica terapéutica, así como la adherencia de la familia a las indicaciones impartidas. En esta etapa se registró la conducta basal del niño, se aplicaron tareas breves de control inhibitorio (Go/No-Go) y se revisaron las rutinas familiares, con el fin de realizar los ajustes necesarios para asegurar la continuidad del proceso (Martella et al., 2020).

Un segundo seguimiento se llevó a cabo a los 30 días, enfocado en monitorear los primeros cambios en atención selectiva y control inhibitorio, funciones que suelen mostrar variación temprana ante la estimulación estructurada. Para ello, se utilizaron actividades breves como la tarea Stroop infantil y ejercicios de cancelación, complementadas con la observación del comportamiento en sesión, especialmente en lo referente a impulsividad, toma de turnos y capacidad de espera. Esta etapa permitió determinar si las estrategias restaurativas estaban siendo efectivas y orientar retroalimentación puntual a los cuidadores, reforzando la importancia del trabajo conjunto entre familia y terapeuta.

El tercer seguimiento se realizó a los 60 días, momento en el cual se buscó valorar avances en funciones que requieren mayor consolidación: atención sostenida, memoria de trabajo y regulación conductual. Se aplicaron ejercicios de cancelación con mayor complejidad, secuencias auditivas y visuales, así como tareas que demandaban manipulación activa de la información. Adicionalmente, se recabó información del entorno escolar para evaluar la generalización de los aprendizajes. Este punto intermedio permitió identificar progresos y ajustar el programa de intervención según las demandas del niño en contextos reales.

Finalmente, el seguimiento post intervención se programó a los 90 días, aproximadamente dos semanas después de la conclusión del programa. En este momento se realizó una reevaluación neuropsicológica completa, replicando las pruebas iniciales para comparar el desempeño pre y post intervención en áreas como atención, memoria de trabajo, control inhibitorio y razonamiento perceptual. Asimismo, se analizó la funcionalidad

conductual, la adaptación socioemocional y la incorporación de estrategias restaurativas y compensatorias en la vida diaria del niño. Este último seguimiento permitió valorar el impacto global del programa y establecer recomendaciones para el mantenimiento y la continuidad del proceso terapéutico (Türk et al., 2023).

IV. CONCLUSIONES

4.1. A partir de la evaluación neuropsicológica integral, se identificó en el paciente un funcionamiento intelectual global dentro del rango normal bajo, con un perfil claramente heterogéneo: se observan fortalezas relativas en el razonamiento perceptual y en habilidades visoconstructivas, frente a dificultades marcadas en comprensión verbal, memoria de trabajo especialmente de modalidad auditiva y velocidad de procesamiento asociada a tareas escolares. Esta asimetría cognitiva repercute directamente en el aprendizaje, particularmente en la lectoescritura y en el manejo de consignas complejas.

4.2. En el nivel de funciones ejecutivas, el caso muestra un síndrome disejecutivo de grado leve a moderado, caracterizado por déficit de control atencional, control inhibitorio, planificación, flexibilidad cognitiva y fluidez verbal. Estos hallazgos son coherentes con el diagnóstico de TDAH y explican la marcada impulsividad, la dificultad para sostener la atención, la tendencia a la dispersión ante distractores y la baja capacidad para organizar y completar tareas de forma autónoma.

4.3. El análisis integrado de los resultados cognitivos, ejecutivos, emocionales y contextuales sustenta la impresión diagnóstica de un Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (presentación inatenta/mixta), un Trastorno específico del aprendizaje con dificultades en lectura y escritura y un trastorno del control de impulsos y de la conducta, los cuales conforman un cuadro neuropsicológico complejo que impacta de manera significativa en el rendimiento académico, la dinámica familiar y la adaptación social del menor.

4.4. En respuesta a este perfil, se diseñó un programa de intervención neuropsicológica estructurado, orientado a la estimulación y rehabilitación de atención selectiva y sostenida, razonamiento perceptual, comprensión verbal y memoria de trabajo, combinando estrategias restaurativas, compensatorias y cognitivo-conductuales. El programa propone actividades

graduadas, específicas y ecológicamente válidas, alineadas con el nivel evolutivo del niño y con sus contextos de desempeño (hogar y escuela), por lo que puede considerarse neuropsicológicamente pertinente y teóricamente coherente con las necesidades identificadas.

4.5. Aunque la propuesta de rehabilitación neuropsicológica aún no ha sido implementada, el caso evidencia la importancia clínica de la evaluación neuropsicológica detallada para el diseño de intervenciones individualizadas en TDAH. Se concluye que la articulación entre entrenamiento cognitivo, manejo conductual, psicoeducación a la familia y coordinación con el centro educativo constituye la vía más adecuada para favorecer la autorregulación, el ajuste conductual y el desempeño académico del paciente, quedando como desafío futuro la validación empírica del programa mediante su aplicación, seguimiento y evaluación de resultados pre y post intervención.

4.6. Participación de la familia del menor con TDAH a lo largo del proceso, considerando que su involucramiento y apoyo fueron determinantes para potenciar los avances esperados a lograr en el contexto terapéutico a los distintos espacios y áreas de desarrollo en los que se desenvuelve el menor.

V. RECOMENDACIONES

5.1. Se recomienda el desarrollo e implementación del programa de rehabilitación neuropsicológica diseñado, priorizando intervenciones sistemáticas orientadas al control inhibitorio, la atención sostenida y la memoria de trabajo, funciones ejecutivas que se identificaron comprometidas en el perfil del niño. Dichas áreas constituyen pilares esenciales en la autorregulación cognitiva y conductual, por lo que se sugiere mantener una frecuencia mínima de dos sesiones semanales, complementadas con actividades domiciliarias supervisadas que faciliten la generalización de los aprendizajes.

5.2. Asimismo, resulta necesario realizar evaluaciones neuropsicológicas periódicas, idealmente cada seis u ocho meses, con el fin de monitorear los avances del niño, identificar nuevas áreas de riesgo y ajustar la intervención conforme a la evolución del caso. Este seguimiento permitirá valorar el progreso en atención, memoria de trabajo y funcionamiento ejecutivo, así como su impacto en el desempeño escolar y el comportamiento adaptativo.

5.3. Se recomienda incorporar un programa de orientación a padres que aborde el establecimiento de límites claros, la reducción de patrones de permisividad y el fortalecimiento de prácticas de supervisión y acompañamiento. La intervención familiar debe centrarse en el uso adecuado de refuerzos positivos, la instauración de rutinas estables y la mejora de prácticas de disciplina formativa, dado que el entorno familiar constituye un modulador central del progreso terapéutico y conductual del niño.

5.4. En el ámbito escolar, es fundamental coordinar con docentes para la implementación de adaptaciones pedagógicas simples y funcionales, tales como instrucciones concretas y fragmentadas, supervisión en el inicio de tareas, pausas breves de autorregulación, uso de apoyos visuales, y retroalimentación frecuente e inmediata. Estas estrategias

contribuyen significativamente a disminuir la carga ejecutiva de las actividades escolares, favoreciendo un entorno propicio para el aprendizaje y el manejo conductual.

5.5. Finalmente, se sugiere promover la participación del niño en actividades extracurriculares estructuradas —como deportes, artes marciales, dibujo o música— que estimulen la autorregulación emocional, la concentración y el control motor. La evidencia señala que dichas actividades favorecen el fortalecimiento de las funciones ejecutivas y el ajuste socioemocional, complementando de manera efectiva el trabajo clínico.

VI. REFERENCIAS

- Álvarez, L. N. y Vega, G. V. (2018). *Intervención neuropsicológica en niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad*. [Tesis de licenciatura, Universidad de Sonora]. Repositorio institucional USON. <http://repositorioinstitucional.uson.mx/handle/unison/1529?show=full>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.
- Arboleda, V. A. (2024). Neurodiversidad y Educación: Una aproximación más allá del trastorno. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 8(2), 6846-6866. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i2.11097
- Arnsten, A. F. T., y Rubia, K. (2012). Neurobiological circuits regulating attention, cognitive control, motivation, and emotion: Disruptions in neurodevelopmental psychiatric disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(4), 356-367.
- Arango-Lasprilla, J. C., Plaza, S. L., Drew, A., Romero, J. L., Pizarro, J. A., Francis, K., y Kreutzer, J. (2017). Rehabilitation in Latin America: *Update. NeuroRehabilitation*, 41(3), 537-551.
- Arango-Lasprilla, J. C., Rivera, D., Aguayo, A., Rodríguez, W., Garza, M. T., Rodríguez-Agudelo, Y., ... y Perrin, P. B. (2018). Neuropsychological rehabilitation for adults with traumatic brain injury: A survey of practice patterns in Latin America. *Brain Injury*, 32(10), 1253-1259.
- Ato, M., López, J. y Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*. 29(3), 1038-1059. <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.3.178511>

- Biederman, J., y Faraone, S. V. (2005). Attention-deficit hyperactivity disorder. *The Lancet*, 366(9481), 237-248.
- Bush, G., Valera, E. M., y Seidman, L. J. (2005). Functional neuroimaging of attention-deficit/hyperactivity disorder: A review and suggested future directions. *Biological Psychiatry*, 57(11), 1273-1284.
- Bustamante, J. C., y Matute, E. (2019). Neuropsicología y neuroimagen en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad: un análisis de la literatura latinoamericana. *Revista de Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 19(3), 53-64.
- Castellanos, F. X., Giedd, J. N., Berquin, P. C., Walter, J. M., Sharp, W., Tran, T., ... y Rapoport, J. L. (2002). Quantitative brain magnetic resonance imaging in girls with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, 58(3), 289-295.
- Cicerone, K. D., Langenbahn, D. M., Braden, C., Malec, J. F., Kalmar, K., Fraas, M., ... y Ashman, T. (2011). Evidence-based cognitive rehabilitation: Updated review of the literature from 2003 through 2008. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 92(4), 519-530.
- Conners, C. K., Sitarenios, G., Parker, J. D., y Epstein, J. N. (1999). The revised Conners' Parent Rating Scale (CPRS-R): factor structure, reliability, and criterion validity. *Journal of abnormal child psychology*, 27(6), 337-351.
- Cortese, S., Imperati, D., Zhou, J., Proal, E., Klein, R. G., Mannuzza, S., ... y Castellanos, F. X. (2012). White matter alterations at 33-year follow-up in adults with childhood attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*, 72(3), 246-253.
- Cruz, M. C., et al. (2018). Funciones ejecutivas y trastorno por déficit de atención e hiperactividad en niños latinoamericanos: revisión sistemática. *Revista de Neurología*, 67(7), 283-290.

- Fernández, M. (2019). Rehabilitación neuropsicológica en niños con TDAH. *Revista Guillermo de Ockham*, 17(1) <http://dx.doi.org/10.21500/22563202.3958>
- Huaycuch, E. (2020). *Estimulación Neuropsicológica de las Funciones Ejecutivas en un niño con TDAH*. [Trabajo académico de segunda especialidad, Universidad Federico Villarreal]. Repositorio institucional UNFV. <https://hdl.handle.net/20.500.13084/5045>
- Kerlinger, F. N. (1975). *Foundations of Behavioral Research* (2nd ed.). Rinehart y Winston.
- Llerena, E. E. (2021). *Plan de intervención en el caso de un niño con trastorno por déficit de atención e hiperactividad*. Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Martínez, P. J. (2019). *Síndrome Disejecutivo en Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad predominantemente inatento en un menor de 09 años 11 meses*. [Trabajo académico para optar el grado de especialista]. Universidad Nacional Federico Villarreal.
- Matute, E., Vázquez-Tagle, M. E., y De la Torre-Luque, A. (2018). Programa de rehabilitación neuropsicológica para pacientes con lesión cerebral. *Revista de la Universidad Industrial de Santander, Salud*, 50(2), 107-114.
- Matute, E., Ocampo-Barba, N. E., González-Salinas, S., y León-Mejía, A. (2020). Atención neuropsicológica al paciente con TDAH. *Revista de Neurología*, 71(5), 190-198
- Ministerio de Salud del Perú. (2018). *Informe Anual de Salud*. Minsa.
- Mostofsky, S. H., Reiss, A. L., Lockhart, P., y Denckla, M. B. (2002). Evaluation of cerebellar size in attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Child Neurology*, 17(3), 215-221.
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/attention-deficit-hyperactivity-disorder>

- Olarte, M. E. (2023). *Caso Psicológico: Programa de rehabilitación neuropsicológica de un paciente con Trastorno por déficit de Atención con Hiperactividad*. (Trabajo académico para optar el grado de especialista). Universidad Federico Villarreal, Lima, Perú.
- Rivera, D., García-Bernal, M., Alberca, S., Pérez-García, M., Arango-Lasprilla, J. C., & López-López, A. L. (2019). Effects of cognitive rehabilitation training on ADHD symptoms in Spanish preschoolers. *Frontiers in Psychology, 10*, 2561.
- Sánchez-Rojas, F., et al. (2017). Neurobiología del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en población latinoamericana: una revisión de estudios de neuroimagen. *Revista Latinoamericana de Psicología, 49*(2), 256-267.
- Volkow, N. D., Wang, G. J., Kollins, S. H., Wigal, T. L., Newcorn, J. H., Telang, F., ... y Swanson, J. M. (2009). *Evaluación de los mecanismos de acción de los estimulantes en el tratamiento del TDAH*. *American Journal of Psychiatry, 166*(10), 1187-1194.
- Willcutt, E. G., Doyle, A. E., Nigg, J. T., Faraone, S. V., y Pennington, B. F. (2005). *Validity of the executive function theory of attention-deficit/hyperactivity disorder: A meta-analytic review*. *Biological psychiatry, 57*(11), 1336-1346.
- World Health Organization. (2018). *International statistical classification of diseases and related health problems*. (11th ed.).

VII. ANEXOS:

Anexo A: Asentimiento informado

Estimado/a: _____, identificada con DNI N° _____.

Me dirijo a usted en calidad de Neuropsicóloga responsable de llevar a cabo la evaluación neuropsicológica de su hijo/a _____ identificado con DNI: _____ con el propósito de obtener un diagnóstico preciso y desarrollar un plan de intervención efectivo para abordar sus necesidades relacionadas con el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). Antes de proceder con el proceso de evaluación, es importante que comprenda completamente los procedimientos involucrados, así como sus derechos y responsabilidades como padre/madre/tutor legal.

A continuación, se presenta un resumen de la evaluación neuropsicológica propuesta y los aspectos para tener en cuenta:

1. **Propósito de la Evaluación:** La evaluación tiene como objetivo principal identificar y comprender las dificultades cognitivas y conductuales específicas de su hijo/a relacionadas con el TDAH, con el fin de proporcionar un diagnóstico preciso y desarrollar estrategias de intervención adecuadas.
2. **Procedimientos de Evaluación:** La evaluación incluirá una variedad de pruebas y cuestionarios diseñados para evaluar diferentes aspectos del funcionamiento neuropsicológico de su hijo/a, como la atención, la memoria, la impulsividad y la habilidad para resolver problemas. Estas pruebas pueden incluir actividades de respuesta verbal, escrita o a estímulos visuales.
3. **Confidencialidad y Privacidad:** Todos los datos recopilados durante la evaluación serán tratados de manera confidencial y solo serán accesibles para el equipo de profesionales de la salud involucrados en la atención de su hijo/a. Se tomarán las medidas necesarias para proteger la privacidad y la información personal de su hijo/a.
4. **Participación Voluntaria:** La participación en la evaluación es completamente voluntaria y tiene derecho a retirar su consentimiento en cualquier momento sin consecuencias negativas para usted o su hijo/a. Su decisión de participar o no en la

evaluación no afectará de ninguna manera la atención médica o los servicios disponibles para su hijo/a.

5. **Beneficios y Riesgos:** La evaluación neuropsicológica puede proporcionar información valiosa que ayudará a comprender mejor las necesidades de su hijo/a y a desarrollar un plan de intervención efectivo para abordar sus dificultades. Sin embargo, existe el riesgo de que los resultados de la evaluación puedan ser estresantes o preocupantes para usted como padre/madre/tutor legal.
6. **Derechos del Participante:** Usted tiene derecho a hacer preguntas, expresar inquietudes y solicitar más información en cualquier momento durante el proceso de evaluación. Su participación en la evaluación no afectará su relación con el equipo de profesionales de la salud ni con los servicios disponibles para su hijo/a.

Por favor, tómese el tiempo necesario para revisar esta información y discutir cualquier pregunta o inquietud que pueda tener con el equipo de profesionales de la salud. Su consentimiento para la evaluación neuropsicológica de su hijo/a se considerará cuando haya entendido completamente los procedimientos y haya podido hacer preguntas. Su colaboración es fundamental para garantizar la efectividad y la relevancia de la evaluación en el desarrollo de un plan de intervención adecuado para su hijo/a.

Agradecemos su atención y cooperación en este proceso importante.

Firma del Padre/Madre/Tutor Legal: _____

Fecha: _____

Firma del Profesional del Neuropsicólogo: _____

Fecha: _____

Anexo B

Anexo A
ASENTIMIENTO INFORMADO

Estimado/a: Robert E. Palomino Naveda, identificada con DNI N° 22097516.

Me dirijo a usted en calidad de Neuropsicóloga responsable de llevar a cabo la evaluación neuropsicológica de su hijo/a Clark Yero Palomino Bocanegra identificado con DNI: 90146961 con el propósito de obtener un diagnóstico preciso y desarrollar un plan de intervención efectivo para abordar sus necesidades relacionadas con el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). Antes de proceder con el proceso de evaluación, es importante que comprenda completamente los procedimientos involucrados, así como sus derechos y responsabilidades como padre/madre/tutor legal.

A continuación, se presenta un resumen de la evaluación neuropsicológica propuesta y los aspectos para tener en cuenta:

1. **Propósito de la Evaluación:** La evaluación tiene como objetivo principal identificar y comprender las dificultades cognitivas y conductuales específicas de su hijo/a relacionadas con el TDAH, con el fin de proporcionar un diagnóstico preciso y desarrollar estrategias de intervención adecuadas.
2. **Procedimientos de Evaluación:** La evaluación incluirá una variedad de pruebas y cuestionarios diseñados para evaluar diferentes aspectos del funcionamiento neuropsicológico de su hijo/a, como la atención, la memoria, la impulsividad y la habilidad para resolver problemas. Estas pruebas pueden incluir actividades de respuesta verbal, escrita o a estímulos visuales.
3. **Confidencialidad y Privacidad:** Todos los datos recopilados durante la evaluación serán tratados de manera confidencial y solo serán accesibles para el equipo de profesionales de la salud involucrados en la atención de su hijo/a. Se tomarán las medidas necesarias para proteger la privacidad y la información personal de su hijo/a.
4. **Participación Voluntaria:** La participación en la evaluación es completamente voluntaria y tiene derecho a retirar su consentimiento en cualquier momento sin consecuencias negativas para usted o su hijo/a. Su decisión de participar o no en

la evaluación no afectará de ninguna manera la atención médica o los servicios disponibles para su hijo/a.

5. **Beneficios y Riesgos:** La evaluación neuropsicológica puede proporcionar información valiosa que ayudará a comprender mejor las necesidades de su hijo/a y a desarrollar un plan de intervención efectivo para abordar sus dificultades. Sin embargo, existe el riesgo de que los resultados de la evaluación puedan ser estresantes o preocupantes para usted como padre/madre/tutor legal.
6. **Derechos del Participante:** Usted tiene derecho a hacer preguntas, expresar inquietudes y solicitar más información en cualquier momento durante el proceso de evaluación. Su participación en la evaluación no afectará su relación con el equipo de profesionales de la salud ni con los servicios disponibles para su hijo/a.

Por favor, tómese el tiempo necesario para revisar esta información y discutir cualquier pregunta o inquietud que pueda tener con el equipo de profesionales de la salud. Su consentimiento para la evaluación neuropsicológica de su hijo/a se considerará cuando haya entendido completamente los procedimientos y haya podido hacer preguntas. Su colaboración es fundamental para garantizar la efectividad y la relevancia de la evaluación en el desarrollo de un plan de intervención adecuado para su hijo/a.

Agradecemos su atención y cooperación en este proceso importante.

Firma del Padre/Madre/Tutor Legal: _____

Fecha: 15, mayo, 2024

Firma del Profesional del Neuropsicólogo: _____

Fecha: 15, mayo, 2024.