UNIVERSIDAD DE PANAMÁ

VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

“LAS FUNCIONES EJECUTIVAS AFECTADAS EN EL TDAH CON UNA INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL.”

AUTORA:

CLAUDIA ALEXANDRA QUITO GONZÁLEZ

Trabajo de Graduación para
optar por el título de Magíster en
Psicología Clínica.

PANAMÁ, 2018

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ

VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

CÓDIGO:	CE-PT-327-14-06-18-190
NOMBRE DEL ESTUDIANTE:	CLAUDIA A. QUITO G.
CÉDULA:	PE-13-3
TÍTULO AL QUE ASPIRA:	MAGISTER EN PSICOLOGÍA CLÍNICA
TEMA DE TESIS:	INTERVENCIÓN COGNITIVA CONDUCTUAL APLICADA A NIÑOS CON TDAH PARA MEJORAR LAS FUNCIONES EJECUTIVAS
RESUMEN EJECUTIVO:	INVESTIGACIÓN CUASIEXPERIMENTAL, ESTUDIO DE CASO CON REPLICAS Y EVALUACIÓN PREVIA/ POSTERIOR A UNA INTERVENCIÓN COGNITIVO – CONDUCTUAL EN BÚSQUEDA DE LA OPTIMIZACIÓN DE LAS FUNCIONES EJECUTIVAS.
NOMBRE DEL ASESOR:	DOCTOR SAMUEL PINZÓN BONILLA
FIRMA DEL ASESOR:	_____
FIRMA DEL ESTUDIANTE:	_____
APROBADO POR:	_____
COORDINADOR DEL PROGRAMA:	_____

_____

DIRECTOR DE POSTGRADO DE LA VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO

Dedicatoria

Para todo aquel que pueda sentirse abrumado por elaborar un trabajo de grado. Nosotros tenemos mucho que avanzar, pero nada es imposible; si con dedicación y esmero perseveras.

A mis amistades y familiares por creer que sí podía; en especial a mi madre, Damaris, Minerva, Yaniselly y Mario porque seremos el futuro de la psicología en Panamá y no podemos quedarnos atrás.

Agradecimientos

Este trabajo es gracias al apoyo incondicional de mis asesores y profesores que, sin pestañar, me brindaron una voz de aliento, un consejo y apoyo.

Mis agradecimientos totales para mi asesor, Doctor Samuel Pinzón, a quién admiro y aprecio mucho; a la Profesora Elsa Fajardo por siempre estar abierta a mis preguntas y no dudar en brindarme la orientación oportuna cuando lo necesite; al Profesor Valderrama, porque sus palabras me llevaron a reflexionar y tratar de hacerlo mejor; a la Directora clínica de la Fundación, Yiniva Sánchez, quién siempre estuvo dispuesta a brindarme la información oportuna, así como su apoyo incondicional para terminar este trabajo.

A Fundación Valórate, por abrirme sus puertas para realizar mi estudio en sus instalaciones.

Índice General

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

ÍNDICE DE TABLAS.....iii

ÍNDICE DE GRÁFICAS.....v

ÍNDICE DE ANEXOS.....vi

RESUMEN / ABSTRACT.....vii

INTRODUCCIÓN viii

CAPÍTULO I.

Entendiendo al TDA/H, viendo más allá de unas *siglas*

1. Antecedentes..... 13
2. Bases teóricas del TDA/H..... 18
3. Funciones Ejecutivas y sus bases neuropsicológicas 42
4. El TDA/H y las Funciones Ejecutivas..... 47

CAPÍTULO II.

Entendiendo al TDA/H, desde su intervención

1. Intervención al TDA/H..... 50
2. La Aventura Pirata..... 55

CAPÍTULO III.

Marco Metodológico

1. Planteamiento del problema 58
2. Objetivos Generales y Específicos: 60
3. Hipótesis..... 61

4. Diseño de investigación 61

5. Definición de variables 62

6. Descripción de la muestra 65

7. Instrumento 66

8. Análisis de la información 67

CAPÍTULO IV.

Presentación de los Resultados

1. Caso del sujeto N° 1. 72

2. Caso de Sujeto N° 2 85

3. Caso del Sujeto N° 3 100

4. Caso del Sujeto N° 4 116

5. Caso del Sujeto N° 5 131

CAPÍTULO V.

Análisis y Discusión

1. Percepción de los Padres 148

2. Puntajes de las Evaluación Neuropsicológica 150

CAPÍTULO VI.

Conclusión y Recomendaciones

1. Conclusión 166

2. Recomendaciones 170

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 172

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.Descripción de alteración en el TDA/H..... 36

Tabla 2. Estructura Cerebral y función. 37

Tabla 3. Estructura cerebral y sus alteraciones en el TDA/H. 39

Tabla 4. Las Funciones Ejecutivas. 43

Tabla 5. Desarrollo de las Funciones Ejecutivas. 46

Tabla 6. Disfunción de las funciones ejecutivas en el TDA/H. 47

Tabla 7. Revisión de estudios relacionados al TDA/H. 51

Tabla 8. Registro de percepción del sujeto N° 1. 75

Tabla 9. Registro de los decatipos de la Evaluación Neuropsicológica de las Funciones Ejecutivas en Niños. 77

Tabla 10. Listado de Ejecución del Sujeto N° 1 80

Tabla 11. Registro de percepción del sujeto N° 2 89

Tabla 12. Registro de los decatipos de la Evaluación Neuropsicológica de las Funciones Ejecutivas en Niños. 92

Tabla 13. Lista de ejecución del Sujeto N° 2 96

Tabla 14. Registro de percepción del sujeto N° 3 104

Tabla 15. Registro de los decatipos de la Evaluación Neuropsicológica de las Funciones Ejecutivas en Niños. 106

Tabla 16. Listado de ejecución del sujeto N° 3 111

Tabla 17. Registro de percepción del sujeto N° 4. 119

Tabla 18. Registro de los decatipos de la Evaluación Neuropsicológica de las Funciones Ejecutivas en Niños. 122

Tabla 19. Listado de ejecución del sujeto N° 4 127

Tabla 20. Registro de percepción del sujeto N° 5. 135

Tabla 21. Registro de los decatipos de la Evaluación Neuropsicológica de las Funciones Ejecutivas en Niños. 138

Tabla 22. Listado de ejecución del sujeto N° 5 143

Tabla 23. Registro de percepción general de los padres hacia lo sujetos. 148

Tabla 24. Datos de la prueba de Fluidez Fonológica. 151

Tabla 25. Datos de la prueba de Fluidez Semántica. 152

Tabla 26. Datos de la prueba de Sendero Gris. 153

Tabla 27. Datos de la prueba de Sendero de Color. 154

Tabla 28. Datos de la prueba de Anillas. 155

Tabla 29. Datos de la prueba de Interferencia. 156

ÍNDICE DE GRAFICAS

Gráfica 1. Resumen de la Evaluación Neuropsicológica de las Funciones Ejecutivas en Niños (ENFEN) antes y después del tratamiento del sujeto N° 1..... 78

Gráfica 2. Resumen de la Evaluación Neuropsicológica de las Funciones Ejecutivas en Niños (ENFEN) antes y después del tratamiento del sujeto N° 2..... 93

Gráfica 3. Resumen de la Evaluación Neuropsicológica de las Funciones Ejecutivas en Niños (ENFEN) antes y después del tratamiento del sujeto N° 3..... 108

Gráfica 4. Resumen de la Evaluación Neuropsicológica de las Funciones Ejecutivas en Niños (ENFEN) antes y después del tratamiento del sujeto N° 4..... 124

Gráfica 5. Resumen de la Evaluación Neuropsicológica de las Funciones Ejecutivas en Niños (ENFEN) antes y después del tratamiento del sujeto N° 5..... 140

ÍNDICE DE ANEXOS Y APÉNDICES

Anexo 1. Entrevista Semiestructurada ……..… 180

Anexo 2. Pre-entrevista.…….……188

Anexo 3. Guía de Sesiones….. ……..……..189

Anexo 4. Consentimiento Informado…….205

RESUMEN

Investigación cuasiexperimental, estudio de caso con replicas y evaluación previa/ posterior a una intervención cognitivo – conductual en búsqueda de la optimización de las funciones ejecutivas de cinco niños diagnosticados con TDA/H.

Esta investigación habla sobre los resultados tras la aplicación de ocho (8) sesiones a los niños participantes dentro de la muestra y dos (2) sesiones para los padres, en la cual se empleó la Evaluación Neuropsicológica de las Funciones Ejecutivas en Niños (ENFEN) para aplicar a los niños y un listado de percepción de comportamiento para los padres.

ABSTRACT

Quasi – experimental research, case study with replications and previous / subsequent evaluation of a cognitive – behavioral intervention in search of the optimization of the executive functions of five children diagnosed with AD / HD.

This research talks about the results after the application of eight (8) sessions to the participating children in the sample and two (2) sessions for the parents, in which the Neuropsychological Evaluation of the Executive Functions in Children was used (ENFEN) to apply to children and a list of perception of behavior for parents.

INTRODUCCIÓN

Hemos visto que existen muchos niños diagnosticados con Trastorno por Déficit de Atención (TDA/H) indicando una prevalencia en Panamá de 7.4%, siendo el 1.8% del tipo inatento, 3.2% del tipo hiperactivo–impulsivo y un 2.3% de tipo combinado, según el resultado de un estudio realizado por las doctoras Gabrielle Britton, Emelyn Sánchez y Silvia Velarde en el 2009. Este trastorno tiene como características principales la inatención, impulsividad y la hiperactividad, lo que repercute en las habilidades sociales y el desarrollo socio-afectivo del niño.

En Panamá, existen organizaciones encargadas de sensibilizar y orientar a la población sobre distintas condiciones en niños y/o adultos, y brindar atención terapéutica a pacientes que lo requieran. Dentro de estas organizaciones esta, Fundación Valórate, que al ser una organización sin fines de lucro (ONG) especializada en el tema de TDA/H, brinda terapia a niños y adolescentes con diagnosticados, consejería y orientación a padres, docentes y/o familiares para el manejo adecuado de la condición. Esta organización recibe llamadas de diferentes personas preocupadas por niños que presentan dificultad en el comportamiento o problemas académicos constantes, el personal debe orientar constantemente a dichas personas en el caso que requieran evaluación, o bien, si alguno cuenta con el diagnóstico de TDA/H, son ingresados a una lista de espera. Es decir, que los psicólogos dentro de esta institución deben tener experticia al discriminar los casos y poder brindarle la orientación pertinente en cada llamada; y a su vez, que la lista de espera dentro de la Fundación va en aumento. Por esto, los psicólogos dentro de esta

institución beneficiarían al contar con un proceso específico y sesiones determinadas para disminuir dicha mora.

Esta investigación podría optimizar dichas sesiones con los niños dentro de la Fundación, obteniendo herramientas para reducir la cantidad de sesiones que se brinda. Reconocemos que cada paciente es un mundo distinto y que a pesar de tener sintomatología parecida, las causas, los factores externos, sociales, escolares afectarán la duración y el tipo de terapia a recibir. Sin embargo, somos fieles creyentes que mientras más información podamos obtener sobre los hallazgos del TDA/H, los avances y las actualizaciones de programas para la intervención, podrán ocasionar cambios significativos no sólo para los niños, sino también para el desempeño del terapeuta.

Los resultados de esta investigación serán entregados a la Dirección Clínica dentro de Fundación Valórate, para que pueda reconocer la eficacia que tiene este programa con objetivos claros y concisos, para el desarrollo de las capacidades de concentración y las funciones ejecutivas de los pacientes.

Destacando que nuestra investigación es viable pues contamos con los recursos necesarios y buscamos todos los permisos pertinentes. Siendo beneficiarios la Fundación por lo aportes que le serán entregados, la Universidad de Panamá, debido a la adquisición de otra investigación que aporte datos a diferentes variables de estudio.

Debido a la cantidad de sujetos, no se podrá generalizar, pero abrirá campo para el desarrollo de las intervenciones bajo este programa en niños dentro de los Centros y al final, podrán anexarlo dentro de su estructura para las intervenciones. Siendo válida en el trabajo cotidiano que realiza la Fundación Valórate por su atención a niños con TDA/H con terapias dirigidas al cambio de conducta, mejoramiento en diferentes procesos psicológicos, desarrollo de diferentes habilidades sociales, optimización del rendimiento académico.

Este trabajo lo dividimos en cinco capítulos. El primer capítulo podremos encontrar información básica, clara y consistente sobre el Trastorno por Déficit de Atención (TDA/H), estarán presentes los criterios, la predominancia, el componente biopsicosocial y las condiciones que pueden verse acompañadas de este trastorno. De igual forma se dará inicio a información sobre nuestra variable “Funciones Ejecutivas” y cómo se relaciona con el TDA/H.

En el segundo capítulo de este documento hablaremos sobre la evolución de las técnicas cognitivos conductuales ante el tratamiento del TDA/H y sobre el programa en el que basamos nuestra intervención.

Para el tercer, cuarto y quinto capítulo estaremos presentando nuestra metodología, resultados, análisis de los resultados, las conclusiones y recomendaciones, respectivamente.

Esperamos que este trabajo pueda mostrar cambios en los sujetos, para mejorar sus funciones ejecutivas y a su vez las dificultades que los padres puedan comentarnos

dentro de la entrevista; también, deseamos que al finalizar el trabajo podamos contar con herramientas para desglosar posibles modificaciones a las intervenciones que debemos tener en cuenta durante el tratamiento a niños con TDA/H y funciones ejecutivas muy alteradas.

CAPÍTULO I.

Entendiendo al TDA/H, viendo más allá de unas *siglas.*

1. Antecedentes

En Panamá, se ve un aumento de la población estudiantil diagnosticada con Trastorno por Déficit de Atención, según medios de comunicación social, hay estimaciones estadísticas que enuncian que este diagnóstico podría afectar de un 5% a un 10% de la población infanto-juvenil, destacándose que es tres (3) veces más frecuentes en varones. Actualmente sabemos que puede existir un sesgo en dichas estadísticas, ya que en el "*Congreso Internacional de TDA/H, Género y TDA/H*" (Proyectodah, 2018) se habló sobre las investigaciones existente de esta condición, haciendo un llamado de atención a que los grupos experimentales tienden a ser varones por lo cual habrá mayor predisposición, a aparecer varones como mayoría. Cabe resaltar que si mantienen la certeza que existe mayor prevalencia según la predominancia de la condición; inatento para niñas e hiperactivo para niños. Además, en nuestro trabajo clínico, a la hora de orientar a los padres de familia y docentes sobre el TDA/H, observamos que existen muchas quejas en el comportamiento de los niños y más aún de la cantidad de diagnósticos en un salón de clases. Reconocemos que muchos niños y jóvenes han sido mal diagnosticados por personal no idóneo, por una evaluación pobre sin descartar realmente otros padecimientos o colocando comorbilidades inexistentes; por otro lado, es evidente la demanda excesiva que están teniendo los docentes al solicitar ayuda con niños que cuentan con TDA/H, en donde la sintomatología que más les inquieta es la inatención y los constantes llamados de atención que deben hacerle para que siga las instrucciones.

El Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad – TDA/H – es reconocido internacionalmente y tiene instituciones específicas que profundizan en su estudio y tratamiento; en Panamá, contamos con una entidad especializada en el tratamiento de este tipo de diagnóstico, llamada Fundación Valórate la cual tiene como objetivo principal disminuir el fracaso y la deserción escolar. Durante el 2017, se atendió a más de 288 niños y niñas en las provincias de Panamá, brindándole apoyo a las familias y a las instituciones académicas con charlas, talleres y orientaciones relacionados al TDA/H; dentro de los cuales había 70 niños diagnosticados con TDA/H y 14 que contaban con el diagnóstico acompañado de otra condición, donde se les brindó terapia psicológica y apoyo a tareas[1].

Esta condición, según el doctor Peréz del Proyecto DAH, "*se refiere a un padecimiento neurobiológico que produce dificultad para mantener la atención y la conducta en niveles funcionales alterando la calidad de vida del que lo padece*" (Peréz Castro & Sirvent Cancino, 2016). Resaltan que no tiene relación con el coeficiente intelectual, además que existen diagnósticos que no pueden estar junto a este trastorno (diagnóstico diferencial) como la discapacidad intelectual o algún trastorno psicótico. Debido a esta necesidad que tiene el niño de mantener la atención en diferentes objetos y no solo en un objeto a la vez, presenta dificultades en el ámbito escolar, conductual y social.

Cuando hablamos sobre el Déficit de Atención podemos mencionar a sus tres subtipos: hiperactivo, teniendo como características la constante actividad motriz; inatento,

[1] Dato suministrado por Dirección Clínica, Fundación Valórate.

teniendo como característica principal la poca o nula atención a cualquier estímulo (son los más difícil de diagnosticar debido a que no presentan conducta disruptiva); combinado, siendo el subtipo más difícil de tratar ya que tiene como característica principal una constante actividad motriz y poca o nula atención a cualquier estímulo.

La sintomatología de niños diagnosticados con Déficit de Atención, además de estar relacionada con la falta o ausencia de atención, presentan problemas para seguir indicaciones, terminar las asignaciones, y dependiendo del subtipo se presentará una falta de conciencia al peligro, falta de autorregulación, entre otras. Ciertamente en la causa o el origen, aún no está determinado; sin embargo, se habla que esta alteración neurológica es debido a factores genéticos, ambientales y bioquímicos.

Actualmente, en toda la información sobre el TDA/H aparecen ciertos criterios comunes, como: una condición tratable que no se cura, se habla sobre la importancia de la medicación para algunos niños y sobre todo de factores de riesgo (causas externas o internas) que promueven o no el nivel en que se presentarán los síntomas. Reconocemos que el comportamiento de un niño con TDA/H se ve afectado a nivel conductual ya que podrá mostrarse agitado, inquieto o son movimientos corporales específicos constantes, desconcentración, lentitud para terminar algunas actividades, sumándole el bajo control de impulsos y emociones, que se verán agudizados en comorbilidad de otros trastornos; por todo esto es importante diferenciar cuando el comportamiento obedece a causas externas o causas internas siendo esta última el caso del TDA/H y que se “verá influenciado” por las condiciones ambientales, el nivel

socioeconómico y cultural (social y escolar). Por todo esto, el enfoque cognitivo-conductual ha sido el precursor de los tratamientos a estos niños.

Se han realizado varias investigaciones sobre el TDA/H; por ejemplo, hubo una que tuvo como objetivo mostrar los resultados que obtuvieron en la aplicación de un programa de tratamiento cognitivo-conductual a niños con TDA/H (Calderón, 2001) mediante pruebas de percepción a los padres y entrenamiento a 20 sujetos (trece niños y siete niñas) entre ocho (8) y doce (12) años. Al finalizar su intervención grupal de 12 sesiones, consiguió mejoría en los síntomas según la percepción de los padres, disminución en las conductas relacionadas con el TDA/H y problemas escolares según las pruebas que empleó. También podemos mencionar a la Dra. Orjales, quien creó un programa cognitivo-conductual para el tratamiento de niños con TDA/H en 30 sesiones de aplicación en el marco escolar que incluía la aplicación de técnicas como: entrenamiento autoinstruccional, autoevaluaciones, modelamiento, técnicas de relajación, entrenamiento en solucionar problemas o tomas de decisiones, modificación de conducta con reforzadores, entre otros. (Orjales, 2014)

Por otra parte, hubo una investigación no experimental, descriptiva y correlacional, que analizaba algunas de las funciones ejecutivas alteradas en 30 niños y niños diagnosticados con TDAH, así como su relación con el bajo rendimiento académico. Los resultados no pudieron relacionar una función ejecutiva (flexibilidad cognitiva) sin embargo, encontraron una relación parcial entre las funciones ejecutivas: memoria de trabajo y atención con el bajo rendimiento académico, viendo óptimo el diseño de programas de intervención para mejorar dichas funciones (Gónzalez M., 2015).

También se han planteado intervenciones a las funciones ejecutivas para mejorar el rendimiento academico, como lo hizo Adame, A. (2014). Ella creo una propuesta de intervención, tras realizar una investigación donde analizó la posible relación existente entre el funcionamiento ejecutivo, el TDAH y el rendimiento académico utilizando a 30 alumnos diagnosticados de entre siete (7) a once (11) años de edad. Los resultados indicaron niveles medio-bajo en el funcionamiento ejecutivo y se encontraron alteraciones en funciones ejecutivas como atención, interferencia, memoria de trabajo, planificación, flexibilidad cognitiva y control inhibitorio; de igual forma un bajo rendimiento académico.

2. Bases teóricas del TDA/H

2.1. Conceptualización

El trastorno por Déficit de Atención/ hiperactividad (TDA/H) o Attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD), según sus siglas en inglés, ha tenido polémicas desde su aparición. En algunos artículos expresan que fue en 1798, con un médico escocés, Sir. Alexander Crichton (1763-1856) quien describió las características de la "inquietud mental", afirmando que los niños afectados no podían mantener la atención y sugirió una educación especial para ellos, añadiendo que al ser adultos estos síntomas tendían a desaparecer. Sin embargo, gracias al relato hecho por el Doctor Russell A. Barkley en su carta a la Organización Mundial de la Salud (OMS) para solicitar el establecimiento del día internacional del TDA/H en el 2012, encontramos que, en 1795 (aunque otros autores hablan de 1775) el médico alemán Melchior Adam Weikard, describe en uno de sus capítulos del libro "Mangel der Aufmerksamkeit", la deficiencia en la atención. Desde ese entonces esta condición ha sido estudiada extensamente, con publicaciones de hasta 400 investigaciones por año, donde se habla de diferentes aspectos de esta condición; inclusive se habla que, en la década de 1970, hubo más de 10.000 investigaciones, libros y artículos, académicos y médicos. Dentro de estas investigaciones están las de las doctoras Virginia Douglas y Susan Campbell, quienes establecieron una relación entre la falta de atención, concentración, de soñar despierto con la impulsividad verbal, física y cognitiva. Otro fue el caso del pediatra británico, George Still, en 1902, quien en diversas conferencias describió una condición enmarcada al comportamiento impulsivo, hiperactivo, desafiante y a la falta de

atención; sin embargo, este pediatra al notar niveles adecuados de inteligencia atribuye estos síntomas a un “defecto en el control moral”.

No es hasta 1968, que aparece un trastorno con síntomas similares al TDA/H en la *American Psychiatric Association* (APA), Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastorno Mentales (DSM), bajo el nombre de “Reacción Hipercinético de la infancia” y en 1980, incluyen conjuntos de criterios para el diagnóstico del TDA con y sin Hiperactividad.

Existen dos puntos de vista más relevantes, cuando se habla del TDA/H, uno es el biológico y el otro es el psicológico. En el primer punto de vista biológico se define esta condición como un trastorno cerebral de origen biológico, siendo factores genéticos influidos por aspectos ambientales la causa fundamental de las alteraciones cerebrales y cognitivas básicas, su tratamiento estaría basado en fármacos y control conductual. Este punto se apoya en las evidencias que arrojan los estudios de neuroimagen, los genéticos, farmacológicos y la psicología experimental. Cabe mencionar los resultados obtenidos en determinados estudios biológicos, los que han evidenciado bajos niveles de dopamina de LCR (líquido cefalorraquídeo), baja actividad metabólica en corteza orbi-frontal derecha -relacionada en el control voluntario de la conducta y en la regulación de la motivación- (medida con tomografía por emisión de positrones), alteraciones estructurales estadísticamente significativas; menor tamaño en la parte posterior del cuerpo calloso. El segundo punto de vista, el psicológico, se habla de un desarrollo acentuado por aspectos sociales, ambientales que daría lugar a alteraciones emocionales y cuyo abordaje terapéutico sería basado en la contención emocional y

apoyo educativo. Este punto se apoya en el incremento de la prevalencia del trastorno, la variabilidad del diagnóstico entre regiones y los resultados de las intervenciones, la demostración de trastornos emocionales importantes y frecuentes en el TDA/H. Como podemos ver, ambos puntos son sumamente importante para ver la condición y poder comprenderla, pero también podemos encontrar, de la misma manera, otras posturas que defienden esta condición como un “mito”.

Actualmente aún existen profesionales que niegan la condición y hablan sobre una comercialización de este. Inclusive hay libros centrados en desmentir al Trastorno por Déficit de Atención, los cuales son opacados por las referencias multidisciplinares que defienden la condición. Lo que no podemos negar es que la condición está siendo mal utilizada y aplicada a diferentes cuadros sintomáticos o bien, que está siendo usado como un diagnóstico para sacar rápidamente y ayudar al niño que “tiene problemas en la escuela”. Debido a esta mala práctica, se desacredita la condición y obtiene una mala referencia, lo que contribuye a las posturas que no creen en este trastorno.

Las contribuciones biológicas al TDA/H son muy fuertes, a pesar de que no haya una causa precisa de la condición, se habla que la herencia/genética hace la mayor contribución de su expresión. La heredabilidad del TDA/H promedia aproximadamente de un 60% - 80%, gracias a estudios de gemelos, familias y en hijos adoptados; y en aquellos casos donde la heredabilidad no parece ser un factor, las dificultades durante el embarazo, la exposición prenatal al humo, alcohol, partos prematuro, peso bajo al nacer, altos niveles de plomo, o bien, alguna lesión postnatal en regiones prefrontales, todo esto puede producir de diversas maneras un retraso de maduración cerebral,

sobre todo en áreas terciarias prefrontales y áreas subcorticales relacionadas, aspectos importantes en el sustento neurobiológico del TDA/H.

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDA/H) es el término actual para este trastorno del desarrollo específico observado en niños y adultos que se compone de déficits en la inhibición del comportamiento, atención sostenida y resistencia a la distracción, y la regulación del nivel de actividad de uno a las demandas de una situación (hiperactividad o inquietud). Este desorden ha tenido diversas etiquetas numerosas durante el último siglo, incluyendo síndrome hiperactivo del niño, la reacción hiperquinética de la niñez, la disfunción mínima del cerebro, el desorden del déficit de la atención (con o sin hiperactividad) y el propuesto por el Dr. Barkley, en 1997, en su libro TDAH y la naturaleza del autocontrol (ADHD and the Nature of Self Control) Trastorno de la Inhibición Conductual.

Por todo lo anterior podemos comprender el TDA/H, en su concepto teórico y biológico, como una condición que muestra una “dificultad generalizada en el espacio y el tiempo” (Borunda Miranda, 2013), ya que a la persona le cuesta mantener atención por un tiempo específico sin importar lugar, hora o situación (atención sostenida) debido a una inquietud, enmarcando sus características principales: la inatención, la impulsividad y la hiperactividad. Nosotros preferimos referirnos al trastorno neurobiológico que afecta distintas funciones ejecutivas y que da como resultado la dificultad para mantener la atención sostenida durante un tiempo prolongado; es decir, para poder concluir alguna determinada tarea o acción, por ejemplo: culminar el ejercicio de español, terminar de copiar en el cuaderno, tomar una decisión, saber en

qué momento puedo cruzar la calle, poder pasar el balón justo en mi turno, entre otros. Su etiología es compleja pues existen múltiples factores de tipo genético, con alta heredabilidad, factores ambientales e interacciones entre ambos, que justifican la aparición de los síntomas.

2.2. Sintomatología

El Trastorno por Déficit de Atención/ Hiperactividad tiene que presentar (1) o (2) de las siguientes características y presentar seis (o más) de los síntomas dentro de ellas, tomando como base el DSM 5 (American Psychiatric Association, 2013):

- *Inatención*: Se trata del síntoma más frecuente dentro de estos individuos, donde se mostrará con mayor frecuencia en actividades que demanden atención y concentración para ejecutar una determinada acción. Sin embargo, será capaz de concentrar su atención en situaciones que son de su total interés. Cumpliendo así, con los siguientes puntos:
    - No presta atención a los detalles o cometerá errores frecuentemente en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades.
    - Tiene dificultad para mantenerse enfocado en la tarea o actividad de juego.
    - A menudo no escucha cuando se le habla, sin afección auditiva.
    - No sigue instrucciones, ni termina las tareas escolares, domésticas o del trabajo.
    - Dificultad para organizar tareas y actividades.

- A menudo evita, no le gusta o es reacio a realizar tareas que requieren esfuerzo mental sostenido; pierde cosas necesarias para las tareas o actividades.
- A menudo se distrae fácilmente con estímulos extraños (para adultos y adolescentes, incluyen los pensamientos y tareas no relacionadas entre sí).
- Suele ser olvidadizo en las actividades diarias.

- *Hiperactividad e impulsividad:* es el síntoma más notable debido a su intranquilidad y exceso de actividad mayor en comparación al promedio. *La impulsividad se refleja al momento de controlar sus emociones y no medir las consecuencias de sus actos, c*umpliendo así, con los siguientes puntos:
  - A menudo se agita con las manos o los pies, o se retuerce en el asiento;
  - A menudo deja el asiento en situaciones en las que se espera que permanezca sentado.
  - A menudo corre o trepa en situaciones en las que es inapropiado (adolescentes y adultos, puede limitarse a sentirse inquieto).
  - A menudo no puede jugar o participar en actividades de ocio en silencio;
  - A menudo está “en movimiento”, actuando como si “tuviera un motor”.
  - A menudo habla excesivamente.
  - A menudo suelta una respuesta antes que se haya completado una pregunta.
  - A menudo tienen dificultades para esperar su turno.

- A menudo interrumpe o se inmiscuye en las cosas de los demás (adultos y adolescentes, pueden entrometerse o hacerse cargo de lo que otros están haciendo).

Para poder especificar el subtipo del trastorno, necesitamos revisar las características antes mencionadas y determinar su predominancia:

1. Presentación predominante en la inatención: se trata de aquel individuo que cumple solo el primer punto y no el segundo.

2. Presentación predominante en la hiperactividad/impulsividad: se trata de aquel individuo que cumple sólo el segundo punto.

3. Presentación combinada: se refiere cuando un individuo cumple ambos puntos descritos anteriormente.

El TDA/H afecta la capacidad para frenar las reacciones emocionales fuertes ante situaciones que no lo ameritan, debido a los síntomas que dificultan la construcción de habilidades sociales, provocando conductas de los demás y esto ocasiona el deterioro de las relaciones interpersonales, lastimando el autoconcepto y con ello la autoestima, situaciones que se ven agravadas por la presencia de las comorbilidades con otros trastornos. Con todas estas dificultades lo hará propenso a desistir, a tomar salidas fáciles, no puede ver que las decisiones que está tomando pueden ser relevantes para su futuro. Cuando son adultos, tienen un mayor riesgo de no emplear métodos anticonceptivos, por lo que tienen cuatro veces mayor probabilidad de contraer una enfermedad de trasmisión sexual y embarazos no deseados, problemas para

mantener amigos, para tener relaciones interpersonales, tienen tres veces mayor probabilidad de estar desempleado y no poder mantener sus cuentas al día. Inclusive se habla de un incremento en la mortalidad de personas con TDA/H, ya que se estima que la causa principal de la muerte de jóvenes con esta condición son las accidentales.

Recordemos que el problema más importante con el TDA/H es que las habilidades del pensamiento que guían el desempeño del sujeto en las situaciones de la vida que se enfrentan, se ven severamente afectadas. Esto quiere decir, que su capacidad cognitiva, no se ve afectada, pueden ser tener altas capacidades, pero su ejecución de una determinada acción y guiarla de acuerdo con el contexto en que se va presentando, mostrarán una marcada dificultad.

Según la Revista Latinoamericana de Psicología (Gutiérrez & Pérez-Acosta, 2004), destaca que estos niños suelen padecer alguna de las siguientes consecuencias:

1. Dificultades de convivencia en su hogar. Suele generar irritación en sus padres que llegan a tener poca paciencia y relaciones tensas con sus hermanos
2. Bajo rendimiento en el aprendizaje (calificaciones bajas. Repetición de grado/año).
3. Problemas de conducta (sanciones disciplinarias).
4. Aislamiento: niño aislado (principalmente por el rechazo de sus compañeros).
5. Frustración: Los niños tienen una correcta percepción de la realidad y por ello adquieren clara conciencia de sus limitaciones frente a ella.
6. Afectación de su autoestima, sentimientos de inutilidad, de falta capacidad, de ser distinto a sus compañeros.

7. Agresividad como reacción ante la percepción de sus desventajas.

En efecto, todas estas consecuencias son reiteradas en distintos textos cuando hablan sobre el riesgo que corre un niño al no ser identificado o tratado, y añaden otros como: problemas sociales, una capacidad deteriorada de aprendizaje y dificultades familiares; también, un mayor riesgo de ciertos tipos de accidentes y heridas, deserción y fracaso escolar, mayor incidencia de depresión y ansiedad, incremento en problemas legales, problemas con pares y familiares, fracaso laboral y constante cambios de trabajos.

2.3. Comórbilidad

El TDA/H generalmente puede ir acompañado por otros tipos de condiciones y a estas se les llaman “comórbidas”. De hecho, se habla que sólo el 33% de los casos de individuos que presentan TDA/H son puro, el 35% presenta otro trastorno adicional, el 16% tiene dos (2) trastornos además de TDA/H y que el 18% tiene tres (3) o más trastornos junto con el TDA/H; así como el TDA/H duplica el riesgo a lo largo de la vida para desarrollar trastornos de abuso de sustancias, que se incrementa significativamente cuando existe otro trastorno psiquiátrico y que de no tratar el TDA/H en la infancia, eleva de forma exponencial el trastorno abuso de sustancia en la edad adulta. (Pérez Castro & Sirvent Cancino, 2016)

Estos altos niveles de comorbilidad se han encontrado en países pertenecientes a diferentes culturas, en estudios realizados sobre población general. Así como población clínica, dando lugar a que los investigadores consideren al TDA/H como una

entidad heterogénea con etiologías, factores de riesgo y pronósticos potencial diferentes (Gutiérrez & Pérez-Acosta, 2004).

Desde el punto de vista clínico y farmacológico la comorbilidad, tiene influencia sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento del trastorno; ya que estos trastornos comórbidos elevan las manifestaciones del TDA/H, particularmente los aspectos conductuales, cognitivos y emocionales, exigiendo respuestas prontas y efectivas para no complicar el diagnóstico, empeorar la evolución o que no haya respuesta al tratamiento. Incluso se habla que algunas comorbilidades pueden llegar a aparecer debido a que no ha sido detectado el TDA/H de manera oportuna.

Algunos de las condiciones comórbidas al TDA/H son (Peréz Castro & Sirvent Cancino, 2016) y TDA/HYTU:

- ***Depresión*****:** Los aspectos depresivos que más se suelen apreciar en niños con TDA/H son la falta de autoestima, estado de ánimo irritable, falta de energía, somatizaciones y problemas del sueño. La dificultad de concentrarse es propia tanto del TDA/H como del trastorno depresivo. Los niños con trastorno depresivo se caracterizan por: sentimiento de preocupación, excesiva tristeza o deseo de aislamiento, irritabilidad persistente, aburrimiento, alteraciones en el apetito y sueño, quejas físicas y dolores abdominales, cansancio, disminución de la concentración, ideas de muerte recurrente. La prevalencia de este diagnóstico es del 26.8%.

- ***Ansiedad*:** La relación TDA/H- Ansiedad en un mismo individuo se ve en uno de cada tres niños independientemente del sexo, nivel económico, contexto, etc., por lo que 15 a 30% de los niños tienen ambos trastornos y pasa a ser un 40% en edad adulta. Existe mayor frecuencia para las niñas con presentación inatenta al trastorno de ansiedad por separación; y las niñas con presentación combinada, en trastorno de ansiedad generalizada. Esta combinación se tiende a ver menores niveles de autoestima y en aquellos individuos que constantemente está "sobre preocupados" y con necesidad constante de reafirmación, tienen mayores niveles de ansiedad.

- ***Oposicionista desafiante / Negativista desafiante*:** Es un patrón de comportamiento negativo, hostil y desafiante. En este encontraremos por lo menos cuatro o más de las siguientes conductas, según el CH.A.D.D.: Entra fácil en cólera, discute con los adultos, desafía activa y abiertamente o se niega a obedecer las solicitudes o reglas de los adultos, molesta deliberadamente a los demás, culpa a otros por sus propios errores o mala conducta, es muy susceptible o se molesta fácilmente con los demás, está de mal humor y es rencoroso, es malicioso o vengativo. Se habla que la prevalencia de comorbilidad con TND está entre el 40% y 50%.

- ***Trastorno de conducta*:** Se considera el principio de un problema de conducta donde los niños tienen dificultades para cumplir las normas que la mayoría de los demás niños aceptan. Las conductas infantiles inadecuadas pueden presentar cierta normalidad en determinadas etapas del ciclo vital. Sin embargo, cuando la

magnitud, frecuencia o perseverancia en el tiempo de estas son excesivas, pueden considerarse como el problema de conducta.

- ***Tics***[2]**:** Es una afección que lleva la persona que la padece a realizar movimientos o sonidos rápidos y repetitivos que no puede controlar; el síntoma más común es un tic facial. Es frecuente que los primeros síntomas de personas con Tics sean los correspondientes al TDA/H, como: falta de atención, disminución de la concentración, excesiva inquietud motriz. Esta condición, al igual que el TDA/H tienden a disminuir de forma significativa en la adolescencia.

- ***Trastorno bipolar*****:** Los síntomas más comunes: son estado del ánimo expansivo, episodios depresivos y episodios maníacos, grandiosidad, episodios de rabia o severa irritabilidad, disminución de la necesidad de dormir y baja capacidad de juicio. De 60 a 90% de los niños y adolescentes con Trastorno Bipolar manifiestan TDA/H secundario. Sin embargo, tan sólo 10 a 22% de los niños adolescentes con TDA/H presentan trastorno bipolar comórbido. La media de edad de comienzo de trastorno bipolar secundario TDA/H es de 12 años; sin TDA/H es de 20 años.

- ***Trastorno del Aprendizaje*****:** Interfiere significativamente en el rendimiento escolar o en las actividades de la vida cotidiana que exigen habilidades para la lectura, escritura, cálculo matemático y desarrollo del lenguaje narrativo. Afecta también a la productividad y fluidez en el desarrollo de tareas que requieran organización.

[2] Trastorno de Gilles de la Tourette.

Presentan un vocabulario muy limitado, mala construcción de las frases y conjugan mal los tiempos verbales. Los niños con TDA/H que presentan mayor nivel de déficit de atención tienen más problemas asociados a trastornos de aprendizaje, que los que son hiperactivos-impulsivos. Se estima que afecta al 20% de los niños con TDA/H.

- ***Trastorno del Espectro Autista (TEA)*:** Presentan problemas de interacción social, problemas de comunicación y un patrón repetitivo de conductas. Según un estudio, el 33% de los niños con TEA presentan síntomas de TDA/H de tipo inatento, el 26% de tipo combinado (déficit de atención e hiperactividad/impulsividad), el otro 41% no presenta comorbilidad.

- ***Trastorno del Uso de Sustancias (TUS)*:** Esta condición puede tomarse como una consecuencia o respuesta fisiológica para aquel que presenta TDA/H, ya que se aumenta riesgo de desarrollar un trastorno por consumo de sustancias adictivas cuando no es detectado o tratado de forma oportuna la condición primaria (TDA/H). Resulta complicado identificar a los pacientes con abuso de sustancias que también padecen TDA/H, porque a menudo se asocian a otros trastornos psiquiátricos que se solapan con muchos de los síntomas del TDA/H. Se ha estimado que un 52% de pacientes diagnosticados con TDA/H presentan un trastorno por uso de substancias.

2.4. Evaluación y Diagnóstico

En la práctica y la revisión bibliográfica hemos notado que la evaluación varía en algunas regiones, inclusive en aquellos especialistas idóneos para confeccionar un diagnóstico de esta condición. Por ejemplo, en México se incluye al psicólogo general, médico general, médico familiar, pediatra para brindar un diagnóstico en el TDA/H, lo cual aparece en el libro del Dr. Peréz, Director General del Proyectodah, destacando que algunos de ellos requieren de un entrenamiento específico, con apoyo del área médica o con apoyo del área psicológica; en cambio, en Panamá sólo se reconoce el diagnóstico del paidopsiquiatra, neuropediatra o neurólogo, neuropsicólogo y psicólogo clínico, tengan o no algún tipo de especialización en el TDA/H.

Lo que sí encontraremos a la par, es el proceso en el que se debería diagnosticar el TDA/H, a pesar de que muchos no lo cumplan. El debido proceso consiste en:

- Obtener una historia clínica completa. Aquí podemos incluir las entrevistas, los registros pasados del infante o bien informes que se hayan dado anterior a la evaluación. Todo lo que nos ayude a recabar información sobre el comportamiento y manejo del niño anterior a la evaluación. De igual forma, incluir los antecedentes clínicos familiares.
- Evaluar su dinámica conductual. Se debe analizar y recopilar datos sobre el comportamiento del niño en los diferentes ámbitos que se relaciona (casa, escuela, guardería, supermercado u otro centro).
- Aplicar pruebas psicológicas, neuropsicológicas y neurológicas (a pesar de que no se ha comprobado la eficacia de pruebas como el electroencefalograma,

estimulación cerebral y resonancia magnética funcional; se ha visto que existen ciertas alteraciones en estos estudios). Las evaluaciones psicológicas no sólo incluyen las escalas de observadores sino también la evaluación de la inteligencia, de la atención y el descarte de otras condiciones, o bien averiguar qué condiciones hay comórbidas; en las evaluaciones neuropsicológicas, es bueno poder explorar las funciones ejecutivas y procesos cognitivos, como forma de apoyo para las pruebas psicológicas.

Recordando que la evaluación del TDA/H, se da por el descarte de otras condiciones, teniendo de última opción esta, debido a la inexistencia de una sola prueba que nos dé como resultado un diagnóstico preciso de TDA/H; otro punto, es que los evaluadores deben tomar en cuenta que esta condición va cambiando a través del tiempo y la maduración del niño, también influirá en los síntomas que pueda presentar.

2.5. Intervención al TDA/H

Ya sabemos las áreas que pueden estar afectadas de un paciente con TDA/H: el área familiar, escolar, social y personal. Por lo que su intervención será enfocada exactamente a las áreas afectadas en el momento que acude a terapia y a esto lo denominamos una intervención multimodal; ya que, así como no existe una prueba específica que me diga si tiene o no TDA/H, no existe un plan de trabajo específico para brindar el apoyo terapéutico. La intervención multimodal consiste en tres ejes que se combinan según la necesidad del paciente:

- Terapia Individual. Generalmente basada en el enfoque Cognitivo-Conductual, ya que se busca modificar la conducta y crear mayor conciencia de la dificultad de atención y motor existente. Este enfoque ha sido el que ha mostrado mayores cambios significativos en pacientes con esta condición. Dependiendo de la carencia que presente, se podrá abordar temas de autoestima, habilidades sociales, resolución de conflictos, tolerancia a la frustración, desarrollo de autoinstrucciones, autorregulación emocional, entrenamiento en habilidades y estrategias cognitivas para su mayor control, modificación de conductas disruptivas, entre otras.

- Terapia Farmacológica. Esta consiste en brindar un apoyo extra al paciente que sólo con la intervención psicológica no pueda controlarse y mantenga su comportamiento a pesar de esto. Lo que indica, que no todos los pacientes con TDA/H requieren el apoyo de medicamentos, pero el que lo requiera no podrá avanzar sin su uso. Generalmente encontramos el uso del Metilfenidato como el más frecuente a nivel nacional; sin embargo, existen otros como: la Atomoxetina y algunos antidepresivos tricíclicos. El uso de esta terapia es totalmente restringido, su uso es sólo para los especialistas en medicina (paidopsiquiatra y neuropediatra).

- Psicoeducación. Consiste en poder brindar apoyo e información a los padres, docentes, compañeros, a todo personal que esté alrededor del paciente con TDA/H; ya que se requiere conocer su manejo, control y desarrollo por medio

de estrategias que lograrán mejorar el pronóstico del paciente. Se puede brindar en sesiones individuales con los sujetos o bien, en talleres que tengan como objetivo sensibilizar y brindar las estrategias.

En teoría, una vez el paciente con TDA/H sea detectado y tratado, deberá tener un mejor pronóstico que aquel que no es identificado, ni tratado. Sin embargo, conocemos casos donde dependiente de sus factores protectores (límites, organización en el hogar, adecuaciones en el ámbito escolar, contención, entre otros) puede aumentar o disminuir las probabilidades positivas del pronóstico. Diversos textos refieren que mientras más temprano logremos identificar esta condición, mejores pronósticos tendrá, ya que se podrá brindar las modificaciones de manera temprana, evitando afectar en sus habilidades sociales, sentimientos de impotencia o dificultades en el área emocional (consecuencias de la condición).

En conclusión, la edad en que se detecta y diagnostica, así como los factores protectores que pueda tener el niño, son aspectos a considerar para poder determinar un pronóstico favorable o no. Es decir, si un niño con TDA/H no es tratado y no tiene factores protectores en casa que logren ayudar a manejar sus síntomas, tendrá un pronóstico desfavorable en comparación a un niño que se le detecta y diagnostica a partir de la edad propia para hacerlo (7 años), y cuenta con un estilo de crianza propio para contener los síntomas del niño. Encontraremos otros aspectos que jugarán un papel importante dentro de la evolución de los síntomas como el nivel cognitivo, la predominancia que tenga y si tiene condiciones comórbidas.

2.6. Neuroanatomía del Trastorno por Déficit de Atención

Para entender como el TDA/H funciona dentro del organismo de un individuo hay que reconocer e identificar las líneas básicas del Sistema Nervioso Central, enfocándonos en el cerebro. Cada lóbulo tiene funciones diferentes, pero en la mayoría de las funciones actúan de manera sinérgica.

En el lóbulo frontal se encuentra el área primaria motora, el área broca y las áreas prefrontales, que entre otras funciones tan importantes desempeñan funciones ejecutivas, funciones cognitivas, de la atención y de las emociones. El lóbulo parietal tiene el área sensitiva primaria y una gran área de asociación que garantizan funciones visoespaciales, cálculo, praxia, entre otras. El lóbulo occipital tiene el área visual primaria y otras áreas de asociación relacionadas con la visión. El lóbulo temporal, la corteza auditiva primaria, el área de Wernicke y por último el lóbulo límbico relacionado con las emociones y la cognición. Para ver concretamente la relación de los lóbulos cerebrales con algunas de las funciones que se pueden ver alteradas en el TDA/H, veremos la siguiente tabla:

Tabla 1.Descripción de alteración en el TDA/H

Lóbulos cerebrales	Función relacionada con el TDA/H
Frontal	Funciones ejecutivas y atención
Parietal-Occipital-Temporal	Atención
Límbico	Motivación y afectividad

Nota. Fuente: Giroud B., J. L. (2012). Neurobiología del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. (B. I. Creativo, Ed.) Distrito Federal, Coyoacán, México: Fundación Cultural Federico Hoth, A.C.

Más a fondo encontramos a los neurotransmisores que serán pieza importante para explicar a nivel químico el TDA/H, los cuales se enuncia: dopamina[3], es uno de los neurotransmisores que participa en varias actividades, como por ejemplo: control motor, placer, motivación, recompensa y cognición; noradrenalina, que está relacionada a los estados de ánimo, disminuye en las personas con depresión e interviene en el funcionamiento de sistema nervioso autónomo; serotonina, teniendo como función principal el control del estado de ánimo y las emociones, por lo tanto disminuye en la depresión, en el ciclo vigilia – sueño y en el dolor; acetilcolina, una de sus funciones se relaciona con la memoria.

La neurobiología del TDA/H, se dividirá en tres grupos de estructura cerebrales que nos ayudará a entender más este diagnóstico. Iniciaremos con estructuras subcorticales que consiste en el cerebelo, ganglios basales y tálamo; luego nos iremos

[3] Existe una teoría que se denomina “Déficit en la transferencia de la dopamina, en la cual este aprendizaje no se produce y frente a estímulos más alejados en el tiempo la liberación de dopamina es similar a la sensación de estímulos inesperados

a las corticales o corteza cerebral; y las conexiones entre ambas (circuitos córtico-subcorticales). Todo esto lo presentaremos mediante una tabla, para que sea más fácil de entender.

Tabla 2. Estructura Cerebral y función.

Estructuras cerebrales	Función
Estructura Subcortical: - **Cerebelo**	- Coordinación motora, postura, marca y algunos aspectos de la cognición. - Encargada de funciones dentro del proceso de aprendizaje, memoria, control autonómico y emociones.
- **Ganglios basales**	Dependiendo de sus núcleos tiene la regulación de tres funciones: - Motora - Cognitiva - Afectiva
- **Tálamo**	Recibe, procesa y envía las informaciones de los sentidos hacia la corteza cerebral.
Corteza Cerebral	- Función sensitiva o motora - Análisis de funciones específicos. - Análisis complejos

Continúa…

- **Lóbulo frontal**	Según las áreas de la corteza prefrontal - Funciones ejecutivas - Metacognición - Autocontrol - Emociones positivas - Procesos cognitivos - Inhibición - Motivación
- **Sustancia gris**	Dentro de las redes neuronales (ventral y dorsal) relacionadas con la atención, la dorsal es la más importante dentro del diagnóstico, pues tiene que ver con el control de las funciones ejecutivas y en la orientación de la atención con un estímulo visual.

Nota. Fuente: Giroud B., J. L. (2012). Neurobiología del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. (B. I. Creativo, Ed.) Distrito Federal, Coyoacán, México: Fundación Cultural Federico Hoth, A.C.

Ahora veremos algunos resultados de distintas investigaciones de las alteraciones estructurales observadas en los individuos con TDA/H.

Tabla 3. Estructura cerebral y sus alteraciones en el TDA/H.

Estructura	Alteración
Volumen del cerebro	Reducción total 3 - 8%, más evidentes en aquellos que no tienen tratamiento psicológico o farmacológico. - Áreas prefrontales afectadas, en la región dorsolateral, orbitofrontal y ventromedial; - Mayor reducción en la derecha que en la izquierda.
Sustancia blanca	Disminución de la conectividad de los tractos: fórceps menores, esplenium del cuerpo calloso, cápsula interna, corona radiada y centro oval.
Ganglios basales	*Depende de la edad, sexo, subtipo clínico. Coincidencia: disminución del volumen del núcleo caudado y del putamen - Mayor evidencia en las personas menores de 16 años - Mayor alteración en el putamen, cuando se trata del subtipo hiperactivo.
Tálamo	Alteración principal en el pulvinar para niños muy inatentos y en la región ventrolateral, en niños hiperactivos.
Cerebelo	Disminución del volumen de un 3.5%.
Retraso de la maduración cerebral	Existe un retraso de la maduración cortical, que puede ser el volumen de la sustancia gris, teniendo su mayor pico del volumen a los nueve años en niñas y 11 años en niños; dando una posible media de diez años.

Nota. Fuente: Giroud B., J. L. (2012). Neurobiología del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. (B. I. Creativo, Ed.) Distrito Federal, Coyoacán, México: Fundación Cultural Federico Hoth, A.C.

Así como hay alteraciones estructurales observadas en los individuos con TDA/H, también se han encontrado alteraciones en los estudios de imágenes funcionales, relacionadas con las funciones neuropsicológicas especificas en los individuos con TDA/H:

Electroencefalograma (EEG)	Frecuencia delta baja (0-4 Hz) para individuos con inatención.
Estimulación Cerebral	Disminución de la inhibición motora cortical en niños con TDA/H (mientras más hiperactivo menor inhibición).[4]
Resonancia magnética funcional	Red frontoparietal es hipoactiva asociada a tareas específicas Red atencional, el circuito dorsal ha demostrado sus alteraciones durante tareas atencionales. Áreas parietales y occipitales existe una desactivación o hiperactivación.

A pesar de que existen pruebas que nos puedan brindar información sobre el TDA/H en los individuos aún ninguna es válida para demostrar el diagnóstico.

[4] Esto se debe a la disminución del GABA y la dopamina; por lo que la disminución de DA no sólo contribuye a una alteración de la atención, y ejecutivas, sino también a un deficiente control de impulso motor.

Después de hablar un poco con respecto a la neuroanatomía del TDA/H y ver su validación biológica, podemos pasar a las funciones ejecutivas que sabemos que están alterada, recordando que se refiere, según lo expresado de Luria en el libro TDA/H y Comorbilidades en el aula, a “la serie de procesos que tienen como objetivo el logro de metas y propósitos de una persona, mediante la planificación de ciertos pasos y procedimientos, su ejecución y terminación, anticipándose a lo que sigue e identificando cuando se puede modificar el plan original y cuando no, dependiendo de la intención inicial del sujeto”. Otros autores, hablan sobre aquellas funciones que permiten que las personas accedan a la información, piensen en soluciones e implementan ideas; inclusive hay quienes hacen el listado de áreas que pueden verse afectadas por las funciones ejecutivas, como: manejo del tiempo, organización, resolución de problemas, estimar resultados, análisis de información sensorial, anticipar consecuencias, evaluar posibles resultados, escoger acciones basadas en resultados positivos, elegir con base a expectativas y normas sociales, realizar tareas que impliquen tomar decisiones, planear y completar proyectos, relatar historias en el orden correcto, retener información en situaciones con distractores, iniciar tareas y generar ideas.

3. Funciones Ejecutivas y sus bases neuropsicológicas

2.1. Concepto, función y más

Según NeuronUp, una plataforma web destinada a la rehabilitación neuropsicológica, las funciones ejecutivas son parte de las funciones cognitivas del cerebro humano, indicando que están acompañadas por otros procesos mentales como la atención, la memoria, las habilidades visoespaciales, las praxias, las gnosias, la orientación, el lenguaje y la cognición social.

Estas funciones ejecutivas se refieren, según Luria (1970), citado por el Dr. Peréz Castro en su libro, TDA/H y Comorbilidades en el aula, como: "*la serie de procesos que tienen como objetivo el logro de metas y propósitos de una persona, mediante la planificación de ciertos pasos y procedimientos, su ejecución y terminación, anticipándose a lo que sigue e identificando cuando se puede modificar el plan original y cuando no, dependiendo de la intención inicial del sujeto*" (Peréz Castro & Sirvent Cancino, 2016).

A pesar de que existen muchas listas de las funciones ejecutivas confeccionadas por diversos autores, nos quedaremos con las que presentan en Proyectodah, (Pérez Castro & Sirvent Cancino, 2016) según la función y cómo se observa.

Tabla 4. Las Funciones Ejecutivas.

Función ejecutiva	Función
1. Inhibición	La capacidad para detener la propia conducta en el momento apropiado, incluso acciones y pensamientos.
2.Flexibilidad[5]	La capacidad para no estancarse y moverse libremente de una situación a otra (transición) para responder apropiadamente a la situación. Incluye la capacidad para retroceder, corregir; cambiar el rumbo de los planes de acuerdo con verificaciones de los resultados parciales que se obtengan.
3.Control emocional	Capacidad de regular respuestas emocionales por medio del uso del pensamiento racional (ponerlos en contexto y pensar antes de actuar) para controlar los sentimientos.
4.Iniciación	La capacidad para comenzar una tarea o actividad y para generar ideas, respuestas o estrategias de solución de problemas. Reconocer independientemente del entorno, cuándo es el momento de ponerse en marcha para hacer algo.

Continúa…

[5] Algunos autores en vez de enunciar “flexibilidad”, le dicen “Cambiar”

5.Memoria de trabajo	Se refiere la capacidad de mantener la información mentalmente mientras trabajamos en ella o la actualizamos para completar una tarea. Esta habilidad, permite que recordemos nuestros planes, así como instrucciones, considerar alternativas y relacionar ideas y datos, incluyendo relacionar el presente por el futuro y el pasado.
6.Planeación/ organización	Capacidad para planificar y organizar planes de acción para llevar a cabo las acciones que conduzcan al cumplimiento de metas actuales y futuras.
7.Automonitoreo/ metacognición	La capacidad para evaluar la ejecución con uno mismo y para compararla con los estándares de lo que se requiere o se espera de una acción.

Nota. Fuente: Peréz Castro, D. J., & Sirvent Cancino, D. M. (2016). TDA/H y comorbilidades en el aula. En D. J. Peréz Castro Vásquez, & D. M. Sirvent Cancino, TDA/H y comorbilidades en el aula. Ciudad de México, Coyoacán, México: Fundación Cultural Federico Hoth, A.C.

2.2. Destacando su origen

Muchos estudios realizados sobre esta temática se han enfocado en la región de la corteza prefrontal, debido a que aquí reside la capacidad para que surjan y se desarrollen. Sin embargo, actualmente se habla que las Funciones Ejecutivas (F.E.) se encuentran en otras áreas cerebrales mediadas por redes dinámicas y flexibles, donde estas conexiones permiten que la corteza prefrontal controle y regule la conducta por el procesamiento de la información a distintos niveles. (Sáenz, 2015).

Algunos escritos, redactan que las F.E. se da desde etapas muy tempranas y que llegan a prolongarse hasta la edad adulta; por lo que varios autores enuncian que estas funciones son las que más tardan en desarrollarse. Adicional, varios concuerdan que no sólo la evolución estructural o funcional es lo que determinará su desarrollo, sino también las experiencias que va teniendo el individuo a lo largo de su vida promoverá o no, de manera directa este desarrollo.

A continuación, se presentará una tabla según la lectura de algunos textos, investigaciones y opiniones de autores sobre el desarrollo de las funciones ejecutivas:

Tabla 5. Desarrollo de las Funciones Ejecutivas.

<table>
<tr><th>Etapa</th><th>Varios Autores, recopilados. (Fernández-Olaria & Flórez, 2017)</th><th>Varios Autores, recopilados. (Sáenz, 2015)</th><th>Datos de Anderson (2002). (Sáenz, 2015)</th></tr>
<tr><td>2 años</td><td>Aparecen indicios del desarrollo ejecutivo</td><td rowspan="2">Ocurren cambios cognitivos (maduración) que dan pie al desarrollo de las F.E.</td><td rowspan="3">Desarrollo de la atención selectiva, atención sostenida, automonitoreo e inhibición.</td></tr>
<tr><td>3 años</td><td>Mayor capacidad de regular su conducta y mejor control de inhibición</td></tr>
<tr><td>4 años</td><td rowspan="2">Inicia la autorregulación de procesos cognitivos/ metacognición, favoreciendo al control emocional</td><td rowspan="5">Se va desarrollando la capacidad de inhibición, flexibilidad, planificación y organización, capacidad de evaluación y memoria de trabajo.</td></tr>
<tr><td>5 años</td></tr>
<tr><td>6 años</td><td rowspan="3">Autorregulación de conducta, capaz de anticipar eventos. Aún existe impulsividad</td><td></td></tr>
<tr><td>7 años</td><td rowspan="3">Desarrollo acelerado de flexibilidad, memoria de trabajo y planificación</td></tr>
<tr><td>8 años</td></tr>
<tr><td>9 años</td><td>-----</td></tr>
<tr><td>10 años</td><td>-----</td><td>Capacidad de cambiar estrategias (flexibilidad) alcanza su nivel de adulto.</td><td></td></tr>
<tr><td>11 años</td><td>-----</td><td>----</td><td rowspan="3">Se alcanza los dominios ejecutivos cercanos a la madurez</td></tr>
<tr><td>12 años</td><td>Hay mayor capacidad de planificar, organizar similar al adulto</td><td>-----</td></tr>
<tr><td>13 años</td><td>----</td><td>-----</td></tr>
</table>

Nota. Fuente: Quito, Claudia (20118). *Las Funciones Ejecutivas afectadas en el TDA/H con una Intervención Cognitivo Conductual*. Ciudad de Panamá, Panamá.

4. El TDA/H y las Funciones Ejecutivas

Después de la revisión bibliográfica ante ambos contextos, podemos tener claro su relación biológica y funcional, estamos tratando con una condición que tiene su afección a nivel neurológico, mismo donde se encuentran las F.E., a pesar que las características principales para el TDA/H, sean la inatención, impulsividad e hiperactividad; se encuentra implícito la afección en el comportamiento, en donde muchas tienen una función determinando dicha conducta; es decir, cuando se padece TDA/H estas funciones ejecutivas se ven alteradas porque la base de todo ese proceso es la atención. Recordando que estas funciones empiezan y se guían por la atención. Por ejemplo, vamos a volver a hacer mención de la lista que presenta el Proyectodah, (Peréz Castro & Sirvent Cancino, 2016) según la función y ahora en su relación con el TDA/H.

Tabla 6. Disfunción de las funciones ejecutivas en el TDA/H.

Función ejecutiva	Disfunción: lo que se observa en personas con TDA/H
1. Inhibición	· Impulsividad · Dificultad para inhibir impulsos que ponen en riesgo el éxito del plan o de activar otros que dinamicen el proceso · Imposibilidad de controlar la actividad (con su propio lenguaje o con el del adulto)
2. Flexibilidad	· Inacción · Dificultad para cambiar de una actividad a otra · Errores en tareas prolongadas

Continúa…

3.	**Control emocional**	· Enojo constante, ira · Problemas interpersonales · Dificultad para las habilidades sociales · Baja tolerancia a la frustración
4.	**Iniciación**	· Poca habilidad para resolver problemas · Lentitud para comenzar una tarea o actividad · No generar respuestas o estrategias adecuadas para la solución de problemas · Falta de motivación · Procrastinación
5.	**Memoria de trabajo**	· No puede seguir instrucciones · Dificultad para armar secuencias · Mal manejo de los tiempos · Desorganización en la expresión verbal · Baja comprensión lectora · Incumplimiento de la entrega de tareas
6.	**Planeación/ organización**	· Eleva desorganización (personal y escolar/laboral) · Dificultad para organizar tareas o actividades · No contempla consecuencias · Incapacidad para generar hipótesis · Fracaso en el proyecto de largo plazo
7.	**Automonitoreo / metacognición**	· Repetición de errores · Percepción equivocada de gestos y caras · Pobre autoevaluación · Minimización de consecuencias

Nota. Fuente: Peréz Castro, D. J., & Sirvent Cancino, D. M. (2016). TDA/H y comorbilidades en el aula. En D. J. Peréz Castro Vásquez, & D. M. Sirvent Cancino, TDA/H y comorbilidades en el aula. Ciudad de México, Coyoacán, México: Fundación Cultural Federico Hoth, A.C.

CAPÍTULO II.

Entendiendo al TDA/H, desde su intervención.

1. Intervención al TDA/H

La terapia cognitivo - conductual marca la línea de trabajo significativa ante el TDA/H. Incluso algunas páginas web y libros, como la Guía Práctica Clínica sobre el TDA/H indican que es recomendable como tratamiento inicial, incluso cuando los pacientes puedan tener síntomas leves, su impacto sea mínimo, no haya empleo de medicación o se rechace su uso y haya discrepancia en la frecuencia/ intensidad entre los padres, cuidadores o docentes. Todo esto debido a que su intervención estará basada en lo que el paciente manifieste por lo que se podrá trabajar haya o no un diagnóstico claro.

La intervención psicológica de esta condición tiene como objetivo clave atender la problemática más notable del paciente y esto incluye entrenamiento a los padres y/o docentes dentro del proceso terapéutico del individuo diagnosticado. De hecho, por esta razón, surge la Guía Práctica Clínica basada en la evidencia científica sobre el TDA/H para poder brindar información o asistencia a los profesionales que se encargan de atender a estos individuos, a sus padres y docentes. Esta Guía colabora a reunir información y establecer bases científicas existentes sobre el diagnóstico, intervención y pronóstico del TDA/H. Muchas de la información recabada en este libro, expone una revisión bibliográfica extensa, podemos inclusive rescatar una tabla resumen que confeccionaron, donde comentan sobre la evidencia científica existente ante las intervenciones cognitivo-conductuales.

Tabla 7. Revisión de estudios relacionados al TDA/H.

Hay evidencia científica procedente de varios ECA (Ensayo Controlado Aleatorizado) de calidad (1+) sobre la eficacia de la intervención psicológica (TC/TCC) sobre los síntomas TDA/H y de conducta referidos por los padres (NICE, 2009) .	RS (Revisión sistemática) de ECA 1+
No hay suficiente evidencia científica o es limitada de la eficacia de la intervención psicológica sobre los síntomas TDA/H y de conducta referidos por los profesores (NICE, 2009).	RS de ECA 1++
La evidencia científica de la eficacia de la intervención psicológica sobre las habilidades sociales procede de estudios de calidad (1+) (NICE, 2009)	RS de ECA 1+
No hay suficiente evidencia científica de la eficacia de la terapia psicológica sobre los síntomas interiorizados y autoeficacia (NICE, 2009)	RS de ECA 1++
Hay evidencia científica limitada procedente de estudios de calidad 1+ de la eficacia de la terapia psicológica sobre el funcionamiento académico (NICE, 2009)	RS de ECA 1+

Un ECA ofrece resultados respecto a la eficacia del tratamiento psicológico en síntomas de inatención, tempo cognitivo lento, habilidades sociales y organizativas en un subgrupo de escolares con TDA/H-HI (Pfiffner, 2007).	ECA 1+
Existe fuerte evidencia científica de que el entrenamiento para padres es eficaz para el trastorno de conducta, incluyendo población con TDA/H (NICE, 2006).	RS de ECA 1++
La inclusión de programas de entrenamiento para padres además aumenta la aceptabilidad de los tratamientos y alivia el malestar parental (SIGN, 2005).	Opinión de expertos 4

Nota. Fuente: (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre TDA/H en Niños y Adolescentes, 2010)

Cuando hablamos de intervención en el TDA/H, se enfoca en desarrollar diversas estrategias internas del individuo para pueda mejorar su calidad de vida (personal, familiar, social, académico/laboral), esto incluye el desarrollo de ciertas habilidades cognitivas y conductuales necesarias para su entorno. Por esto, se toma en cuenta cierta línea base enfocada en dos tipos de terapia, una cognitiva y otra conducta, por lo que la unión de ambas nos muestra los posibles objetivos a atender (Fundación CADAH, -):

- Modificación de la conducta

- Entrenamiento en auto-instrucciones
- Resolución de conflictos y regulación emocional
- Entrenamiento en habilidades sociales
- Entrenamiento a padres y docentes para su manejo

De igual forma encontramos que el procedimiento tiene una línea base, ya que es imprescindible que se coloquen reglas o normas claras, sencillas y consistentes, el uso de reforzadores, potenciar sus capacidades y estimular las habilidades menos dominadas; de la misma manera identificar los factores protectores y factores predisponentes a generar malestar en los individuos que tengan TDA/H. Otro punto para tomar en cuenta es que en el manejo del tratamiento de TDA/H, las atenciones médicas deben garantizar la continuidad de la atención en el caso que estén bajo medicamento o no, hay que asegurarse que tengan un plan de tratamiento completo e integral que aborde las necesidades psicológicas, de comportamiento y laborales/escolares; así como debemos prestar atención a la severidad de los síntomas que estén presentando (cuánto están afectando su vida, nivel de deterioro o impacto), su resiliencia y sus factores de protección. (National Institute for Health and Care Excellence - NICE-, 2018)

Como lo hemos mencionado, incluyendo la tabla resumen de la Guía Práctica, es importante incluir el entrenamiento a los cuidadores, para aumentar el pronóstico favorable, dedicarle un tiempo para asimilar y discutir la participación dentro del tratamiento, según lo recomienda la guía del Instituto Nacional de Excelencia para la

Salud y Cuidado (National Institute for Health and Care Excellence -NICE-, 2017). Adicional existen varios documentos [(Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre TDA/H en Niños y Adolescentes, 2010); (Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, 2015); (Urbano, 2017); entre otros] que citan a NICE, debido a que este reporta la posible duración óptima que puede tener la intervención cognitiva-conductual en niños con edad escolar, donde refieren de 8 a 12 sesiones de 50-90 minutos; también agregan ocho (8) sesiones de 50-120 minutos dirigidas a los cuidadores.

Los programas especializados a esta condición son estructurados, se desarrollan en un número específico de sesiones y se realizan habitualmente en grupo. Ejemplos de programas son: Triple P -Programa de Paternidad Positiva- de Sanders et al., 1998; The Incredible Years parent Training Programme de Webster-Stratton, 1982; existen diversos textos, videos y comentario del Dr. Russell Barkley, donde expresa los puntos de atención que se debe tener para personas que presenten esta condición, hablando sobre la regulación de las emociones, pobre atención o persistencia al esfuerzo por concluir una tarea (Dr. Barkley, s.f.). Aunque encontramos otros programas como JUVEPICE, programa de intervención para niños con TDA/H (Valadez Sierra, Alba Villegas, & Reynaga García, 2013), donde se trabaja la atención y modificación de conducta a través de reforzamientos, siendo una metodología grupal; o el Programa de Intervención Cognitivo-Conductual para niños con TDA/H de la Dra. Orjales, donde en 30 sesiones se trabaja con niños de seis (6) a doce (12) años de edad, siendo el objetivo principal disminuir la sintomatología mediante modificación de conducta sin desestimar modelos emocionales (Dra. Orjales Villar & Dr. Polaino Lorente, 2014)

2. La Aventura Pirata

Este programa se trata de un entrenamiento de la atención y las funciones ejecutivas mediante distintas actividades que tendrán como objetivo la enseñanza de la autorregulación. Todas las actividades tienen como base el uso de las autoinstrucciones verbales, buscando así hábitos de trabajo sistemático que le permita al niño poder comprender sus errores y optimizar los problemas de atención, así como estimular las funciones ejecutivas.

Todo el programa se basa en la teoría de las autoinstrucciones de Donal Meichenbaum, Ph. D. donde establece las instrucciones y órdenes que una persona puede darse a sí misma, dirigiendo una conducta en específico, tiene como objetivo cambiar las autoverbalizaciones para que se pueda modificar la conducta; propuesta que sistematizó de la Dra. Douglas en su ensayo “Assessment of a Cognitve Training Program for Hyperactive Children” (Douglas, Parry, Marton, & Garson, 1976) , donde se entrenó a 18 niños hiperactivos con técnicas de modelado, auto-verbalizaciones y auto-refuerzo en estrategias que fueran más efectivas y disminuir la impulsividad en el abordaje de tareas cognitivas, problemas académicos y situaciones sociales, durante tres (3) meses, mostrando resultados significativamente positivos.

Dentro del programa, que estamos utilizando como base para nuestra intervención, se realizan dos referencias teóricas fundamentales que son el entrenamiento autoinstruccional de Meichnbaum y el esquema de autoinstrucciones ampliado de Orjales (2007). Adicional a ello, enuncia que los programas de entrenamiento que utilizan verbalizaciones poseen denominadores comunes como: enseñan a identificar

el problema, focalizar la atención a la resolución del problema, a la enseñanza de las estrategias específicas para resolver cada problema y a promover la autoevaluación mejorando el afrontamiento en situaciones de fracaso o atribución del éxito. (Sardinero A., 2017, pág. 11)

Este programa fue diseñado para la atención de niños y niñas de seis (6) a doce (12) años con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, empleando cuatro tipos de tareas distintos y clasificados en tres cuadernos de fichas, según la edad o el grado escolar (lo cual es sólo orientativo, ya que dependerá del desenvolvimiento del niño lo que determinará el nivel de aplicación).

CAPÍTULO III.

Marco Metodológico.

1. Planteamiento del problema

Con todo lo que hemos podido conocer a través de la historia del Trastorno por Déficit de Atención, nos preguntamos qué podemos hacer al respecto, qué podemos hacer para ayudar a la población o a los colegas que los atienden. Ciertamente existen diversas dificultades cuando estamos hablando de esta condición como lo es el debido proceso para realizar un diagnóstico, establecer las limitaciones de los profesionales que pueden o no diagnosticar esta condición, así como establecer las pautas de atención, ya que es un trabajo en conjunto y no unitario de un profesional en específico. Nosotros queremos enfocarnos en la atención psicológica en busca de la mejora de una de las afecciones que tiene el TDA/H.

Sabemos que la afección emocional y social que ocurre en los niños con TDA/H son parte de las múltiples consecuencias por no ser tratado a tiempo, o bien, por no haber poder recibir una orientación oportuna a los adultos que lo rodean, incluyendo a los docentes, quienes fungen un papel importante en la vida de estos niños. Destacamos que la neurobiología del TDA/H, habla sobre afecciones a niveles estructurales y funcionales del cerebro, donde se presenta alteraciones en las funciones ejecutivas. Por lo que también encontramos investigaciones que tratan al respecto, especificando que las funciones ejecutivas empiezan y se guían por la atención (Castro Vásquez & Sirvent Cancino, 2016) y en el TDAH se ven alteradas porque la base de todo ese proceso es la atención. Dichas funciones son necesarias para tener un desempeño adecuado ante una tarea en especifico, logrando así llegar a un objetivo, solucionar un problema, tener control de dicha actividad o tarea.

Actualmente Fundación Valórate atiende sólo en el Centro de Ciudad del Saber a 85 pacientes y tienen un listado de espera que día a día aumenta más, sin contabilizar las atenciones de los centros que tiene la Fundación en el interior. Las terapias de los niños atendidos demoran mucho más de seis meses, llegando inclusive al año o más.

Tal como lo menciona el Dr. Castro,J. (2016): “El problema más importante con el TDAH es que las habilidades del pensamiento que guían el desempeño del sujeto en las situaciones de la vida que se enfrentan, se ven severamente afectadas”; siendo necesario optimizar el desenvolvimiento de estos niños a nivel conductual, mediante el entrenamiento en las funciones ejecutivas. Con todo lo anterior expuesto, nos podemos preguntar:

¿Cuál es el efecto que tiene una intervención cognitivo-conductual en las funciones ejecutivas de niños con TDA/H que asisten a la Fundación Valórate?

2. Objetivos Generales y Específicos:

Objetivos Generales

- Conocer la efectividad de una intervención cognitivo-conductual en las funciones ejecutivas de los niños con TDA/H.
- Describir la percepción de los padres antes y después de la aplicación de una intervención cognitivo-conductual para trabajar las funciones ejecutivas de los niños con TDA/H.

Objetivos Específicos

- Observar la efectividad de una intervención Cognitivo-conductual en las funciones ejecutivas de los niños con TDA/H.
- Distinguir las posibles dificultades que se presenten en la aplicación de una intervención Cognitivo-conductual en las funciones ejecutivas de los niños con TDA/H.
- Describir las pruebas dentro de la ENFEN más optimizadas tras la aplicación de una intervención Cognitivo-conductual en las funciones ejecutivas de los niños con TDA/H.
- Describir la sintomatología disminuida de los niños con TDA/H por la aplicación de una intervención Cognitivo-conductual en sus funciones ejecutivas.
- Analizar por prueba dentro de la ENFEN las posibles diferencias o similitudes de los casos participantes de una intervención Cognitivo-conductual sobre las funciones ejecutivas de los niños con TDA/H.

3. Hipótesis

Hipótesis General:

Ho: Una intervención Cognitivo-conductual disminuirá las puntuaciones de las funciones ejecutivas afectadas en los niños diagnosticados con TDA/H.

Ha: Una intervención Cognitivo-conductual mejorará las puntuaciones de las funciones ejecutivas afectadas en los niños diagnosticas con TDA/H.

Hipótesis Estadística:

Ha: Los niños diagnosticados con TDA/H tendrán puntuaciones mayores tras la aplicación de la intervención a sus funciones ejecutivas afectadas.

$$Ha: Md \leq 0$$

Prueba a 1 cola, alfa = 0.10

4. Diseño de investigación[6]

Nuestra investigación es cuasiexperimental, estudio de caso con réplicas de tipo evaluación previa y posterior al tratamiento, ya que habrá manipulación de una variable y tendremos muestra por conveniencia.

[6] Los datos son con base en los autores Hernández, R.; Kazdin, A. y el documento de la VIP.

5. Tipo de Estudio

Según nuestros objetivos de conocimientos a alcanzar es descriptivo; según el tiempo en que lo realizamos es transaccional.

6. Definición de variables

Variable Independiente	Definición Conceptual	Definición Operacional
Intervención Cognitivo-conductual basada en el Programa "Aventura Pirata"	Es un programa de entrenamiento estructurado con un número amplio de fichas y actividades que tiene como objetivo enseñar a los niños a hablarse a sí mismos, a regular su propia conducta al enfrentarse con los problemas. A lo largo del entrenamiento los alumnos aprenden a utilizar una secuencia ordenada de autoinstrucciones para, con la práctica, ser capaces de abordar de un modo reflexivo e independiente las tareas académicas y las tareas cognitivas dedicando mayor esfuerzo atencional. (Sardinero A., 2018)	Se realizará la intervención en diez (10) sesiones individuales a los sujetos de 60 minutos, brindando herramientas para la optimización de la sintomatología del Trastorno por Déficit de Atención/ Hiperactividad.

Variable Dependiente	Definición Conceptual	Definición Operacional
Funciones ejecutivas afectadas en el Trastorno por déficit de atención / hiperactividad	Las funciones afectadas dentro de la condición de TDA/H (Castro Vásquez & Sirvent Cancino, 2016): - Inhibición (La capacidad para detener la propia conducta en el momento apropiado, incluso acciones y pensamientos.), - Iniciación (La capacidad para comenzar una tarea o actividad y para generar ideas, respuestas o estrategias de solución de problemas. Reconocer independientemente del entorno, cuándo es el momento de ponerse en marcha para hacer algo.), - Flexibilidad (La capacidad para no estancarse y moverse libremente de una situación a otra (transición) para responder apropiadamente a la situación. Incluye la capacidad para retroceder, corregir; cambiar el rumbo de los planes de acuerdo con verificaciones de los resultados parciales que se obtengan.),	Los puntajes obtenidos en la Evaluación Neuropsicoló-gica de las Funciones Ejecutivas en niños (ENFEN); llamados decatipos, los cuales desde uno (1) hasta cuatro (4) indican puntajes deficientes, decatipos desde cinco (5) a seis (6) que indican puntajes de la media y decatipos desde siete (7) a diez (10) indican puntajes por encima de la media. Estas referencias nos explican cuán

	- Control Emocional (Capacidad de regular respuestas emocionales por medio del uso del pensamiento racional (ponerlos en contexto y pensar antes de actuar) para controlar los sentimientos.), - Organización/ Planeación (Capacidad para planificar y organizar planes de acción para llevar a cabo las acciones que conduzcan al cumplimiento de metas actuales y futuras.), - Automonitoreo (La capacidad para evaluar la ejecución con uno mismo y para compararla con los estándares de lo que se requiere o se espera de una acción.), - Memoria de Trabajo (Se refiere la capacidad de mantener la información mentalmente mientras trabajamos en ella o la actualizamos para completar una tarea. Esta habilidad, permite que recordemos nuestros planes, así como instrucciones, considerar alternativas y relacionar ideas y datos, incluyendo relacionar el presente por el futuro y el pasado.).	óptimos o deficientes se encuentran en comparación a sujetos de su misma edad.

7. Descripción de la muestra

Unidad de Análisis: Funciones ejecutivas afectadas en los niños diagnosticados con TDA/H.

Población: Dentro de nuestra población contamos con todas las personas que hayan llamado solicitando ayuda para atender a sus acudidos y hayan sido colocados en la lista de espera de la Fundación Valórate, ubicada en Ciudad del Saber, Ciudad de Panamá.

Muestra: Cinco niños desde seis (6) hasta doce (12) años; que estaban en lista de espera de la Fundación Valórate, ubicada en Ciudad del Saber, Ciudad de Panamá; diagnosticados con Trastorno por Déficit de Atención y aceptaron participar en la investigación.

- Tomamos como criterios de inclusión: niños desde seis (6) años hasta doce (12) años, que haya sido diagnosticado con TDA/H, haber cumplido con los requisitos de Fundación Valórate, no haya sido atendido en terapia, por lo menosseis meses antes y haber asistido a las diez (10) sesiones.

- Tomamos como criterio de exclusión: niños que tengan menos de seis (6) años y más de 12 años, que no esté diagnosticado debidamente (implica cualquier niño con diagnóstico de TDA/H y adicional un C.I. bajo o con discapacidad cognitiva, así como un diagnóstico por un profesional no idóneo), que esté participando de cualquier tipo de terapia psicológica o intervención alternativa, asistir a menos de diez (10) sesiones, que sea familiar de un participante ya escogido.

8. Instrumento

Dentro de esta investigación se emplearon diferentes instrumentos para recabar la información necesaria, entre ellas se encuentran: la entrevista y la prueba que mida las funciones ejecutivas (ver en anexos la estructura de ambos). De igual forma, la aplicación de la prueba que mide dichas funciones, fue realizada por otra psicóloga ajena a la investigación, empleando consultorios distintos al de las sesiones de terapia. La colega llevo sus propios registros conductuales dentro de la evaluación para reportar el comportamiento durante la ejecución de cada evaluación.

Nuestro primer instrumento, la entrevista, consiste en una entrevista clínica semiestructurada, elaborada por la Fundación como guía general para recabar toda información importante dentro del desarrollo biopsicosocial del infante, completada con los acudientes de nuestro sujeto, centrándonos en los aspectos conductuales y académicos para establecer algún patrón de comportamiento a lo largo de su vida.

Entre los instrumentos para medir las funciones ejecutivas, que fueron empleados antes y después de la intervención, se encuentran:

Un listado de comportamientos propios de niños con TDA/H y principalmente propios de funciones ejecutivas alteradas (Ver Apéndice N°1), dentro de la entrevista semiestructurada, tomado del Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) así como de libros refiriéndose a las funciones ejecutivas del Proyectodah, del Congreso Internacional de TDA/H (2018) y la Evaluación Conductual de la Función Ejecutiva -2 (BRIEF - 2), donde tomamos algunas frases del cuestionario

de padres para conocer la posible percepción que tienen sobre el sujeto; de esta forma logramos recabar información que permitió entender la manifestación de la sintomatología y los puntajes que obtuvieron los sujetos.

La Prueba de Evaluación Neuropsicológica de las Funciones Ejecutivas en niños (ENFEN) (Portellanos, Martínez-Arias y Zumárraga, 2009). Este instrumento permite evaluar, de forma general, el funcionamiento ejecutivo, para así determinar el nivel de madurez y rendimiento cognitivo en relación con dichas funciones ejecutivas, en niños desde seis (6) hasta doce (12) años de forma individual, con un tiempo inferior a 30 minutos. Está compuesta por 4 pruebas que pueden aplicarse por separado: Fluidez (Semántica y Fonética), Sendero (Gris y Color), Anillas e Interferencias, siendo las pruebas de Interferencias y Anillas las que más nos interesa; sin embargo, por formato de la Fundación aplicamos todas las pruebas dentro de esta batería. Se obtiene una puntuación directa luego de realizar una operación marcada en el mismo protocolo de la batería (aciertos menos errores, entre el tiempo en segundos que se empleó para culminarla y multiplicar el resultado por 100), este resultado se convierte en una puntuación típica (decatipo) a través de las tablas de conversiones de puntuaciones según edad del paciente.

9. Análisis de la información

Presentamos caso a caso lo que pudimos observar y recoger tras la entrevista clínica, los reportes de evaluación y las sesiones. Cada caso muestra el motivo de consulta, datos relevantes de la historia clínica para comprender más a fondo cada uno, así

como poder establecer algún patrón de comportamiento y más adelante poder describir los cambios efectuados por la aplicación de la intervención.

Adicional se utilizó el programa estadístico informático llamado SPSS, que se refiere a un software estadístico, el cual maneja diferentes bases de datos para mostrar los puntajes de cada prueba (en nuestro caso las seis pruebas de la ENFEN) según lo obtenido tras la evaluación de cada caso y poder describir posibles diferencias o similitudes; así como se empleó el uso de algunos programas de Microsoft Office (Word y Excel) para complementar la explicación y presentación de los datos de esta investigación.

Realizamos un estadístico no paramétrico, específicamente la prueba de Wilcoxon, que compara la mediana de una muestra no normal, que trabajan sobre rangos de orden, a pesar de ser menos potentes es el estadístico óptimo por nuestro tamaño muestral. Cabe resaltar que la aplicación de este análisis es sólo con fines ilustrativos y poder mostrar datos en conjunto, ya que reconocemos que por la cantidad de sujetos no se puede establecer datos estadísticamente significativos.

Acciones/actividades específicas para controlar las amenazas a la validez (interna, externa, estadística y de constructo)

Iniciaremos con las amenazas a la validez interna, en la cual tendremos en cuenta: exámenes, instrumentación, característica de muestra y tendencia para la selección. Se buscó a un profesional de psicología clínica, que pueda supervisar nuestra terapia y empleamos una entrevista semiestructurada para recabar la mayor cantidad de

información, contamos con la revisión de los informes aplicados antes de llegar a esta investigación y las impresiones conductuales de la evaluadora que aplicó la prueba , así como tener un tiempo de espera entre el tratamiento y la aplicación de la evaluación posterior; no hubo cambios en la instrumentación, ya que las evaluaciones se darán en un mismo año; con respecto a nuestra muestra, sabemos que no tuvimos ninguna influencia debido a que depende de las personas que llamen a la Fundación y que ya cuenten con un diagnóstico dado por un profesional idóneo, reconocemos que no tendremos control en la distribución de nuestra muestra (puede haber desde chorrera hasta la 24 de diciembre) y que será por conveniencia, sin embargo podremos sacar datos sin predisposición de posición socioeconómica, ni residencia, creencia religiosa o crianza específica.

Para la validez externa, tuvimos en cuenta las siguientes amenazas: interferencia por tratamientos múltiples, reactividad de la evaluación y tiempo de la medida. Primero contamos con el tiempo suficiente y el ambiente adecuado para poder atender a los niños, en la que asistieron a terapia dos veces a la semana; segundo, hay características específicas que el paciente debe cumplir y, adicional, en nuestro caso que no haya recibido tratamiento psicológico. Por último, como dato importante es que realizamos sólo dos periodos de evaluación, al inicio y al final, esperando una semana aproximadamente para colocar este último.

Para terminar hablaremos de la validez de constructo, en ella estamos teniendo en cuenta la operación simple y muestra reducida de estímulos, las expectativas del experimentador, la disposición de la situación experimental; sabiendo que existen

significados claramente establecidos para evaluar los cambios, así como el tratamiento que ya estaba previamente armado, teniendo que cumplir al pie de la letra, cada sesión por lo que no pudimos alterar los hechos y así alterar la sintomatología de los niños. Pensamos que hubo poca influencia en las expectativas que tuvieron los investigadores, por su constante supervisión y preparación de las sesiones establecidas con anticipación. Al tener colegas para realizar la evaluación previa y posterior distintos al terapeuta que llevó las sesiones, se contribuyó a evitar aún más los sesgos o alteración en los puntajes de estos.

Si bien es cierto, nuestros sujetos supieron a qué iban a ser expuestos, pero como no dominan el tema no supieron cómo hacer para mejorar o empeorar los puntajes dentro de la evaluación; ciertamente pudieron verse expuestos al tema de otras maneras, de ahí a que fue importante descartar aquellos que asistían a algún tipo de terapia al mismo tiempo de nuestra intervención.

CAPÍTULO IV.

Presentación de los Resultados.

1. Caso del sujeto N° 1.

NOMBRE: S.M. SEXO: masculino

EDAD: 11 GRADO: V°

NIVEL SOCIOECONÓMICO: Medio baja NACIONALIDAD: Venezolana

Motivo de Consulta:

Los padres llegan a consulta mencionando que S. tiene un comportamiento impulsivo, violento y es muy inquieto; les preocupa que no escribe, le cuesta acatar las normas y este año ha bajado su interés por estudiar.

Datos Principales:

Cuadro N°1. Datos Familiares.

Relación	Edad	Estudios	Ocupación
Madre	48	Bachiller	Manicurista
Padre	45	Bachiller	Constructor
Hermana*	28	-	-
Hermana	20	Bachiller	-

Nota. *La madre reporta que su hija no estudio debido a que es “especial”, sólo refieren que no camina, mas no detallan en el tema.

S. es el tercer embarazo de la madre, cuando ella tenía 36 años, asistió a todas sus citas controles; la madre agrega que las dificultades durante la gestación consistieron en que la mitad de su embarazo estuvo en el hospital cuidando a su hija mayor y que el día de parto le dio varicela. Nace a las 38 semanas con 3.7 Kg. por cesárea. Esta

familia emigra de Venezuela, debido a la situación que presenta el país y llegan a Panamá en el 2015.

Durante su infancia sólo tuvo una hospitalización a los tres meses de nacido, debido a una intervención por un dolor estomacal. Los padres nos comentan que a los dos meses inicio su balbuceo, a los cuatro meses logró agarrar objetos y sentarse solo, a los cinco o seis meses empezó a gatear y al año pudo dar sus primeros pasos. No recuerdan exactamente cuándo empezó a pronunciar sus primeras palabras, pero aseguran que al año ya empleó frases. Podemos mencionar que, según los padres, S. inicio a comer solo a los ocho meses, a los cuatro años pudo vestirse y amarrarse los cordones.

En cuanto a su comportamiento, nos mencionan que presenta un poco de agresividad, frases ofensivas hacia sí mismo y otras donde invalida su capacidad, como: “no puedo”, “es que no sé hacerlo”. La madre comenta que si se le brinda alguna orden no le agrada o bien presenta “mala actitud” o cuando algún compañero le agrede, la reacción de S. es fuerte y se descontrola en ira. Debido a lo último expresado, la relación con sus compañeros es delicada ya que perciben que es buena pero como se pone bravo con facilidad, tiende a pelarse con ellos y mucho más con los maestros, obteniendo una mala relación con estos últimos.

S. inicio su periodo escolar a los dos años en el maternal, donde las maestras mencionaron que demandaba mucha atención, respondía de forma exagerada a la estimulación ambiental, su temperamento era difícil y malhumorado, con problemas de agresividad y/o comportamiento desafiante, con una reacción negativa frente a

situaciones nuevas y presentaba dificultad para adaptarse a rutinas diarias. El sujeto participa de dos años en maternal, luego ingresa a un nuevo plantel educativo hasta quinto grado, donde luego deben mudarse a Panamá. Actualmente S. está en sexto grado, donde mantiene problemas académicos y conductuales; los maestros citan constantemente a los padres por su nivel de agresividad, desobediencia y porque molesta en clase, se levanta constantemente del puesto, habla frecuentemente durante la clase provocando que los maestros lo etiqueten y no le tengan paciencia. Los padres argumentan que este año tiene bajo rendimiento en todas las materias, inclusive matemáticas (materia que le agrada mucho) debido a que la maestra no le agrada.

Estando en Venezuela, S. fue diagnosticado por una neuróloga infantil con Trastorno por Déficit de Atención Hiperactividad, tipo mixto en el 2015; la cual indica que su tratamiento debe consistir en la toma de Atomoxetina – Strattera 25mg., continuar con la psicopedagoga y psicología, y exhorta a los padres a asistir a los talleres para padres.

En casa, se da la misma situación sólo que la madre logra controlarlo. Los padres reportan que en casa no existe un horario para el estudio, no hay reglas al respecto sólo existen reglas para dormir, fregar y tono de voz. S. es reforzado con dinero, regalos, tiempo, elogios y/o privilegios cuando realiza alguna conducta deseable, así como le quitan dichos privilegios o lo mandan al cuarto, cuando realiza alguna conducta negativa. Actualmente S. pertenece a un equipo de beisbol, al cual va a prácticas durante la semana y fines de semana.

Tabla 8. Registro de percepción del sujeto N° 1.

	PRE	POST
Se levanta constantemente de su asiento.	1	0
Le cuesta trabajar solo.	1	1
Le cuesta seguir instrucciones.	1	1
Se distrae constantemente.	1	1
Tiene dificultades para realizar una actividad en un tiempo específico.	1	1
Contesta sin pensar.	1	1
Le cuesta esperar.	1	1
Se cansa o frustra fácilmente.	1	1
Es inquieto (a).	1	0
Olvida materiales necesarios para el trabajo en clase.	1	1
Se le llama la atención con frecuencia.	1	0
Le cuesta controlarse cuando lo molestan.	1	1
Molesta o se burla de otros compañeros. Especifique: _____	1	1
No respeta la autoridad.	1	1
Ante un problema, le cuesta considerar alternativas para solucionarlo.	1	0
Es agresivo.	1	1
Interrumpe a otros cuando están hablando.	1	1
Hace comentarios negativos de sí mismos y de otros.	1	0
Le gusta estar solo, no juega con sus compañeros.	0	0
Le cuesta trabajar en grupo.	0	0
Es tímido o inseguro, miedoso. Especifique: _____	0	0
Pide ayuda frecuentemente.	0	0
No le gusta participar.	0	0
No muestra interés en lo que hace.	1	0
Olvida las cosas, es distraído.	1	1

No termina los trabajos.	1	1
Es muy lento para hacer las cosas.	0	0
Sueña despierto con frecuencia.	0	0
Hay que repetirle las instrucciones.	1	0
Es inmaduro para su edad.	0	0
Le toma mucho tiempo empezar a trabajar.	1	1
Infraestima el tiempo de realizar alguna actividad.	1	1
T =	***24***	***17***

Nota. *Datos obtenidos según la percepción de los Padres. Fuente: Quito, Claudia (20118*). *Las Funciones Ejecutivas afectadas en el TDA/H con una Intervención Cognitivo Conductual.* Ciudad de Panamá, Panamá.

Datos de las evaluaciones:

Se establecen la fecha de la primera evaluación con el sujeto y la evaluadora, quién es la encargada de aplicar, corregir y concluir los datos obtenidos dentro de esta aplicación.

Según, nos reporta la evaluadora, durante la aplicación previa de la prueba al tratamiento S. desde el momento que entra al consultorio se muestra desinteresado, incluso se encontraba un poco adormilado. Mientras se le explicaban las indicaciones él miraba hacia otro lado; sin embargo, al preguntarle lo que tenía que hacer respondía adecuadamente. Su ejecución a lo largo de la evaluación fue con desgano, haciendo muecas y respiraciones fuertes o suspiros.

En cambio, en la segunda evaluación posterior al tratamiento, S. se muestra con bastante disposición de realizar cada una de las actividades que se tenían previstas. Conversa más sobre cómo se encontraba y su actitud fue positiva todo el tiempo. Se mantuvo atento escuchando las indicaciones brindadas.

Para la presentación de estos datos, lo haremos de dos maneras, una incluye las puntuaciones o decatipos de la prueba, obtenido tras la conversión de los puntajes brutos con base en los baremos según la edad del sujeto; y la segunda nos mostrará mediante una gráfica los niveles en donde se encuentran estos puntajes, que pueden ir desde Muy Bajo hasta Muy Alto.

Tabla 9. Registro de los decatipos de la Evaluación Neuropsicológica de las Funciones Ejecutivas en Niños.

Prueba	***Previa***	***Posterior***
Fluidez fonológica	1	2
Fluidez semántica	1	1
Sendero gris	3	5
Sendero a color	1	4
Anillas	1	4
Interferencia	4	5

Nota. Fuente: Quito, Claudia (20118*). Las Funciones Ejecutivas afectadas en el TDA/H con una Intervención Cognitivo Conductual.* Ciudad de Panamá, Panamá.

Evaluación Previa

Todos los resultados obtenidos en las pruebas son bajos en comparación con los baremos correspondientes a su edad cronológica según lo que podemos observar en la tabla 9 y en la gráfica N° 1. Esto pone de manifiesto un posible déficit de funcionamiento ejecutivo frontal, como es habitual en el diagnóstico de TDA/H. Las puntuaciones más altas en sendero gris e interferencia pueden deberse a que se trata

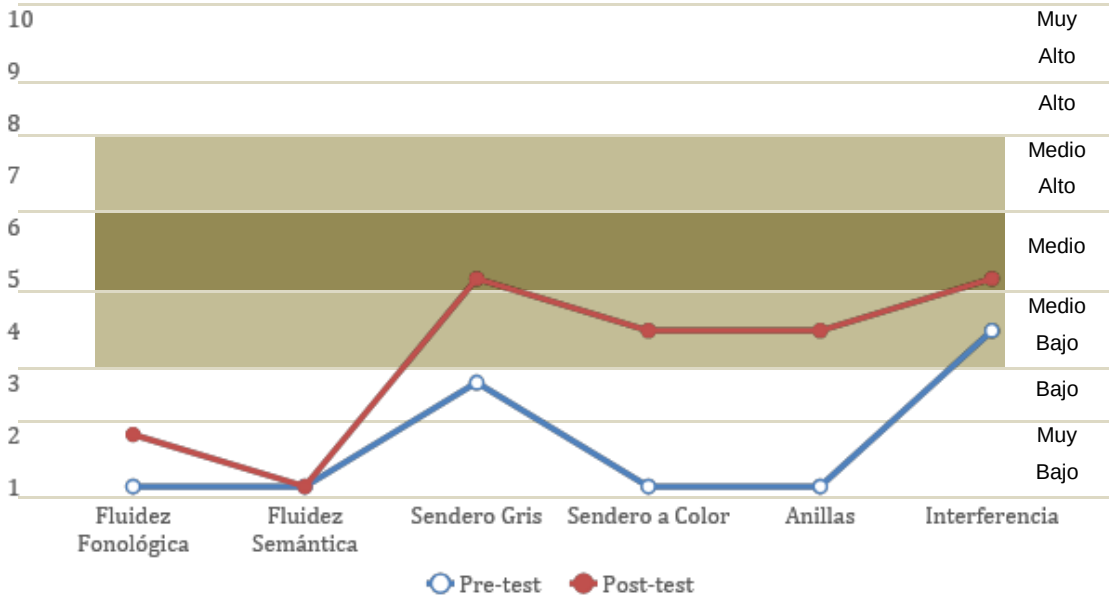
de una tarea que se puede realizar de un modo más mecánico, que no exige tanto la activación del sistema atencional supervisor, pero a pesar de esto, son puntajes por debajo de la media, reforzando el problema existente.

Evaluación Posterior

En la segunda evaluación se aprecia aumento dentro de los resultados obtenidos en todas las pruebas, excepto en Fluidez semántica, indicando que a pesar de estar relacionado con el lenguaje expresivo y/o comprensivo, esta prueba requiera de un esfuerzo cognitivo mayor y sobre todo memoria verbal.

Podemos destacar que dos pruebas aumentaron a una categoría medio bajo, indicando las mismas dificultades, pero con menor intensidad; y dos pruebas que lograron establecerse dentro de la media en comparación con los baremos correspondientes a su edad.

Gráfica 1. Resumen de la Evaluación Neuropsicológica de las Funciones Ejecutivas en Niños (ENFEN) antes y después del tratamiento del sujeto N° 1.



Desarrollo de las Sesiones:

Durante la primera sesión pudimos explorar su ambiente social y personal, podemos destacar que no se ve comprometido el área social, según lo que refiere S.M., participa en un equipo de béisbol y mantiene algunos amigos dentro del plantel educativo; de igual forma, acepta el desagrado que tiene ante los maestros.

Iniciamos tal como exponemos dentro de la “Guía de Sesiones” (Ver Apéndice N° 2), hablando sobre él, sobre su condición; lo cual no le toma importancia, no ve la implicación de la condición. Tomamos unos minutos primero conversando sobre la condición, S. comentaba apáticamente que no presentaba nada, que todo era “normal”, pero cuando le exponíamos casos típicos que le ocurre a niños con TDA/H se reía y acentuaba que le ha pasado. De aquí partimos a exponer una posible situación cotidiana comparando el estilo de programar un comportamiento hacia una meta.

A lo largo de las sesiones tomamos tiempo para hablar sobre su semana y dificultades que le podían estar pasando, hablábamos sobre las autoinstrucciones, su uso y que era lo que más le costaba; paulatinamente fuimos empleando la técnica hasta que el sujeto pudiese internalizarla y emplearla en otras tareas. Adicional a los trabajos que hacíamos en sesión, tuvo oportunidad de escoger un juego y trabajar a través de él las autoinstrucciones.

Pudimos observar que al S. no le agradaban algunas actividades que realizábamos, se mostraba desafiante y apático cada vez que ingresaba a la sesión, pero al pasar el tiempo iba mostrándose más dispuesto a la sesión y trabajaba acorde a las

indicaciones. Incluso hubo una sesión donde expresó que no empleaba las autoinstrucciones en la escuela o casa, pero al comentar las mejoras que estaba teniendo en los trabajos dentro de consulta, S. expresa “si, me paso… al utilizar los pasos en un ejercicio, mis compañeros no se dieron cuenta, pero el ejercicio decía que sólo llenáramos el nombre y entregáramos… yo lo lleno, entrego y noto que mis compañeros estaban dándole al ejercicio”. Por ese comentario, sabemos que estaba empleando las autoinstrucciones a pesar de decir que no, incluyendo otros cambios conductuales que estábamos notando a la hora de desarrollar alguna actividad.

Con los trabajos realizados se trató de tomar el tiempo que S. empleó dando así una estimación de su desempeño, teniendo presente si cometía errores o no y que cada actividad era distinta, así como su nivel de dificultad. Logrando resultados como los establecidos en la siguiente tabla resumen:

Tabla 10. Listado de Ejecución del Sujeto N° 1

Actividad	N° Sesión	Tiempo	N° de errores
Mapa Pirata	1	4’ 50’’	2
Mapa Pirata	2	3’ 09’’	0
Mapa Pirata	2	2’ 06’	0
Recuentro de Tropa	2	-	0
Mapa Pirata	3	3’ 24’’	0
Recuentro de Tropa	3	17’’	0
Recuentro de Tropa	3	24’’	0
Mapa Pirata	3	2’ 51’’	0

Recuentro de Tropa	5	59''	0
Recuentro de Tropa	5	23''	1
Coordenadas	5	-	4
Coordenadas	5	2' 13''	3
Mapa de Pirata	6	3' 07''	0
Recuentro de Tropa	6	27''	1
Mapa Pirata	6	2' 47''	0
Inventario	6	-	3
Recuentro de Tropa	8	34''	1
Inventario	8	-	3
Inventario	9	-	5
Inventario	9	-	0

Nota. Registro de los trabajos realizados en terapia Fuente: Quito, Claudia (20118*). Las Funciones Ejecutivas afectadas en el TDA/H con una Intervención Cognitivo Conductual.* Ciudad de Panamá, Panamá.

Lo que nos muestra esta tabla, nos indica que el tiempo de ejecución del sujeto, variaba según la actividad y a pesar de no cometer muchos errores, los mantuvo. Se conversaba y reflexionaba al respecto en cada sesión al concluir el trabajo, sin embargo, cabe resaltar que cada actividad subía de nivel por lo que a pesar de su dificultad se mantuvo en menos de cinco errores o bien no volvía a cometer el mismo error. En aquellas actividades que se decide no tomar el tiempo, dos de ellas es cómo ejemplo para que el sujeto logre realizarlas y el resto (Inventarios) se decide no tomar el tiempo para incentivar al sujeto a realizar las actividades en el tiempo que él se

estimaba, pero se puede suponer que la duración fue de cuatro a siete minutos cada una de ellas. La última actividad fue la más difícil de comprender, por lo que la primera vez que se realizó demoro más del tiempo que estimamos. Para las últimas sesiones exhortamos que trajera tareas de la escuela, para poder resolverla durante las sesiones, pero sólo llego a traer una tarea; la cual pudimos resolverla en su cuaderno.

Con las sesiones donde citamos a los padres podemos rescatar lo siguiente:

Al inicio de la primera sesión se le pregunta los posibles problemas que aún se mantienen y los padres comentan que sigue sin copiar, sigue bajando las notas inclusive trae fracaso. El padre nos dice que percibe el comportamiento rebelde en S. pero la madre menciona que no lo nota.

Ambos agregan que es muy inquieto y que perciben que tiene mucha ira, baja tolerancia a la frustración, tiende a llorar cuando se abruma o bien como manipulación, los padres no pueden definir adecuadamente la razón.

Aún se mantiene asistiendo al equipo de béisbol, pero no le importa si lo castigan con que no vaya al béisbol, tratan de buscar todos los premios posibles para hacer la tarea; es muy dependiente hacia la madre, nos comentan que si no lo levanta él se queda en cama, si no está detrás de él no hace las tareas o no estudia.

Se le brinda la explicación de lo que se realiza en las terapias, se les enseña cuáles son los pasos para realizar las autoinstrucciones y se les exhorta a que debemos practicar en casa para poder extrapolar el comportamiento hacia otras áreas del sujeto, se pudo resolver todas las dudas que tenían del tema y se les brindó recomendaciones

para el manejo dentro del hogar de acuerdo con los comentarios brindados dentro de la sesión.

Para la segunda sesión con los padres, la madre llega sola, me comenta que el padre no pudo asistir debido a trabajo, pero que ella le reportaría todo lo que se hable en sesión.

Solicitamos comentarios sobre el comportamiento de S. y si ha mostrado algún cambio a lo largo de las semanas, explorando principalmente si siguieron las recomendaciones dadas en la sesión anterior. La madre nos informa que su ira e impulsividad han disminuido, "a veces quiere molestarse o quejarse, pero respira y no me dice nada", agrega la madre; han seguido las recomendaciones dadas en la sesión anterior y me comenta que promueve el comportamiento positivo, pero hay ocasiones donde se desmotiva y hace caso omiso a los posibles premios que pueda recibir.

Al intentar conversar más con él, enfatizando en lo que siente y permitiendo que él mismo cree sus alternativas a la posible solución, la madre cree que ha cambiado y no ha hecho más pataletas.

De igual forma, reforzamos el cumplimiento de ciertas recomendaciones; recalcamos en la importancia de emplear las autoisntrucciones en diferentes contextos y le brindamos ciertas modificaciones a lo que se estaba realizando para optimizar las aplicaciones correctivas que estaban empleando, así como reforzar la positiva.

De manera general, podemos reportar que S. asistió en forma constante a las citas, teniendo ciertas dificultades en dos citas, donde tuvieron que reprogramar debido al tráfico y problemas personales. Los padres en todo momento se mostraron animados

y deseosos de ver cambios en su hijo, estuvieron motivados hasta la última vez que nos vimos, en la sesión de devolución de los resultados.

Durante la sesión de devolución, que se realiza luego de concluir la evaluación posterior al tratamiento, se habla con los padres para escuchar como continúa S. y se les expone los cambios que tuvo tras el tratamiento.

Los padres nos informan, que han tenido que establecer ciertas consecuencias, han tratado de cumplir con la constancia y seguir los parámetros que se les presentó. Continúan viendo a S. con algunos cambios positivos como el seguimiento de instrucciones, completar las actividades, más comprensivo y regulado en sus emociones, pero aún tienen problemas en la motivación que tiene hacia la escuela.

Tal como aparecen en la gráfica N° 1, se les explicó a los padres de S. la mejoría que tuvo en ciertos puntajes dentro de la prueba sobre todo los dos puntajes que logró alcanzar un nivel promedio. Cabe resaltar que, a pesar de haber mejorado en cinco pruebas de seis, la mayoría de las puntuaciones se encuentran en un nivel bajo, demostrando su dificultad por lo que les recomendamos que S. debía seguir en la lista de espera de la Fundación y ser atendido.

2. Caso de Sujeto N° 2

NOMBRE: P.U. SEXO: masculino

EDAD: 9 GRADO: III°

NIVEL SOCIOECONÓMICO: Medio-Alto NACIONALIDAD: Panameña

Motivo de Consulta:

La madre llega preocupada debido a que desde la mitad del primer trimestre el comportamiento de P. ha aumentado considerablemente, ya que no presta atención, se levanta del puesto constantemente, conversa con sus compañeros y les responde a los maestros (se muestra desafiante).

Datos principales:

Cuadro N°2. Datos Familiares.

Relación	Edad	Estudios	Ocupación
Madre	41	Universitario	Administración y Contabilidad
Padre	38	Universitario	Empresario
Padrastro	37	Universitario	Corredor de Aduanas
Hermana por parte del padre	*es mayor que P.	-	-
Hermano por parte de madre y padrastro	1	-	-
Hermano por parte del padrastro	13	Secundaria	-

Nota. *La madre no cuenta con información detallada, solo estimaciones.

P. nace tras una relación de noviazgo de seis años, sus padres se separan luego de siete meses de nacido por diversas discusiones y a pesar de que el padre no tomo muy bien la noticia del bebé, según la madre, al separarse, inicio un proceso para pelear la custodia del niño. Actualmente vive con su madre, padrastro, el hijo de este, su hermano menor y su abuela por parte de madre. P. tiene un hermano mayor por parte de su padre biológico, mas no mantiene ninguna relación con él.

Con 32 años, la madre nos comenta que lo tiene a los ocho meses y su complicación durante la gestación fue que su placenta no crecía, por lo que todas las semanas debida inyectarse para no perder al bebé, no recuerda con detalles el medicamento o que hacía dicho medicamento; sin embargo, agrega que estuvo siempre en control y que él bebé llego a estar en la incubadora dos días. La madre nos dice que su desarrollo motor, fue a partir de los tres meses que logra sostener su cabeza, siete meses que pudo agarrar objetos, sentarse solo en inclusive inicia su proceso de gatear hasta el año y tres meses que logra dar sus primeros pasos; con su desarrollo de lenguaje, a los nueve meses inicia a balbucear y a sus 11 meses logra pronunciar sus primeras palabras, a los dos años ya logra expresar frases y comer solo, aquí la madre agrega que se dio a esta edad porque la abuela materna lo consiente mucho. Lo que si resalta es que la abuela y ella fueron las encargadas de su cuidado hasta los dos años que fue ingresado a una guardería medio tiempo, de aquí recibe terapia para estimular su lenguaje por un año. Con respecto a su vestimenta, logro hacerlo a los tres años igual que abotonarse, aunque a ponerse los zapatos y amárraselos logro hacerlo a los cuatro años, según la madre, con la única dificultad es que se orinaba todos los días en la cama, hasta los siete años, actualmente sólo le ocurre cuando no

quiere ir al baño por la oscuridad que puede haber en el pasillo para ir al baño, ya que le tiene miedo a la oscuridad, inclusive cuando se está oscureciendo el día antes de llover.

Al pasar los años no hubo complicaciones o problemas de salud, fue hasta el 2016 que lleva al niño a evaluación y es diagnosticado con Trastorno por Déficit Atencional por un neurólogo pediatra brindando ciertas recomendaciones para el manejo escolar. En enero 2017 inicia la toma de Conzerta 36 mg. una vez al día y en junio 2018, le cambian el medicamento a Ritalin dos veces al día.

La madre nos conversa que P. siempre ha tenido constantes movimientos de pies y un comportamiento hiperactivo, ahora tiende a gritarle a la abuela por alguna situación que no le agrada y responde cuando algún compañero le está agrediendo, se expresa con frases como “soy bruto, la maestra me dice que soy bruto”; cuando le brinda alguna orden, generalmente hay que repetírsela en diversas ocasiones para que pueda iniciarla o bien si se le manda a realizar algún mandado, se le olvidan cosas.

Como mencionamos con anterioridad a los dos años ingresa a una guardería, aquí llegó a tener varios incidentes donde mordía a los niños, dejo de hacerlo cuando otro niño lo mordió, más adelante es cambiado de plantel académico; en primer grado la maestra reporta que tenía un nivel anormal de actividad que no era propio de su edad, irritable, dificultades para seguir indicaciones, que mejora un poco tras la toma de medicamentos. Actualmente se agrega el problema de agresividad o de comportamientos desafiantes y la disminución de las notas, la madre nos dice que la

maestra le reporta que dentro del aula escolar se ve muy intranquilo y no presta atención.

La escuela no realiza las adecuaciones, según la madre, P. siempre ha presentado notas adecuadas, sin embargo, ella percibe que la escuela este año no están realizando ningún tipo de ayuda dando como resultado un bajo rendimiento en materias como Reading y matemáticas, siendo esta última una de las materias favoritas de él. Agrega que, percibe la mayor problemática en la maestra de este año. P. asiste a tutorías dos veces a la semana a clases de inglés, para tratar de mejorar en esta materia.

La madre ejerce el castigo físico, castigo material, le grita, regaña, le manda al cuarto cuando realiza algún incumplimiento a las reglas o bien cuando le grita a su abuela, y premia con materiales tangibles.

Genograma:

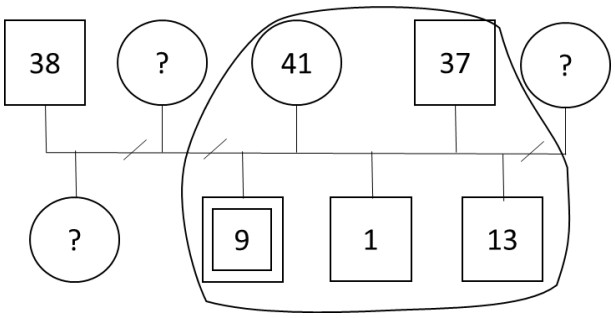


Tabla 11. Registro de percepción del sujeto N° 2

	PRE	POST
Se levanta constantemente de su asiento.	1	1
Le cuesta trabajar solo.	0	0
Le cuesta seguir instrucciones.	1	0
Se distrae constantemente.	1	1
Tiene dificultades para realizar una actividad en un tiempo específico.	0	0
Contesta sin pensar.	0	0
Le cuesta esperar.	1	1
Se cansa o frustra fácilmente.	0	0
Es inquieto (a).	1	1
Olvida materiales necesarios para el trabajo en clase.	0	0
Se le llama la atención con frecuencia.	1	1
Le cuesta controlarse cuando lo molestan.	0	1
Molesta o se burla de otros compañeros. Especifique: _____	0	0
No respeta la autoridad.	0	1
Ante un problema, le cuesta considerar alternativas para solucionarlo.	1	0
Es agresivo.	1	1
Interrumpe a otros cuando están hablando.	0	0
Hace comentarios negativos de sí mismos y de otros.	0	0
Le gusta estar solo, no juega con sus compañeros.	0	0
Le cuesta trabajar en grupo.	0	0

Es tímido o inseguro, miedoso. Especifique: _____	0	0
Pide ayuda frecuentemente.	0	0
No le gusta participar.	0	0
No muestra interés en lo que hace.	0	0
Olvida las cosas, es distraído.	1	0
No termina los trabajos.	1	1
Es muy lento para hacer las cosas.	0	0
Sueña despierto con frecuencia.	0	0
Hay que repetirle las instrucciones.	1	0
Es inmaduro para su edad.	0	0
Le toma mucho tiempo empezar a trabajar.	0	0
Infraestima el tiempo de realizar alguna actividad.	1	1
T =	***12***	***10***

Nota. *Datos obtenidos según la percepción de los Padres. Fuente: Quito, Claudia (20118*). *Las Funciones Ejecutivas afectadas en el TDA/H con una Intervención Cognitivo Conductual.* Ciudad de Panamá, Panamá.

Datos de las evaluaciones:

Se establecen la fecha de la primera evaluación con el sujeto y la evaluadora, quién es la encargada de aplicar, corregir y concluir los datos obtenidos dentro de esta aplicación.

Según nos reporta la evaluadora, al inicio de la aplicación P. estaba callado y un poco tenso. Sin embargo, al mencionarle cuáles serían las actividades a realizar durante la sesión, fue entrando en confianza y mostrándose más seguro. En la primera prueba

se puso nervioso al tener que nombrar palabras que comenzaran por la letra “m”, en su intento por recordar palabras se movía constantemente buscando en los alrededores objetos que iniciaran con la letra en cuestión. En lo que respecta a la prueba “anillas” se le dificultó comprender la indicación, por esta razón fue necesario repetir la consigna en más de dos ocasiones, debido a lo anterior los tiempos de ejecución se vieron afectados. Con el resto de la prueba se mantuvo atento a las indicaciones y con buena disposición de realizar lo que se le pedía.

Para la segunda evaluación, P. se mostró abierto y con mayor confianza que en la primera, por otro lado, se encuentra un poco distraído a las indicaciones, prestando atención a los objetos y juguetes que se encontraban detrás de él, por lo que fue necesario repetir las instrucciones más de una vez. En lo que respecta a la prueba de sendero a color, verbaliza algunos números y colores para lograr una mejor concentración, a pesar de esto casi al terminar la prueba comete algunos errores en la ejecución.

Para los datos de estas evaluaciones, lo presentaremos de dos maneras, una incluye las puntuaciones o decatipos de la prueba, obtenido tras la conversión de los puntajes brutos con base en los baremos según la edad del sujeto; y la segunda nos mostrará mediante una gráfica, los niveles en donde se encuentran estos puntajes, que pueden ir desde Muy Bajo hasta Muy Alto.

Tabla 12. Registro de los decatipos de la Evaluación Neuropsicológica de las Funciones Ejecutivas en Niños.

Prueba	***Previa***	***Posterior***
Fluidez fonológica	3	3
Fluidez semántica	6	5
Sendero gris	8	8
Sendero a color	4	2
Anillas	1	6
Interferencia	5	8

Nota. Fuente: Quito, Claudia (20118*). Las Funciones Ejecutivas afectadas en el TDA/H con una Intervención Cognitivo Conductual.* Ciudad de Panamá, Panamá.

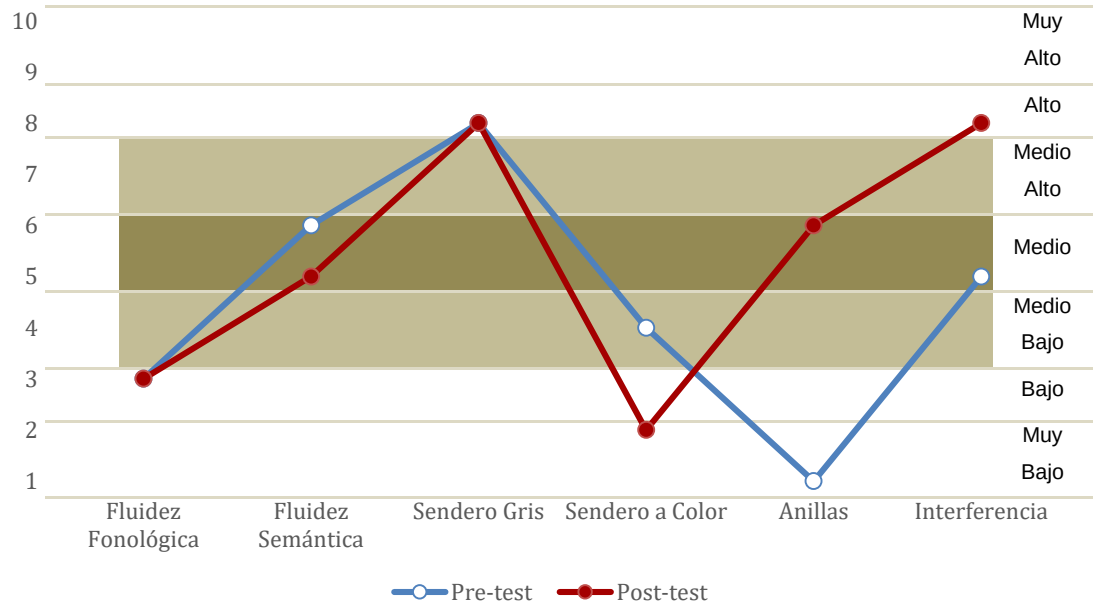
Evaluación Previa

Dentro de los resultados encontramos tres puntajes por debajo de la media en comparación con los baremos correspondientes a su edad. Estas pruebas incluyen aquellas que nos indican posibles dificultades de aprendizaje o problemas atencionales moderados, así como una posible disfunción ejecutiva, problemas de inhibición y deficiente capacidad para la programación de su conducta. Cuando algunos sujetos obtienen puntajes muy bajos se estima que puede existir la presencia de trastornos prefrontales, lo que colabora a que existan estos problemas como el de programar secuencialmente y organizar su conducta a corto plazo, con mayor grado de impulsividad, que haya tendencia a la perseverancia y baja flexibilidad cognitiva. Agregamos que posiblemente pueda tener ligeros problemas de coordinación motora que también puedan estar limitando la fluidez de su respuesta.

Evaluación Posterior

En la evaluación realizada al cabo de 34 días y se aprecia cierta optimización en los puntajes de algunas pruebas; sin embargo, encontramos aún dos pruebas por debajo de la media, en donde podemos llegar a pensar que su nivel de impulsividad o problemas de inhibición en la ejecución de la prueba provocó una ejecución deficiente, más que nada por la prueba de sendero a color, la cual requiere capacidad para la programación de conducta e inhibición. La prueba de fluidez fonológica, también presento puntajes bajos, los cuales nos reflejan dificultades en el lenguaje expresivo resultado que persevera en ambas evaluaciones, lo que podemos asociar con dificultades de aprendizaje o problemas de atención moderados.

Gráfica 2. Resumen de la Evaluación Neuropsicológica de las Funciones Ejecutivas en Niños (ENFEN) antes y después del tratamiento del sujeto N° 2.



Desarrollo de las Sesiones:

Dentro de la primera sesión, logramos establecer el raport con P., dando a conocer lo que se trabajará a lo largo de las sesiones; partimos por la creación de las reglas, consecuencias acordes al incumplimiento de las reglas. Pudimos conocer que P., no se percibe afectado por tener TDA/H, reconoce el diagnóstico, pero no sabe en qué realmente le afecta; cuando estuvimos profundizando en el tema de su entorno escolar, vemos tiene ciertas dificultades para relacionarse con sus compañeros, pero en la medida ha podido establecer relaciones con ciertas unidades.

Cada sesión P. se mostró muy interesado por los juguetes que se encontraban dentro del consultorio, en especial por unos moldes de madera para construir muebles; si comportamiento fue impulsivo dentro de las primeras dos sesiones con estos objetos en específico, ya que entraba se sentaba, veía los moldes y se levantaba para ir a verlos, pero en las siguientes sesiones se pudo desarrollar sin ningún problema, sólo los veía preguntaba si podíamos hacer alguno al finalizar las actividades. Para lograr que se diera el cumplimiento desde la primera sesión y tuviéramos estructura, establecimos tres reglas bases que nos ayudarían a guiar cada sesión, estas fueron: “seguir instrucciones, decir siempre la verdad y terminar las actividades”.

Podemos mencionar su nivel de hiperactividad como observable en cada sesión, por las miradas a los juguetes y a todo lo que había dentro del consultorio, como mencionamos anteriormente, porque se levanta de su puesto, tiene movimiento en las manos y piernas frecuentemente desde que entra hasta que se retira del consultorio.

Adicional a lo anterior, podemos decir que P. siempre se mostró alegre, dispuesto a trabajar, con ánimo para concluir las actividades; pero cuando se llegaba a frustrar porque no entendía la actividad, colocaba su cabeza en el pupitre, suspiraba fuerte, cruzaba los brazos y su mirada la fijaba en otras partes del consultorio, mencionando "*pero no entiendo, es que no sé*". A pesar de esas ocasiones, lograba volver a tranquilizarse luego de nuestra intervención para focalizarnos y canalizar la frustración, podíamos continuar y finalizar las actividades.

Para explicar las autoinstrucciones iniciamos con alguna actividad que el realizará frecuentemente para compararla entre la forma que él podría resolverlo y alguna otra persona que no tuviera su condición. Se escogió el tema de los legos y desde el desarrollo de este ejemplo, pudo comprender como se manejaban las autoinstrucciones, su importancia y ejecución. A partir de esta actividad P. logró manejarse con los pasos a seguir, discutiendo las dudas que tuviese durante las actividades que se realizaban en las sesiones.

Con los trabajos realizados se trató de tomar el tiempo que P. empleó para terminarlos y así poder estimar su desempeño, teniendo presente que cada actividad tiene un nivel de dificultad distinto. A pesar de ser más difícil cada vez las actividades notamos que el tiempo de ejecución disminuía, sin cometer errores. Logrando resultados como los establecidos en la siguiente tabla resumen:

Tabla 13. Lista de ejecución del Sujeto N° 2

Actividad	N° Sesión	Tiempo	N° de errores
Mapa Pirata	1	-	3
Mapa Pirata	2	4’ 19’’	2
Mapa Pirata	2	2’ 14’’	0
Recuentro de Tropa	2	42’’	0
Mapa Pirata	3	2’ 04’’	0
Recuentro de Tropa	3	47’’	1
Recuentro de Tropa	3	32’’	1
Mapa Pirata	3	3’ 38’’	0
Recuentro de Tropa	5	35’’	0
Recuentro de Tropa	5	17’’	0
Coordenadas	5	6’ 31’’	0
Coordenadas	5	1’ 37’’	1
Coordenadas	6	2’ 05’’	3
Recuentro de Tropa	6	45’’	2
Mapa Pirata	6	2’ 59’’	0
Inventario	6	-	1
Inventario	8	-	2
Inventario	8	5’ 43’’	0
Inventario	9	-	0
Coordenadas	9	-	1

Nota. Registro de los trabajos realizados en terapia Fuente: Quito, Claudia (20118*). Las Funciones Ejecutivas afectadas en el TDA/H con una Intervención Cognitivo Conductual.* Ciudad de Panamá, Panamá.

Esta tabla, nos muestra como P. fue desarrollando uno a uno las actividades, observando que mejoraba en tiempo o bien en la disminución de los errores a pesar de la dificultad creciente en cada una de las actividades.

Luego de culminar las actividades, conversábamos sobre los errores que había cometido y cómo podía mejorarlos en las siguientes actividades; inclusive se pudo desarrollar con tareas de inglés y actividades de la escuela, según lo planificado en nuestra “guía de sesiones”.

En dos sesiones (sesión cuatro y siete) de nuestro tratamiento se citó a los acudientes del sujeto P. y pudimos rescatar lo siguiente:

La madre nos comenta que P. tiene dificultades con mantenerse motivado y sobre todo, está preocupada, por la medicación ya que no ha podido conseguir el mismo; adicional dice que P. contesta mucho, tiene un temperamento irritable más aún cuando se le quita el celular; a pesar de que se mantiene dando "muchas vueltas" para dormir, dice la madre, los maestros dicen que han cambiado de actitud, han dejado de mandar notas. Cabe destacar que mantiene aún problemas con la abuela, quién lo cuida después de la escuela, ya que esta le hace todo y no colabora con la independencia del sujeto, provocando que P. tienda a responderla o no hacerle caso cuando le brinda alguna indicación.

Luego de explicar las autoinstrucciones, la necesidad de practicar en casa para extrapolar el comportamiento a otras áreas de P; se le expresa la importancia de mantenerse congruente con los premios y castigos, se le brinda orientación a cómo

poder brindar ordenes eficaces y se le recomendó ciertas adecuaciones para que aplique en casa, debido al comportamiento que expresó dentro de la sesión.

En la segunda sesión, contamos con la presencia de la madre y la abuela materna de nuestro sujeto, quienes se muestran contentas de haber llegado. Se conversa sobre los posibles cambios que haya tenido P., sobre todo si logró aplicar las recomendaciones brindadas en la sesión anterior y consultar como van con las prácticas de las autoinstrucciones en casa.

Ambas nos informan, que se le tuvo que retirar el celular, para que cumpla el horario, han mejorado la forma de dar las instrucciones. La abuela agrega que la conducta de P. ha cambiado y ahora sigue mejor las instrucciones; la madre, que aún debe guiarlo para muchas cosas, pero está cumpliendo, lleva dos semanas donde su comportamiento "ha mejorado muchísimo", ya trabaja mejor en grupo, percibe que ya se le puede hablar y hace más caso.

Refiere la madre, que tiende a imitar a los demás y esto le asusta, ya que, si un compañero del salón hace algo, él puede llegar a imitarlo; lo ha visto más en el comportamiento con sus primos, que cuando un primo hace algo, P, de una vez imita lo que hizo el primo.

Se les brinda a la madre y abuela, recomendaciones para sigan impartiendo en casa constancia, estructura y horario, disipando las dudas y preocupaciones que nos presentaron.

Cabe destacar que P. cumplió con todas sus sesiones puntualmente, a pesar que la madre nos había informado que tendría dificultades para traer ya que debía conseguir quien lo trajera al centro; siendo sólo una ocasión en el que P. es traído por el tío.

Para concluir, se le informa a la madre en la sesión de devolución (dada después que P. fue evaluado por segunda ocasión), sobre los cambios existente que hubo en los puntajes de las pruebas, incluyendo aquellos que aumentaron y a los que disminuyeron, mencionándole nuestras impresiones del porqué paso esto.

La madre nos informa, en esta sesión, que P. continua con la mayoría de los cambios obtenidos tras la intervención, pero en una que otra ocasión, aún tiene disputas con la abuela o bien con algún compañero de salón.

3. Caso del Sujeto N° 3

NOMBRE: G.D. SEXO: masculino

EDAD: 10 GRADO: IV°

NIVEL SOCIOECONÓMICO: Medio – bajo NACIONALIDAD: Panameña

Motivo Consulta:

La madre llega a consulta debido a que se encuentra preocupada por el problema académico que está presentando, ya que no logra copiar y conversa mucho en clase. Adicional es muy impulsivo, se frustra y se mete en conversaciones ajenas.

Datos Principales:

Cuadro N°3. Datos Familiares.

Relación	**Edad**	**Estudios**	**Ocupación**
Madre	31	Bachiller	Contable
Padre	34	Bachiller	Desempleado
Hermana	12	Secundaria	-

Nuestro sujeto nace por parto natural luego de ocho meses de gestación, cuando la madre tenía 21 años, pesando 7 lb. no hubo complicaciones, ni problemas durante este periodo según la madre, a los tres meses de nacido le dio broncos espasmos y estuvo hospitalizado por un mes ya que se reportó una falta de desarrollo en los pulmones. Actualmente aún presenta asma, aunque ha presentado mejoría, nos dicen

los padres. G. vive con sus padres y hermana, hace dos años cambiaron de residencia propia, ya que antes vivían con la abuela materna.

Los padres no dicen que G. aún se chupa el dedo, se come las uñas y presenta comportamientos como patear o tirar la puerta cuando está molesto, puede contestar, hacer muecas, responder o hacer ruidos en desacuerdo cuando lo regañan, dice frases como “no puedo”, “yo no lo sé hacer”.

A los dos meses inicio a balbucear, al año inicia con sus primeras frases, aunque aún habla sin conjugar adecuadamente y habla sin pensar; a los cuatro meses agarró objetos, pudo sentarse solo, inició el gateo aproximadamente a los seis meses y a los 10 u 11 meses pudo dar sus primeros pasos, Sus primeros tres años de vida es cuidado por su abuela materna y su madre, esta última pudo esta sólo los meses de licencia y luego tuvo que regresar al trabajo, quedando solo la abuela. La madre nos reporta que al año y medio logra comer solo, a los dos años pudo vestirse solo y a los cuatro años supo abotonarse, pero para ponerse los zapatos y amarrárselos fue hasta los ocho años. Es hasta el 2016 que es diagnosticado con Trastorno por déficit atencional, tipo hiperactivo/impulsivo, adicional de reportar un desempeño límite en las evaluaciones de inteligencia.

Cada vez que se le brinda una orden tiene a responder y discutir, son muy pocas donde lo hace inmediatamente, comentan los padres, cuando le colocan algún mandado puede llegar hacerlo sólo si le dan algo a cambio.

Cuando ingresa a la guardería, G. lloraba mucho y le costó poder relacionarse, ya que no se quedaba quieto, las maestras mencionan que era muy activo, demandaba

atención, tenía y tiene un temperamento difícil, nos dice la madre, tiene problemas de agresividad y/o comportamientos desafiantes, así como dificultad para adaptarse a rutinas diarias, agrega. A los cuatro años ingresa al maternal, se adapta, pero es cambiado de escuela, debido a que su hermana ya se iba de la escuela, por lo que desde Kínder hasta la fecha se encuentra en este nuevo plantel; cabe resaltar que tuvo que repetir kínder debido a que no cumplía con los requisitos u objetivos del grado, aún no reconocía las vocales, no se había iniciado la escritura y no se sabía los números.

Dentro de la escuela, se ve rechazado por la intensidad que tiene G, según nos comentan los padres; con los maestros no tiene buena relación, ya que lo catalogan como el que siempre hace las cosas malas de la escuela. Se menciona que su problemática se centra en que no escribe, no termina las tareas, las actividades, se olvida lo que estudia el día anterior y no entiende/ no sigue las indicaciones. Presenta bajo rendimiento en varias materias (matemáticas, inglés, science, ciencias sociales y español), la madre nos dice que este año se le entregó a la maestra las recomendaciones que le dieron en una reevaluación, mas la única adecuación que emplea es realizar una media en los exámenes.

Actualmente G. recibe atención con un pedagogo, que le brinda apoyo a sus dificultades de escritura. Se les realiza una reevaluación a inicios del 2018, persistiendo algunos de los resultados que se hizo en el 2016, destacando las dificultades en el área cognitiva, sin embargo, ambas evaluaciones muestran ambas muestran una clasificación distinta en cada índice, resultando promedio en una prueba

y límite en la otra, y viceversa. Por lo que cabe la posibilidad que sea efecto de la motivación y atención que haya tenido el niño en la confección de ambas pruebas.

Los padres tienen a regañarlo, pegarle, gritarle y quitarle privilegios, cada vez que incumple con alguna norma o realiza algo que a consideración de los padres no debió hacer, teniendo en cuenta que expresan no tener reglas en casa.

Al joven no le agrada estudiar, que la hermana lo moleste, que le pidan hacer algo que no quiere, no le agradan materias como español, matemáticas e inglés.

Genograma:

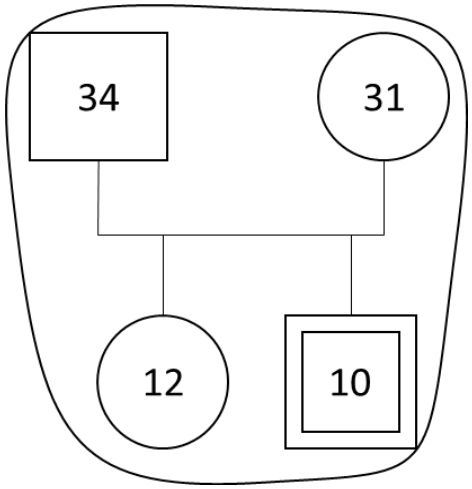


Tabla 14. Registro de percepción del sujeto N° 3

	PRE	POST
Se levanta constantemente de su asiento.	1	1
Le cuesta trabajar solo.	1	1
Le cuesta seguir instrucciones.	1	1
Se distrae constantemente.	1	1
Tiene dificultades para realizar una actividad en un tiempo específico.	1	1
Contesta sin pensar.	1	1
Le cuesta esperar.	1	1
Se cansa o frustra fácilmente.	1	1
Es inquieto (a).	1	1
Olvida materiales necesarios para el trabajo en clase.	1	1
Se le llama la atención con frecuencia.	1	1
Le cuesta controlarse cuando lo molestan.	1	1
Molesta o se burla de otros compañeros. Especifique:_____	1	0
No respeta la autoridad.	1	1
Ante un problema, le cuesta considerar alternativas para solucionarlo.	1	1
Es agresivo.	1	0
Interrumpe a otros cuando están hablando.	1	1
Hace comentarios negativos de sí mismos y de otros.	1	0
Le gusta estar solo, no juega con sus compañeros.	1	0
Le cuesta trabajar en grupo.	1	0

Es tímido o inseguro, miedoso. Especifique: _____	1	0
Pide ayuda frecuentemente.	1	1
No le gusta participar.	0	1
No muestra interés en lo que hace.	1	1
Olvida las cosas, es distraído.	1	1
No termina los trabajos.	1	1
Es muy lento para hacer las cosas.	1	1
Sueña despierto con frecuencia.	1	1
Hay que repetirle las instrucciones.	1	1
Es inmaduro para su edad.	1	1
Le toma mucho tiempo empezar a trabajar.	1	1
Infraestima el tiempo de realizar alguna actividad.	1	1
***T* =**	**31**	**26**

Nota. *Datos obtenidos según la percepción de los Padres. Fuente: Quito, Claudia (20118*). Las Funciones Ejecutivas afectadas en el TDA/H con una Intervención Cognitivo Conductual.* Ciudad de Panamá, Panamá.

Datos de las evaluaciones:

Se establecen la fecha de la primera evaluación con el sujeto y la evaluadora, quién es la encargada de aplicar, corregir y concluir los datos obtenidos dentro de esta aplicación.

Según nos reporta la evaluadora, desde el momento en que entra al consultorio pregunta sobre los objetos que se encuentran dentro. Una vez que toma asiento se conversa con él sobre aspectos generales como su nombre completo, edad, grado escolar; al preguntar cómo le va en la escuela, él inmediatamente responde apenado que tiene algunas materias con fracaso. Cuando se explican las instrucciones de la evaluación, se muestra atento y muy interesado en colaborar. Unos minutos después

de haber iniciado la prueba, aprovechaba cada pausa para conversar de temas que no tenían relación con las actividades.

Nos dice que, G. a lo largo de la segunda evaluación se muestra animado y atiende las indicaciones que se le proporcionan. Al ser una prueba conocida para él, se encuentra muy seguro y confiado. En ciertos momentos se movía de su silla sobre todo después de finalizar cada prueba, mas lograba controlarse cuando se le llamaba la atención.

Se presentarán los datos de las evaluaciones de dos maneras, una incluye las puntuaciones o decatipos de la prueba, obtenido tras la conversión de los puntajes brutos con base en los baremos según la edad del sujeto; y la segunda nos mostrará mediante una gráfica que los niveles en donde se encuentran estos puntajes, que pueden ir desde Muy Bajo hasta Muy Alto.

Tabla 15. Registro de los decatipos de la Evaluación Neuropsicológica de las Funciones Ejecutivas en Niños.

Prueba	***Previa***	***Posterior***
Fluidez fonológica	1	1
Fluidez semántica	1	4
Sendero gris	2	2
Sendero a color	2	2
Anillas	1	3
Interferencia	2	3

Nota. Fuente: Quito, Claudia (20118*). Las Funciones Ejecutivas afectadas en el TDA/H con una Intervención Cognitivo Conductual.* Ciudad de Panamá, Panamá.

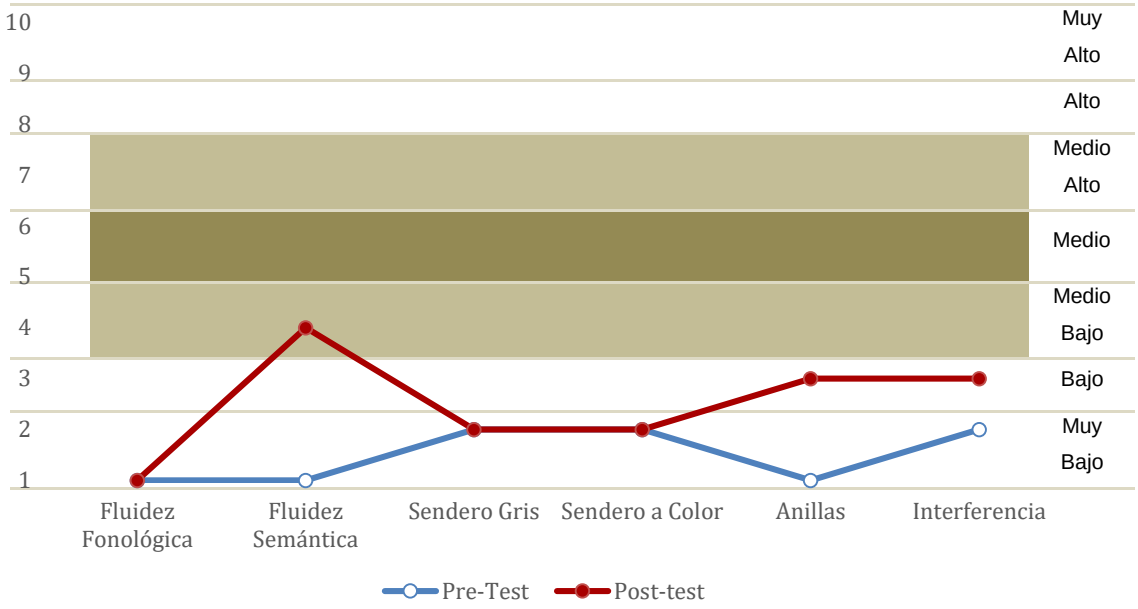
Evaluación Previa

En la evaluación inicial, encontramos que hay tres pruebas que se encuentran por debajo de la media, mostrando dificultades para el lenguaje expresivo y/o comprensivo; viéndose afectado la programación para secuenciar conductas, baja flexibilidad cognitiva, para organizar el comportamiento a corto plazo, manifestando con frecuencia un mayor grado de impulsividad. Cabe destacar que le puntaje alto en sendero gris puede deberse a que se trata de una tarea que se le puede realizar un modo más mecánico, que no exige tanto la activación del sistema. Los puntajes bajos en esta prueba, nos pueden indicar que tenga problemas de inhibición y con deficiente capacidad para la programación de su conducta.

Evaluación Posterior

En la evaluación final, encontramos que sólo tenemos dos pruebas por debajo del promedio, manteniéndose en el mismo puntaje la fluidez fonológica, indicando que existe un problema para el lenguaje expresivo y/o comprensivo: a pesar de haber aumentado los puntajes de ciertas pruebas, también tuvo una disminución en otras pruebas, siendo oportuno resaltar que pudo haberse visto afectado por el estado de ánimo que presentaba durante la prueba o bien indicando las dificultades de inhibición y con deficiente capacidad para la programación de la conducta dependiendo del estímulo; ya que resaltamos el aumento significativo de la prueba anillas e interferencias, que justo están relacionadas con actividades para medir la atención, la planificación, la memoria, flexibilidad, coordinación, entre otras relacionadas al TDA/H.

Gráfica 3. Resumen de la Evaluación Neuropsicológica de las Funciones Ejecutivas en Niños (ENFEN) antes y después del tratamiento del sujeto N° 3.



Desarrollo de las sesiones

Desde la primera sesión pudimos establecer el rapport con nuestro sujeto, el cual se mostraba serio cuando entro al consultorio, observando lo que había dentro de el mismo, respondiendo a todas las preguntas mirando fijamente a la terapeuta. Las respuestas de G. eran cortas y precisas, si realizábamos preguntas abiertas se centraba sólo en un aspecto y si realizábamos preguntas cerradas, sólo respondía sí o no. Luego de pasar unos minutos y explorar si sabía por qué lo habían traído o a qué venia, pudimos entablar una conversación con muchos mas detalles, principalmente luego de explicar a qué veníamos, lo que yo podía hacer por él y las responsabilidades que iba a tener de ahora en adelante. Al finalizar esta sesión G. fue capaz de establecer una conversación continua, incluso sonreía y mencionaba lo que le había pasado en la escuela, contaba experiencias que le habían pasado y preguntaba qué

haríamos en la siguiente sesión. Para poder colocar en esa sesión y que pudiese concluir de la manera mas óptima, se estableció reglas que nos marcarían el límite de las mismas, siendo escogidas: “escuchar atentamente, decir la verdad y seguir las instrucciones”.

Respecto a su comportamiento, se mostró tranquilo, sentado, con las manos agarradas en medio de sus piernas, en ocasiones las movía para ejemplificar alguna anécdota que contaba, mas se mostró tranquilo durante toda la sesión. Cuando íbamos culminando la sesión, tendía a moverse un poco más, cambiando de posición (adelante y atrás del puesto) dos veces y realizar muecas o mover la cabeza cuando se expresaba.

A partir de la segunda sesión, este comportamiento vario ya que desde el inicio se mostró más inquieto, tendía a moverse en las sillas y mover las manos; en sólo una ocasión se levantó del puesto sin pedir autorización primero, pero fue una situación aislada, ya que no volvió a presentarse. Hubo tendencia a frustrarse debido a la poca comprensión hacia determinadas actividades que se le presentaban en las sesiones o bien porque se aburría de realizar las actividades y no quería continuar haciéndolas.

A pesar que G, comprendió desde la primera sesión los pasos para cumplir las autoinstrucciones, mostraba perseveración en saltarse pasos, actuar de manera impulsiva y responder antes de terminar la pregunta, tratando de terminar lo más rápido posible. Esta conducta impulsiva fue mermando a partir de la sesión 3, sin embargo, hasta la última sesión, se mostró apático a algunas actividades e impulsivo en algunas por terminar rápido.

La frustración de G. fue lo que mas llamo la atención, debido a que era constante y, por la dificultad creciente en cada actividad, se notaba el esfuerzo que realizaba por concluirla, siendo la última actividad la que más le costó entender y ejecutar. Cada vez que G. se frustraba realizaba muecas de molestia en la cara, cruzaba los brazos, cambiaba de posición en la silla para no ver a la terapeuta y la hoja de actividad, suspiraba fuertemente y varias veces en un mismo tiempo, constantemente decía frases como: “es no entiendo”, “no sé, no sé”, “otra más?”, “no lo voy hacer”, “ya!, no sé”. De hecho, podemos agregar que hubo una sesión donde inicio molesto con la terapeuta, debido a que la sesión anterior no había podido concluir las actividades y no se puedo realizar las actividades extras que son juegos donde se aplican los pasos mientras se juega.

A pesar de ir mejorando la ejecución de algunas actividades, se hacía visible lo difícil que era poder realizarlo o bien cumplir con los pasos. A partir de la sexta sesión, G. pudo realizar los pasos en las sesiones, pero nos exponía que lo practicaba muy poco en casa o escuela ya que no le servía. Al conversar al respecto, nos indica que los profesores no le daban tiempo, principalmente en los ejercicios.

Durante las sesiones G. reportó que en la escuela le había dado una amonestación por su comportamiento, la madre nos informó al terminar una de las sesiones con el sujeto, que estaban considerando cambiarlo de escuela por petición de la escuela, la madre agrega que no se lo expresaron de una forma directa, mas se lo dieron a entender e inclusive le mencionaron que la hermana de G. sí podía quedarse en la institución.

Esta fue otra constante durante las sesiones, la escuela no mostraba apoyo a las adecuaciones, no realizaba acciones para mejorar la relación de G. con los maestros o compañeros.

Durante las sesiones podemos encontrar el desarrollo de las actividades expuestas mediante una tabla y poder así, observar cómo lo ejecuto en cuanto al tiempo y la cantidad de errores. A pesar que G. se mostraba inquieto, presento ciertos cambios conductuales y para procesar lo que debía hacer.

Se empezó a visualizar como procedía de una forma adecuada a partir de la tercera sesión, sin tener en cuenta los posibles errores o saltos por impulsividad. Principalmente, se notó en el hecho que a pesar se frustraba o no le eran ameno las actividades, trataba de terminarlas.

Tabla 16. Listado de ejecución del sujeto N° 3

Actividad	N° Sesión	Tiempo	N° de errores
Mapa Pirata	1	-	0
Mapa Pirata	2	4’ 11’’	0
Mapa Pirata	2	-	0
Recuentro de Tropa	2	1’ 09’’	0
Mapa Pirata	3	-	1
Recuentro de Tropa	3	-	1
Recuentro de Tropa	3	1’ 24’’	0
Mapa Pirata	3	-	0
Recuentro de Tropa	5	1’ 10’’	0

Recuentro de Tropa	5	47''	0
Coordenadas	5	2' 59''	2
Coordenadas	5	2' 11''	0
Coordenadas	6	4' 38''	2
Mapa Pirata	6	3' 11''	0
Inventario	6	-	1
Inventario	8	-	0
Mapa Pirata	8	5'	1
Inventario	9	-	0
Coordenadas	9	-	0

Nota. Registro de los trabajos realizados en terapia Fuente: Quito, Claudia (20118*). Las Funciones Ejecutivas afectadas en el TDA/H con una Intervención Cognitivo Conductual.* Ciudad de Panamá, Panamá.

En esta tabla podemos observar como G. tenía tiempos variables unas con otros sin importar el tipo de actividad o nivel de dificultad. Notamos cómo deja de cometer errores, tratando de cumplir con las mismas. Hubo ocasiones donde no pudimos concluir todas las actividades debido a la llegada del sujeto al centro, fue impuntual en varias sesiones afectando así el desarrollo de las mismas, incluyendo el tiempo lento en que G. realizaba las actividades.

Para las sesiones con los padres, pudimos conversar con ellos, los cambios conductuales que estuviese presentando G., sobre temas académicos por el cambio de plantel y otros aspectos dentro de la casa.

Durante la primera sesión, los padres llegan a consulta mencionando que aún les preocupa la actitud a estudiar que presenta G., sus dificultades para acatar las órdenes, el uniforme siempre llega sucio, lo perciben aún muy impulsivo, sigue respondiendo a las autoridades y confronta en ocasiones. Mantiene el comportamiento bravo y alterado cuando lo provocan. Aunque les preocupa que está teniendo comportamientos extraños a la hermana y madre, donde le toca o pega en partes indebidas.

Actualmente ya no pelea tanto a la hora de levantarse, observan cambios de ciertos comportamientos dentro del hogar como a la hora de fregar.

Los padres nos agregan, que en la escuela han tenido muchas dificultades y por esto, están viendo nuevas escuelas, enlistan ciertas de ellas, pero se les expone la discusión como responsables de G. para tomar dicha decisión, sólo se les agrega que deben tener en cuenta ciertos aspectos dentro de lo que se ha podido observar en G. y siguiendo las recomendaciones que pueden tener del pedagogo que lo acompaña, así como de su tutora.

Se les conversa sobre el programa en ejecución, se les explica de qué trata las autoinstrucciones y la importancia de aplicar las autoinstrucciones en casa, para que el sujeto pueda aplicarlo fuera del contexto del consultorio. Adicional se les extendió la orientación a reconocer sus emociones, así como brindar acomodaciones en casa, a la hora de brindar las ordenes, las instrucciones, lo importante que es la comunicación familiar, los horarios y estructura que debe haber en la casa.

Para la segunda sesión, los padres mencionan que aún le cuesta estudiar, pero está mejorando poco a poco, ya acata las ordenes mejor y no pele tanto en las mañanas para levantarse. Con respecto a reaccionar frente a los compañeros y ponerse molesto, aún mantiene el comportamiento, pero cuando la madre le pregunta que pasa, el niño le dice frases como " no soy sapo".

Los comportamientos inadecuados con respecto a pegar o tocar partes inadecuadas de la madre y hermana, han dejado de observarlas. De igual forma persiste su desorganización, la actitud negativa hacia las matemáticas, español y ciencias naturales; a pesar de que se demora menos haciendo sus deberes, persiste es desconcentrarse.

Al finalizar las sesiones con G., llegamos a realizar algunos ejercicios con los pasos de autoinstrucciones, ya que fue lo único que tenía en la maleta. G. fue inconstante en las sesiones, en cuanto a su hora de llegada o cumplimiento de lo que se les solicitaba a los padres. No se llegó a cumplir con las prácticas en casa, a excepción de una práctica con la tutora, ya que le informan a ella, sobre la aplicación de estos pasos como practica fuera de terapia. Esta nos manda una observación de esta aplicación y nos comenta que, G. se muestra aprensivo al uso de los pasos y que se frustra en su aplicación; al explorar con G. descubrimos ciertos pensamientos erróneos del uso de los pasos, los cuales tratamos de resolverlos y de ahí el cambio que expresamos anteriormente a partir de la sexta sesión.

En la sesión de devolución, que se brinda después de la aplicación de la prueba, se expone a los padres preguntas de seguimiento y nos informan que aún tiene ciertos

comportamientos inadecuadas, que aún siguen preocupados por ciertos actos que realiza en la escuela; por ejemplo, le respondió a un maestro porque este le regaño y prohibieron jugar futbol en el recreo. Cuando le presentamos los resultados a los padres, se les explica la evolución de G. tras el tratamiento destacando que sólo obtuvimos cambio en tres pruebas, manteniéndonos en el mismo nivel otras tres, se les explicó que a pesar de haber cambiado en algunos puntajes, todos se encontraban por debajo de la media, necesitando seguimiento en la intervención y continuación en la lista de espera; señalizando que la prueba de Fluidez a pesar de tener funciones que pueden estar afectadas en el TDA/H, la mejoría de la misma podía verse como posible reflejo también de las atenciones con la tutora, ya que se inicia con G. casi a la par de nuestra intervención.

Resaltamos el hecho que, en nuestra investigación, descartamos cualquier tipo de intervención psicológica, mas no otro tipo de ayuda, por eso permitimos que G. entrará a nuestra muestra.

4. Caso del Sujeto N° 4

NOMBRE: L.P. SEXO: Masculino

EDAD: 12 GRADO: VII°

NIVEL SOCIOECONÓMICO: Alta NACIONALIDAD: Panameña

Motivo de Consulta:

Los padres refieren que L. es hiperactivo, tiene poco manejo emocional, lo perciben inmaduro para su edad, agregan que está en negación del trastorno ya que dice que no tiene nada y que actualmente mantiene problemas en sus relaciones interpersonales. Por todo lo anterior los padres, mencionan que desean una intervención cognitivo-conductual para ayudar su desenvolvimiento personal y recibir orientación para poder manejarlo.

Datos Principales:

Cuadro N°4. Datos Familiares.

Relación	Edad	Estudios	Ocupación
Madre	49	MBA	Gerente
Padre	48	MBA	Gerente
Hermano	12	Secundaria	-

Luego de dos abortos espontáneos, con 36 años, la madre gesta a los mellizos gracias a un embarazo in vitro; debido a una preclamsia estos nacen a los ocho meses por cesárea, siendo L. el segundo en nacer con 6.6 lb. La madre nos cuenta que nuestro

sujeto tuvo hernia fetal, reflujos, frenillo y presenta intolerancia a la comida con colorantes.

L. vive con sus padres y hermano, comparte con su nana que los acompaña en las tardes. Con respecto a su desarrollo podemos iniciar desde los dos meses de nacido pudo sostener la cabeza, a partir de los cuatro o cinco meses logró agarrar objetos, mencionan que a los meses logró gatear pero enuncia que a los siete meses pudo sentarse solo (las estimaciones no son certeras ya que la madre no recuerda mucho y los padres de acuerdo a lo que recuerdan van mencionando la fecha que posiblemente apareció el comportamiento) a esta misma edad inició su balbuceo y a los diez meses logró expresar sus primeras palabras; agregan que antes de cumplir el año dio sus primeros pasos y a los meses logró emplear frases completas pero que hasta los cinco años se expresó con dificultad ya que se confundía al mencionar algunas palabras. A partir de los cuatro años logró vestirse, al año supo abotonarse y al siguiente año pudo amarrarse los cordones.

A los cinco años inicia su etapa escolar, en el maternal y sufre de bullying hasta tercer grado manteniéndose en el mismo plantel educativo hasta la fecha. La madre comenta que sus compañeros son intolerantes debido a su nivel de hiperactividad, ya que se muestra impaciente, se levanta del puesto, habla y pregunta mucho. Los mismos docentes, tienden a quejarse debido al comportamiento que presenta L., ya que tiende a responder frente a ellos, cuando él percibe que es injusto, dice la madre.

No recuerdan mucho que los maestros, se quejaron de algún comportamiento específico de L. pero fue evaluado en una clínica psicológica en el 2014, quienes

mencionan que existe la posibilidad de tener Trastorno por Déficit de Atención; diagnóstico que luego es confirmado por un paidopsiquiatra, quien decide no mandar medicación. Dentro de estas evaluaciones se menciona que L. reporta que “le cuesta seguir las instrucciones, se muestra intranquilo, pregunta mucho y no se detiene hasta que le respondan”; de igual forma, dentro de la evaluación presentó distracciones constantes, requería que le repitieran las instrucciones en ocasiones, con inquietud motora constante en todas las sesiones, según reporta el informe de evaluación.

Los padres comentan que a la hora de darle indicaciones en casa hay que repetirlas varias veces hasta que lo haga y tiende a preguntar porque a él. Agregan que, el comportamiento de L. no varía en la casa ya que es muy inquieto, tiende a tocar la pared o a jugar con las cerraduras de la puerta, siempre tiene que estar moviendo algo, generalmente mueve sus pies o manos; adicional, ellos han notado que L. no le gusta dormir solo, a pesar de tener cuartos separados, en las noches se pasa al cuarto de su hermano para dormir. Notan que la relación con el hermano es muy competitiva, pelean y discuten, pero siempre andan juntos.

Actualmente, L. tiene bajo rendimiento en inglés y matemáticas, pero perciben que su dificultad se encuentra dentro del plano conductual no académico. Debido a intervenciones anteriores los padres, han empleado diferentes técnicas para el manejo con L. hoy en día emplean horarios para dormir, reglas a la hora de comida, le refuerzan el comportamiento positivo, brindan elogios constantes, le dan oportunidad de escoger la actividad o el lugar que desea asistir; emplean el castigo material, le quitan privilegios o le mandan al cuarto y utilizan regaños.

Genograma:

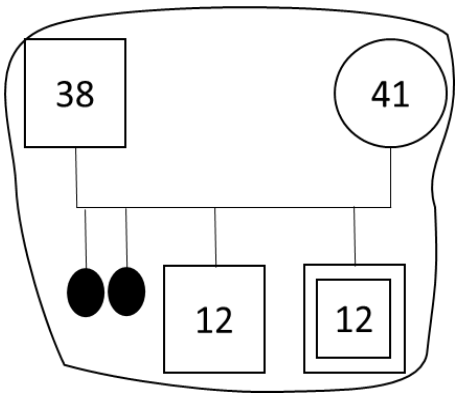


Tabla 17. Registro de percepción del sujeto N° 4.

	PRE	POST
Se levanta constantemente de su asiento.	1	0
Le cuesta trabajar solo.	1	0
Le cuesta seguir instrucciones.	1	1
Se distrae constantemente.	1	1
Tiene dificultades para realizar una actividad en un tiempo específico.	1	1
Contesta sin pensar.	1	1
Le cuesta esperar.	1	1
Se cansa o frustra fácilmente.	0	0
Es inquieto (a).	1	0
Olvida materiales necesarios para el trabajo en clase.	1	1
Se le llama la atención con frecuencia.	1	1
Le cuesta controlarse cuando lo molestan.	0	0

Molesta o se burla de otros compañeros. Especifique: _____	1	1
No respeta la autoridad.	1	0
Ante un problema, le cuesta considerar alternativas para solucionarlo.	1	1
Es agresivo.	0	0
Interrumpe a otros cuando están hablando.	1	1
Hace comentarios negativos de sí mismos y de otros.	1	0
Le gusta estar solo, no juega con sus compañeros.	0	0
Le cuesta trabajar en grupo.	1	0
Es tímido o inseguro, miedoso. Especifique: _____	0	0
Pide ayuda frecuentemente.	1	0
No le gusta participar.	0	0
No muestra interés en lo que hace.	0	0
Olvida las cosas, es distraído.	1	1
No termina los trabajos.	0	0
Es muy lento para hacer las cosas.	1	0
Sueña despierto con frecuencia.	0	0
Hay que repetirle las instrucciones.	1	1
Es inmaduro para su edad.	1	1
Le toma mucho tiempo empezar a trabajar.	1	0
Infraestima el tiempo de realizar alguna actividad.	1	0
***T* =**	**23**	**13**

Nota. *Datos obtenidos según la percepción de los Padres. Fuente: Quito, Claudia (20118*). *Las Funciones Ejecutivas afectadas en el TDA/H con una Intervención Cognitivo Conductual.* Ciudad de Panamá, Panamá.

Datos de las evaluaciones:

Se establecen la fecha de la primera evaluación con el sujeto y la evaluadora, quién es la encargada de aplicar, corregir y concluir los datos obtenidos dentro de esta aplicación.

Según nos reporta la evaluadora L., al entrar al consultorio, comenzó a observar los juguetes y juegos de mesa con actitud de rechazo, incluso refirió que él no quería estar ahí haciendo actividades de “niños pequeños”, agrega que no entendía el por qué su mamá lo había llevado si él “no tiene déficit de atención”. Debido a esto, se le explicó cuál era el propósito de su visita y se detallaron cada una de las actividades a realizar. Luis se mantuvo atento a la explicación y al ver que las actividades requerían cierto esfuerzo y concentración fue cambiando su actitud, mostrando mayor interés; comprendió perfectamente cada indicación que se le proporcionaba, viéndose reflejado en su desempeño. Se mostró un poco inquieto, cambiándose de posición en el asiento, ya fuera cruzando las piernas o las manos.

Para la segunda evaluación, L. se mostró entusiasmado, con buena actitud y disposición desde su llegada. Aunque ya conocía la evaluación, estuvo atento a las instrucciones que se le brindaron y en algunos momentos reforzaba la indicación dada; durante la ejecución estuvo muy concentrado y pendiente del tiempo procurando hacer cada actividad lo más rápido posible. Mostrándose más tranquilo que en la primera evaluación.

Se presentarán los datos de estas evaluaciones de dos maneras, una incluye las puntuaciones o decatipos de la prueba, obtenido tras la conversión de los puntajes brutos con base en los baremos según la edad del sujeto; y la segunda nos mostrará mediante una gráfica, los niveles en donde se encuentran estos puntajes, que pueden ir desde Muy Bajo hasta Muy Alto.

Tabla 18. Registro de los decatipos de la Evaluación Neuropsicológica de las Funciones Ejecutivas en Niños.

Prueba	***Previa***	***Posterior***
Fluidez fonológica	4	6
Fluidez semántica	4	5
Sendero gris	9	8
Sendero a color	7	7
Anillas	4	8
Interferencia	6	7

Nota. Fuente: Quito, Claudia (20118*). Las Funciones Ejecutivas afectadas en el TDA/H con una Intervención Cognitivo Conductual.* Ciudad de Panamá, Panamá.

Evaluación Previa

En la primera evaluación, encontramos tres pruebas que se encuentran por debajo de la media, las cuales indican un menor déficit de lenguaje y suelen asociarse con dificultades de aprendizaje o, quizás, problemas atencionales moderadas. Por las

puntuaciones de ambas pruebas de fluidez y anillas, podemos destacar la necesidad de optimizar estrategias cognitivas necesarias para resolver problemas y realizar conductas dirigidas a metas, así como programar la conducta, baja flexibilidad cognitiva y dificultad para organizar el comportamiento a corto plazo.

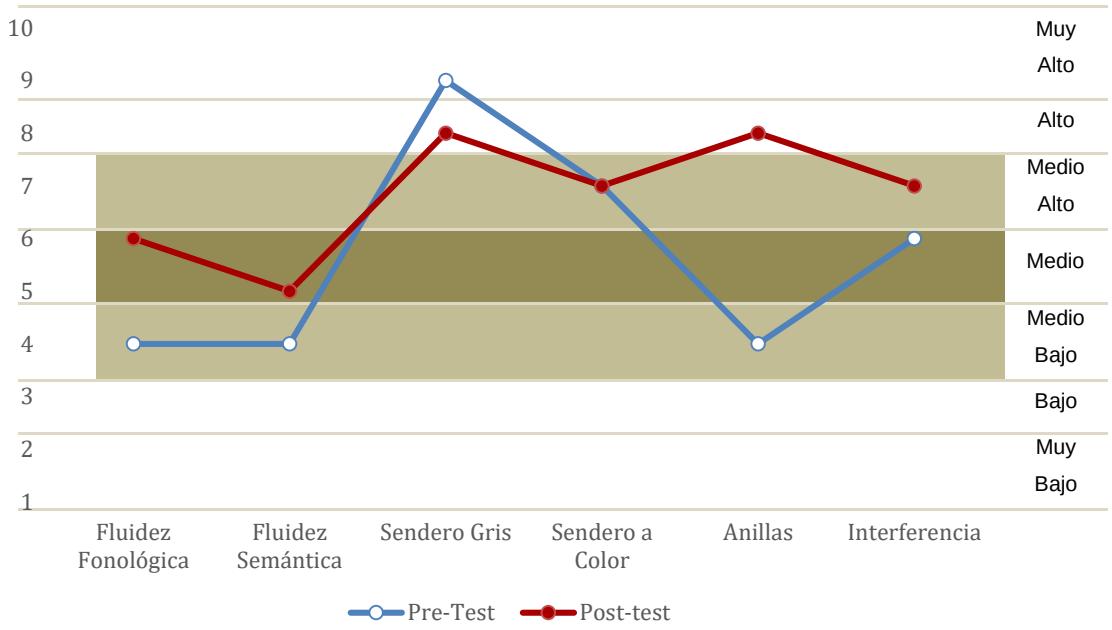
Por el resto de las puntuaciones, que se encuentran en la media o por encima de ella, podemos mencionar que existen habilidades para manejar la impulsividad y ciertas actividades que requieran la atención.

Evaluación Posterior

En cambio, en la segunda evaluación realizada al finalizar el tratamiento, podemos apreciar una mejoría en cuatro pruebas de la ENFEN, logrando así que todas las pruebas se establezcan en la media o encima de ellas en comparación con los baremos correspondientes a su edad cronológica; ciertamente encontramos que una prueba se mantiene en el mismo puntaje y se disminuye un punto en otra, pero esta sigue manteniéndose en un nivel por encima de la media.

Por lo anterior, podemos mencionar que esta mejoría refleja la optimización del funcionamiento ejecutivo del sujeto, mejorando su velocidad de respuesta, capacidad de anticipación, atención sostenida y flexibilidad mental.

Gráfica 4. Resumen de la Evaluación Neuropsicológica de las Funciones Ejecutivas en Niños (ENFEN) antes y después del tratamiento del sujeto N° 4.



Desarrollo de las sesiones:

En la primera sesión con L. nos pareció un joven alto para su edad, exploramos lo que pensaba por estar en el centro y tratar de conocer lo que sabía al respecto de su condición. Desde que L. entra al consultorio muestra una expresión de timidez y recelo por escuchar lo que teníamos para decir, cuando nos presentamos y le preguntamos la razón que cree para estar en el centro, nos dice: “por lo déficit de atención, pero yo no tengo eso”, incluso pregunta que iba hacer con la terapeuta, que él no hacia cosas de niños chiquitos. Cuando exploramos comportamientos propios de un niño con TDA/H, L. acepto cometer algunos de los comportamientos, pero mencionaba que no le pasaban con mucha frecuencia. Se conversó sobre lo que hacia la Fundación y el

sujeto nos pregunta la edad de aquellos que participan dentro de la misma, aquí se le pudo responder que se atendía a niños hasta jóvenes de 14 años; al mencionar esto, se mostró interesado y consultó a la terapeuta si veía a jóvenes de esta edad, al ser afirmativa la respuesta, se mostró más animado durante la sesión.

Pudimos notar que L. a diferencia de los otros sujetos, se mostraba agotado de ver a "otro psicólogo" y tenía un tema marcado por no realizar actividades de "niños chiquitos", como él mencionaba. Estos temas se fueron explorando y atendiendo en la primera y segunda sesión a la par de las actividades del programa, ya que sabíamos que de no ser tratados no íbamos poder cumplir los objetivos terapéuticos que buscamos.

Para introducir el tema de las autoisntrucciones, se le explicó a L. lo que íbamos a realizar y cuánto tiempo estaríamos trabajando en conjunto para ayudarle a mejorar mucho más las actividades de su vida diaria. Pudimos emplear el ejemplo de cómo realizar una operación matemática entre él y otro joven de su edad, pero sin la condición. Dentro de esta actividad, pudo concretar las diferencias que él no esperaba encontrar; a pesar que ambas listas no mostraban mucha diferencia, se pudo especificar en los detalles del orden, de la estructura y la posibilidad de cometer algún error, en el que L. agrega, "siii, a mí me pasa siempre, por culpa de los signos me quitan un pocotón de puntos".

Cuando mostramos los pasos y actividades que nos ayudaría a mejorar este tipo de errores comunes, mostró resistencia ya que, nuevamente, mencionaba que era de niños. Establecimos parámetros entre ambos participantes de la sesión, para que se

pudiese sentir más cómodo en el desarrollo de las mismas y, como se mencionó anteriormente, se exploró el tema.

A lo largo de la primera y segunda sesión, se pudo explorar el tema de las actividades de niños pequeños, tratándose de una simple preocupación natural a la edad y exposición que presenta, donde no se considera un niño y desea que lo traten como “grande”, principalmente en el hogar donde expone que lo tratan como si fuera un niño y se suman los recuerdos que tiene de atenciones con psicólogos previos en donde realizó actividades de dibujo, actividades de colorear o bien juegos de muñecos o juegos de mesa acorde a la edad que en ese momento presentaba. Una vez resuelto el tema, mediante la conversación y aclaraciones de esas dudas e inclusive ciertas confrontaciones en cuanto a su participación en diversos juegos, ya que esto no lo hacían ser pequeño, ni grande; L. se mostró más cómodo en las sesiones e inclusive tenía una participación más abierta, exponiendo las dudas, consultas que le pasaban en la escuela o en la sesión.

A partir de la tercera sesión, notamos cambios en L. ya que no se movía tanto del puesto, seguía haciendo gestos a la hora de realizar ciertas actividades, pero prefería negociar a no hacer las actividades. Dichas actividades las podremos presentar en una tabla, donde se expone el tiempo de duración de su ejecución y la cantidad de errores que pudo cometer en cada actividad.

L. se le dificultó ciertas actividades, siendo la ultima la más difícil de comprender, a pesar de esto, mantuvo su motivación en culminarlas y desarrollarlas lo mejor posible, cumpliendo los pasos. En cuanto a los pasos, le costó un poco la aceptación de los

mismos, pero al descubrir que no tenía que hacerlos en voz alta, se sintió más tranquilo, exponiendo que, si los llegaba a cumplir en la escuela con ciertas materias, ya que con otras no le parecía efectivo.

Tabla 19. Listado de ejecución del sujeto N° 4

Actividad	N° Sesión	Tiempo	N° de errores
Mapa Pirata	1	2’ 27’	5
Mapa Pirata	2	3’	2
Mapa Pirata	2	2’ 23’’	1
Recuentro de Tropa	2	38’’	2
Mapa Pirata	3	1’ 27’	0
Recuentro de Tropa	3	25’’	0
Recuentro de Tropa	3	21’’	0
Mapa Pirata	3	2’ 20’’	0
Recuentro de Tropa	5	19’’	0
Recuentro de Tropa	5	17’’	1
Coordenadas	5	1’ 27’’	0
Coordenadas	5	1’ 04’’	1
Coordenadas	6	1’ 10’’	1
Recuentro de Tropa	6	17’’	0
Mapa Pirata	6	2’ 14’’	0
Inventario	6	-	2

Inventario	8	-	2
Inventario	8	3’ 14	0
Inventario	9	-	0
Coordenadas	9	1’ 57’’	2

Nota. Registro de los trabajos realizados en terapia Fuente: Quito, Claudia (20118*). Las Funciones Ejecutivas afectadas en el TDA/H con una Intervención Cognitivo Conductual.* Ciudad de Panamá, Panamá.

En las actividades que nuestro sujeto fue desarrollado, podemos observar que el tiempo de ejecución en la mayoría de ellas, no llegaba a tres minutos, mostrando su capacidad para entender y desarrollar las actividades, siguiendo los pasos. Excepto a el ultimo tipo de actividad, ya que le fue la más difícil de entender y a pesar de esto, va mejorando la aplicación en sus actividades.

Durante las sesiones con los padres (sesión cuatro y siete), se les pregunta cómo han observado al sujeto a través de estas semanas, los padres logran contestar que lo ven bien, a pesar que al inicio preguntaba porque lo traían y que todo esto era de niños, ahora habla de ti y la terapia, menciona la madre. Agregan que aún no acepta el diagnóstico, pero notan un pequeño cambio en él, comentan que L. tiene un compañero con TDA/H y este dice que él no se parece en nada a su compañero, por lo que él no tiene dicha condición.

Actualmente, reta aún a su autoridad, cuando lo envían al cuarto, no va convencido e inclusive puede llegar a responder. De igual, forma mantiene el comportamiento de llanto frente al fracaso.

Los padres mencionan que el paidopsiquiatra le receto conzerta, en el 2016 y este fue aumentando hasta la cantidad de hoy en día (54 mg) y se le retiro debido a que dejo de comer, ya no hablada, dificultades con los calores, se ponía rojo por lo que dejaron de dárselo.

Se les conversa sobre el programa en ejecución, se les explica de qué trata las autoinstrucciones y la importancia de aplicar las autoinstrucciones en casa, para que el sujeto pueda aplicarlo fuera del contexto del consultorio. Adicional se les extendió la orientación para colocar un horario en específico con el padre, para que la relación entre ellos pueda mejorar.

Durante la segunda sesión de padres, sólo logra asistir el padre, este nos comenta que la madre de L. se encuentra enferma y por esto no pudo asistir, pero se comprometía a brindar la información que daría en dicha sesión.

Iniciada la sesión, el padre nos comenta que no aplicaron ninguna recomendación dada en la sesión anterior, debido al tiempo y tampoco pudo aplicar la recomendación que se le dio a él para la optimización de la relación con su hijo; agrega, que si han notado cambios en L., ya que ha mejorado en su organización, está más concentrado en sus tareas y ejercicios, adicional han visto que su nivel de impulsividad ha disminuido.

Para las últimas sesiones notamos que L. se mostraba comprometido a asistir a las terapias y sobre todo traía juegos que deseaba emplear al finalizar las actividades. L. siempre fue puntual y responsable en sus sesiones, traía lo que se le solicitaba culminando la ejecución de los pasos con actividades que nos trajo de la escuela, en

especial con su cuaderno de matemáticas, en donde pudimos resolverlo empleando este método. Incluso L. nos trajo juegos personales para poder utilizarlo en terapia luego de culminar las actividades.

5. Caso del Sujeto N° 5

NOMBRE: A.G. SEXO: Masculino

EDAD: 12 GRADO: VII°

NIVEL SOCIOECONÓMICO: Media baja NACIONALIDAD: Panameña

Motivo de consulta:

Los padres llegan a consulta debido preocupados por su hijo, debido a que comentan que tiene ciertas dificultades para el manejo de las emociones; han notado que es inestable y se molesta con facilidad, no saben qué hacer ya que en la escuela no sienten apoyo. Mencionan que no copia, no le interesa los deberes sino lo presionan no hace nada.

Datos principales:

Cuadro N°5. Datos Familiares.

Relación	Edad	Estudios	Ocupación
Madre	47	Bachiller	Ama de casa
Padre	49	Bachiller	Gerente de seguridad
Hermano por parte del padre	23	-	-
Hermano por parte del padre	23	-	-
Hermana	15	Secundaria	-

A. es el tercer embarazo de la madre con 36 años, luego de un aborto espontáneo y una gestación sin tantas complicaciones, nos cuenta la madre, que sólo le dio hipotensión, pero asistió a sus citas control y no tuvo ningún problema serio. Actualmente A. vive con sus padres, hermana y tío materno (37 años).

En cuanto a su desarrollo, los padres mencionan que a partir de los cinco o seis meses el niño logra agarrar objetos y sentarse, a los siete inicia su gateo y balbuceo, un mes más tarde logra dar sus primeros pasos, a los ocho meses pronuncia sus primeras palabras, pero no es hasta los dos años que logra utilizar frases. Continúan diciendo que a los cuatro años logra comer solo, vestirse y un año después aprende a abotonarse, lo único es que hasta los nueve años logra amarrar los cordones de sus zapatos.

Sus primeros tres años de vida es cuidado por la nana, madre y abuela paterna, esta última logra apoyar hasta los cuatro años. Los padres agregan que siempre fue “amargado” pero extendía los brazos a personas conocidas, su juego consistía en tirar los juguetes; el padre nos comenta, que lo extraño de esta etapa fue las dificultades que presentó para evacuar porque tuvo varios meses escondiéndose detrás de la cama y sólo podía hacerlo así, él supone que se debió a los constantes regaños que la nana le daba al niño cuando se hacía en el pañal, razón por la cual fue prescindieron de sus servicios.

La madre menciona que A. nunca ha podido exteriorizar lo que le pasa, inclusive llora cuando está enojado o bien puede explotar y responder cuando lo molestan después de intentar ignorar, también puede llegar a esconderse y apretar los puños, “se quiere

convertir en Hulk”, nos dice. A la hora de darle una orden, es bien atento; quizás se olvida de algunas cosas, cuando se le pide hacer algún mandado.

Durante su infancia no hubo complicaciones, accidentes o antecedentes relevantes. Los padres nos dicen que ingresa a una guardería, donde lloraba al principio, pero al pasar las semanas le gusto y encajo con su grupo, pero con los maestros no ha podido mejorar la relación, ya que según los maestros A. siempre tiene la culpa de todo lo que pasa en el salón, agrega la madre, así como que su temperamento era difícil y malhumorado, dificultades con agresiones y para adaptarse a rutinas diarias, ya que se aburre muy rápido.

A los cinco años ingresa a Kínder en una institución hasta tercer grado, ya que en este año los compañeros se burlaban de él, le decían palabras como “mongolo, retrasado mental, bobo” y se dio un caso de agresión física donde le clavan un lápiz en la mano y cercano al ojo. Agrega la madre, que en el plantel actual aún se dan burlas, hay niños que lo molestan pero que la escuela ha podido incurrir en algunas medidas disciplinarias; sin embargo, se han dado casos aislados de burlas por lo que los padres comentan que A. tiene problemas dentro y fuera del salón de clases, ya que se entretienen constantemente en el salón, no copia, no quiere trabajar en grupo, la madre agrega que A. le explica diciéndole que “ los grupos no quieren trabajar con él”; otras dificultades que han podido verle es que se dormía en las clases pero por el gabinete del plantel lograron que A. ya no se durmiera en el salón a pesar que no están realizando ninguna adecuación curricular, según los padres. Continúan diciendo que

A. se muestra tímido en la escuela, pero en la casa es totalmente extrovertido, tiene dos materias con bajo rendimiento (español y ciencias naturales).

En casa, no hay un lugar concreto para realizar las tareas o estudiar, a pesar de contar con un cuarto de estudio. Los padres nos dicen que A. demora “un buen rato” en iniciar y en terminar las tareas; cuentan con reglas específicas sobre el uso de aparatos electrónicos, pero no con horarios. Adicional emplean el uso de privilegios y elogios para premiar los buenos esfuerzos que realiza, así como los gritos, eliminar los privilegios, mandarlo al cuarto cuando realiza alguna acción inadecuada, según los padres.

A. cuenta con diagnóstico de Trastorno por déficit de atención con trastorno de lecto-escritura secundario por un paidopsiquiatra en el 2017, informe que nos menciona las terapias de aprendizaje, fonoaudiológica y seguimiento a los cuales asistía. Actualmente aún se mantiene tomando Ritalin, dos tabletas, una en la mañana y otra antes de estudiar. Los padres nos aseguran que A. asiste a sus citas con el paidopsiquiatra pero ya no recibe otras intervenciones.

Genograma:

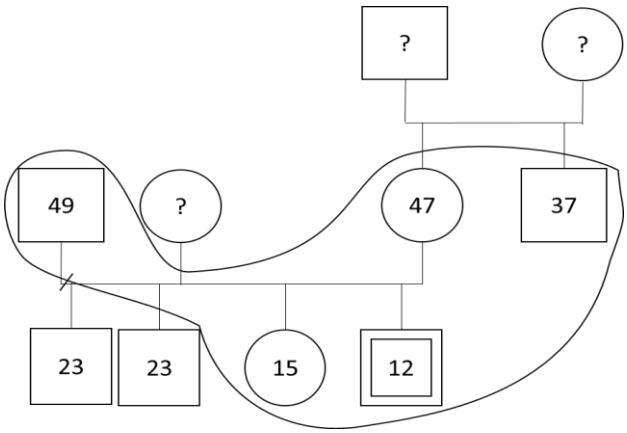


Tabla 20. Registro de percepción del sujeto N° 5.

	PRE	POST
Se levanta constantemente de su asiento.	1	0
Le cuesta trabajar solo.	1	0
Le cuesta seguir instrucciones.	1	0
Se distrae constantemente.	1	1
Tiene dificultades para realizar una actividad en un tiempo específico.	1	1
Contesta sin pensar.	1	0
Le cuesta esperar.	1	1
Se cansa o frustra fácilmente.	1	1
Es inquieto (a).	1	1
Olvida materiales necesarios para el trabajo en clase.	1	1
Se le llama la atención con frecuencia.	1	1
Le cuesta controlarse cuando lo molestan.	1	0
Molesta o se burla de otros compañeros. Especifique: _____	0	0
No respeta la autoridad.	1	1
Ante un problema, le cuesta considerar alternativas para solucionarlo.	0	0
Es agresivo.	1	0
Interrumpe a otros cuando están hablando.	0	0
Hace comentarios negativos de sí mismos y de otros.	0	0
Le gusta estar solo, no juega con sus compañeros.	1	1
Le cuesta trabajar en grupo.	1	1

Es tímido o inseguro, miedoso. Especifique: _____	1	1
Pide ayuda frecuentemente.	1	0
No le gusta participar.	0	0
No muestra interés en lo que hace.	0	0
Olvida las cosas, es distraído.	1	1
No termina los trabajos.	0	1
Es muy lento para hacer las cosas.	1	1
Sueña despierto con frecuencia.	0	0
Hay que repetirle las instrucciones.	1	1
Es inmaduro para su edad.	1	0
Le toma mucho tiempo empezar a trabajar.	0	0
Infraestima el tiempo de realizar alguna actividad.	0	0
***T* =**	**22**	**15**

Nota. *Datos obtenidos según la percepción de los Padres. Fuente: Quito, Claudia (20118*). *Las Funciones Ejecutivas afectadas en el TDA/H con una Intervención Cognitivo Conductual.* Ciudad de Panamá, Panamá.

Datos de las evaluaciones:

Se establecen la fecha de la primera evaluación con el sujeto y la evaluadora, quién es la encargada de aplicar, corregir y concluir los datos obtenidos dentro de esta aplicación.

La evaluadora nos reporta que al principio cuando A. entra al consultorio se muestra un poco nervioso, pero no lo verbaliza, cuando se le pregunta este menciona que está bien. Una vez explicado las instrucciones se muestra seguro en el desarrollo de las

mismas; sin embargo, se muestra con movimientos continuos de las manos y llevándoselas en la cabeza cuando no podía desarrollar alguna actividad de forma rápida. En algunas ocasiones, principalmente en la prueba de anillas, primero se ponía la mano en la barbilla y luego ejecutaba, al no poder realizarlo, se frustraba y cometía faltas a la prueba, por lo que hubo que recordarle en algunas ocasiones las instrucciones nuevamente. Destacamos que estos comportamientos fueron impulsivos, ya que el expresaba entender la prueba y lo ejecutaba bien hasta que llegaba el momento donde veía su error.

En cambio, durante la segunda evaluación A. muestra bastante interés, el establecimiento del rapport se dio de forma muy sencilla y se pudo mantener hasta el final; escuchó con atención las indicaciones y expresaba abiertamente sus dudas y comentarios. Como era una prueba que él ya conocía se hallaba seguro y confiado, se veía contento de poder realizar la evaluación, en relación a esto se observa que en la prueba de sendero a color tuvo errores en la ejecución durante el ejemplo, lo que podemos considerar como actos de impulso, más que de comprensión.

Los datos de estas evaluaciones, se mostrarán de dos maneras, una incluye las puntuaciones o decatipos de la prueba, obtenido tras la conversión de los puntajes brutos con base en los baremos según la edad del sujeto; y la segunda nos mostrará mediante una gráfica, los niveles en donde se encuentran estos puntajes, que pueden ir desde Muy Bajo hasta Muy Alto.

Tabla 21. Registro de los decatipos de la Evaluación Neuropsicológica de las Funciones Ejecutivas en Niños.

Prueba	***Previa***	***Posterior***
Fluidez fonológica	4	6
Fluidez semántica	4	5
Sendero gris	2	7
Sendero a color	3	3
Anillas	3	5
Interferencia	6	6

Nota. Fuente: Quito, Claudia (20118*). Las Funciones Ejecutivas afectadas en el TDA/H con una Intervención Cognitivo Conductual.* Ciudad de Panamá, Panamá.

Evaluación Previa:

Los resultados obtenidos en todas las pruebas de la ENFEN, con excepción de Interferencia, son bajos en comparación con los baremos correspondientes a su edad cronológica. Lo que pone de manifiesto un posible déficit en el funcionamiento ejecutivo frontal, como es habitual en el diagnóstico de TDA/H. Este puntaje de Interferencia puede deberse a alguna estimulación previa, facilitándole su desempeño o bien como no tiene que leer palabras sino decir en voz alta el color en el que están impresas, podemos apreciar el nivel de inhibición que tiene.

Las puntuaciones en las pruebas de fluidez, nos indican que existe un menor déficit de lenguaje y esto se suele asociar con dificultades de aprendizaje, trastorno especifico de lenguaje o problemas atencionales moderados, de igual forma nos indica que existe

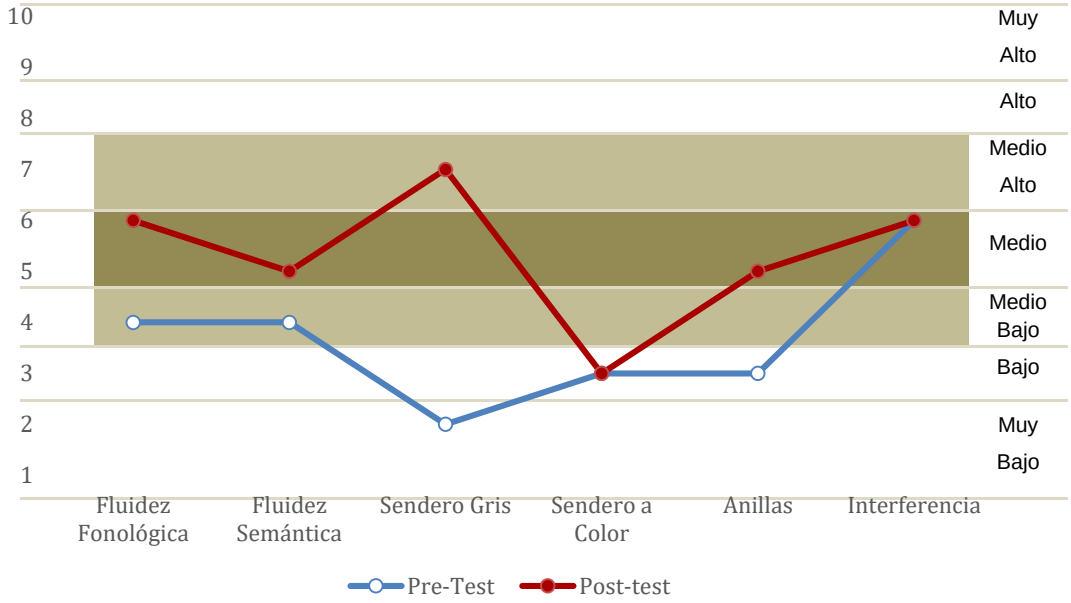
un grado bajo de madurez con un vocabulario que requiere de estimulación. Las puntuaciones bajas que presenta en los Senderos y Anillas, nos indican una deficiente fluidez psíquica, alteraciones en el control atencional, deficiente flexibilidad mental o bien una disfunción ejecutiva, tal como ocurre en los niños con TDA/H, incluyendo una posible alteración en sus habilidades visoespaciales y grafomotoras. Adicional, estos puntajes nos pueden señalar problemas para la programación secuencial de la conducta y dificultad para organizar el comportamiento a corto plazo.

Evaluación Posterior

En cambia en la segunda evaluación, podemos notar una mejoría en cuatro pruebas de la ENFEN, a excepción de Sendero Color, la cual se mantiene en la misma puntuación por debajo de la media, indicando una posible dificultad en la planificación de la conducta dirigida a una meta, manejando su impulsividad y manteniéndose atento a la actividad. Sin embargo, notamos mejoría en el empleo de estrategias cognitivas, manejando su impulsividad y mejorando su velocidad de respuesta, así como la capacidad de anticipación, de atención sostenida y flexibilidad mental.

Aunque el pronóstico es favorable, es recomendable que se estimule sus funciones cognitivas y su fluidez psíquica, ya que las puntuaciones obtenidas en la prueba de sendero a color aún son bajas en comparación al resto.

Gráfica 5. Resumen de la Evaluación Neuropsicológica de las Funciones Ejecutivas en Niños (ENFEN) antes y después del tratamiento del sujeto N° 5.



Desarrollo de las sesiones:

Establecimos el rapport fácilmente con A., el cual entra al consultorio un poco nervioso, observando el consultorio y a la terapeuta, esperando la indicación de a donde debía dirigirse, se le muestra la ubicación de su suya y con las manos en los bolsillos, se aproxima a su silla, se sienta y se queda observando, esperando que se diga algo.

Se inicia la conversación con temas de su vida social, de la escuela, casa y algunas otras actividades que podía realizar. Notamos que, a haber entrado de forma tímida al consultorio, expresa con sinceridad todo lo que se le pregunta y establece dudas que tiene en el momento. Reconoce que tiene una condición, pero no sabía el nombre propio o en qué consistía la misma, después de exponer lo que íbamos a realizar y conversar sobre las posibles afecciones que puede causar tener TDA/H, reconoce ciertos comportamientos y se identifica con muchos de ellos.

A. resalta en diversas ocasiones haber tenido problemas con otros niños, específicamente haber sufrido de “bullying”, tiende a victimizarse al expresarse sobre su día a día, sobre lo que pasa en casa y en la escuela.

Podemos establecer en la primera sesión, lo que se trabajará y los beneficios que puede tener al emplear los pasos en sus actividades diarias. Para poder ejemplificar lo que ocurre entre un niño con TDA/H y otros que no, realizamos una actividad con base en la construcción de un folder solicitado por una materia “X”, en donde A. pudo observar las diferencias marcadas de una lista en comparación a la otra.

Cuando iniciamos con las actividades planificadas, A. se mostró animado y dispuesto a realizar cada una de ellas, expresando sus dudas antes y durante el desarrollo de las mismas. En diversas ocasiones A. se mostró inseguro en la ejecución de estas actividades, tendiendo a preguntar frecuentemente cuando se confundía o buscaba señales de aprobación cuando iniciaba.

A partir de la segunda sesión, observamos que A. trataba de poner en práctica los pasos y desarrollaba lo mejor que podía todas las actividades, preguntando apenas terminaba el tiempo en que había podido hacerlo. Este se mostraba complaciente en la mayoría de las sesiones hasta la quinta sesión, donde pudo expresar la incomodidad hacia una actividad en específico donde le costaba realizarla y no era de su agrado.

Cuando A. se frustraba tendía a colocarse la mano en la cabeza y sonreía o bajaba la cabeza colocándola en la mesa ocultándola con sus brazos cada vez que no entendía alguna indicación o actividad, incluso cuando se pasaba del tiempo anterior. Hubo otras ocasiones donde tuvimos que hacer altos, para poder establecer bien los pasos

que se iban a realizar, ya que decía frases como “si, si, ya sé” pero cuando preguntábamos o buscábamos la retroalimentación no respondía acertadamente.

Durante el desarrollo de las sesiones, se pudo conversar con A. sobre la escuela y temas que eran de su preocupación como por ejemplo la incomodidad de ser comparado con la hermana o el deseo que en casa ya no lo traten como un niño, cada sesión iniciaba exponiendo alguna queja con su salón de clases o los maestros, ya que para él existen maestros que “no hacen nada” o “no saben nada” y compañeros de clase “muy inmaduros”. Inclusive en una ocasión nos comenta, que la escuela no sirve para nada, ya que lo mismo que hacen en la escuela, él se lo puede aprender y listo.

Tratamos de poder realizar confrontaciones y aclaraciones al respecto, tratando de focalizar en las ventajas que teníamos al estar en una escuela y cómo a pesar de tener maestros que el categorizaba como “malos”, aun así, no teníamos el rendimiento adecuado por las dificultades que se tienen. Al finalizar este proceso, A. acepto las dificultades que tienen y se centró en poder trabajar en sí mismo más que preocuparse por los demás. Cabe destacar, que las frases de victimización o búsqueda de aprobación no desaparecieron, sino que disminuyeron al pasar las sesiones.

Presentamos los resultados de cada actividad realizada por A. a lo largo de las sesiones especificando los errores que pudo haber cometido y en cuanto tiempo pudo realizarlas.

Tabla 22. Listado de ejecución del sujeto N° 5

Actividad	N° Sesión	Tiempo	N° de errores
Mapa Pirata	1	5’ 01’’	3
Mapa Pirata	2	5’ 01’’	0
Mapa Pirata	2	-	0
Recuentro de Tropa	2	35’’	3
Mapa Pirata	3	4’ 04’’	1
Recuentro de Tropa	3	20’’	1
Recuentro de Tropa	3	24’’	0
Mapa Pirata	3	3’ 07’’	1
Recuentro de Tropa	5	26’’	0
Recuentro de Tropa	5	18’’	0
Recuentro de Tropa	5	20’’	0
Recuentro de Tropa	6	19’’	1
Recuentro de Tropa	6	20’’	0
Coordenadas	6	-	4
Mapa Pirata	6	4’ 40’’	0
Inventario	6	7’ 55’	2
Inventario	8	-	0
Inventario	8	-	0
Inventario	9	-	0

Nota. Registro de los trabajos realizados en terapia Fuente: Quito, Claudia (20118*). Las Funciones Ejecutivas afectadas en el TDA/H con una Intervención Cognitivo Conductual.* Ciudad de Panamá, Panamá.

Esta tabla nos muestra la confección de las actividades que ejecuta A. a lo largo de las sesiones, destacando que su mayor ejecución se da en el último tipo de actividad, la cual fue la más difícil de comprender y ejecutar. Debido al tiempo en que demoraba algunas actividades, no sé pudieron realizar otras, destacando que en las sesiones nos colocábamos como meta trabajar en ciertas actividades y en varias ocasiones no se lograba cumplir dicha meta, teniendo que correr las actividades para la siguiente sesión, ya que era de suma importancia poder cumplir con el orden expuesto dentro de la “guía de sesiones”.

Para la última sesión de A., pudimos trabajar ciertas actividades de la escuela, de acuerdo a lo que él recordaba, pero no llego a traer a consulta lo solicitado.

Desde la entrevista, nosotros conversamos con los padres, haciendo referencia a todas las actividades que íbamos a estar desarrollando y la importancia del cumplimiento. Pero dentro de las sesiones establecidas para ellos, volvemos a mencionarlo, pero nos enfocamos en el desarrollo que está teniendo nuestro sujeto en casa y escuela, para poder redirigir en el caso de ser necesario nuestra terapia y establecer dichos patrones que estamos tratando de cambiar.

En la primera sesión con los padres mencionan que es muy participativo en casa, realiza muchos juegos con ellos, que en la escuela tiende a fracasar en los exámenes sorpresa, debido a que “se pone inatento en los exámenes” y en casa, le sigue costando hacer la tarea, por mas que le preguntan y tratan de mantenerlo dispuesto, no se organiza.

La madre agrega que A. ya no le permite estudiar con él, no quiere tomar la pastilla y que el uso del celular lo tiene con cambios de ánimo, ya que cuando lo tiene se vuelve grosero, contesta y se muestra altanero; cuando se le castiga y no se le da el aparato electrónico, vuelve a ser cooperador y amable.

Durante la segunda sesión, la madre menciona que A. aún quiere terminar rápido y que en varias ocasiones requiere de más tiempo para poder terminar sus asignaciones; acepta que no ha cumplido del todo las indicaciones que brindamos en la primera sesión, pero lo nota más tranquilo ya no se molesta tanto. La madre refiere que está preocupada, debido a que aún tiene miedo de ir al baño sólo (destacando que, para llegar a este, tiene que salir a un pasillo que se encuentra por el momento oscuro).

En la sesión de devolución, que se brinda luego de haber evaluado e interpretado los datos que mostró nuestro sujeto. Citamos a los acudientes, pero sólo logra asistir la madre, ya que el padre se encontraba trabajando; luego de explorar la situación actual, de cómo se está manejando hasta el momento, se logra exponer lo que se revisó.

La madre, nos menciona que A. sigue con los comportamientos positivos, mas sigue preocupada por la escuela, ya que ha habido incidentes dentro del plantel que han lastimado físicamente a su hijo, pero la escuela no ha hecho las medidas necesarias. Manifestando que a pesar de todo lo acontecido, A. se ha manejado muy bien.

Durante la exposición de los cambios obtenidos en la evaluación, se le expresa a la madre, las mejoras que ha tenido e incluso las similitudes que tuvo en ambas

evaluaciones, destacando que A. debe continuar en la lista de espera para poder seguir en estimulación y así poder mejorar aún más los puntajes obtenidos.

CAPÍTULO V.

Análisis y Discusión.

1. Percepción de los Padres

Según las investigaciones planteadas al inicio de nuestra investigación siempre resaltan la importancia de la participación de los padres dentro y fuera de terapias, para poder sensibilizar y aportar orientación en el trato con los niños; en esta investigación pudimos observar los cambios que se fueron presentando a lo largo de las sesiones, mediante la observación del terapeuta, la ejecución de las recomendaciones y sobre todo los comentarios que nos mencionaban estos padres.

Cada uno de ellos tenía una percepción distinta de su hijo antes de iniciar el tratamiento y al concluir, pudimos observar pequeñas diferencias en las mismas. Presentamos una tabla resumen por sujeto para poder ejemplificar de manera más sencillas dichos cambios.

Tabla 23. Registro de percepción general de los padres hacia lo sujetos.

N° DE SUJETO	PREVIA	POSTERIOR	DIFERENCIA
1	**24**	**17**	***7***
2	**12**	**10**	***2***
3	**31**	**26**	***5***
4	**23**	**13**	***10***
5	**22**	**15**	***7***

Nota. Fuente: Quito, Claudia (20118*). Las Funciones Ejecutivas afectadas en el TDA/H con una Intervención Cognitivo Conductual.* Ciudad de Panamá, Panamá.

Esta tabla nos ejemplifica como la percepción del comportamiento que tenían hacia su hijo, varió luego del tratamiento; si bien es cierto, estos datos no pueden ser

catalogados como estadísticamente significativos, son considerados valiosos en la vida de cada sujeto y de los padres, al ejercer un posible cambio en la dinámica familiar, ya que muchos padres se sentían más calmados por el comportamiento que estaban viendo en su hijo, a pesar de aún presentar ciertas dificultades. Todos estos datos hacen referencia al estado emocional en que quizás se encontraba el padre antes de asistir a este proceso, como quizás enmarcaba al sujeto dentro de una categoría estricta e irrompible como “mal portado”.

Cada caso tuvo unas diferencias numéricas entre ellos, a excepción de dos sujetos; sin embargo, los comportamientos seleccionados no eran los mismos a pesar de tener la misma cantidad total en la sumatoria de estas selecciones, según los datos obtenidos tras la aplicación de la lista de comportamientos a los padres. Dicha percepción de los padres fueron distintas, teniendo similitudes frecuentes en frases como: “Se distrae constantemente” y “Le cuesta esperar”, estas frases fueron escogidas por todos los padres dentro de nuestro estudio, de hecho, ninguna desapareció a luego del tratamiento. Siguiéndole los pasos a las frases anteriores, se encuentran las frases: “Se le llama la atención con frecuencia” y “Olvida las cosas, es distraído”, las cuales sólo una pareja de padres dejó de escogerla en la segunda evaluación respectivamente. También encontramos frases como “Hay que repetirle las instrucciones”, “No respeta a su autoridad”, “es inquieto” y “olvida materiales necesarios para el trabajo en clase”, en las cuales dos padres dejaron de señalarla tras el tratamiento.

2. Puntajes de las Evaluación Neuropsicológica

En cada uno de los sujetos podemos encontrar diferencias en sus puntajes para la obtención de los datos de las funciones ejecutivas, en las mismas notamos que algunos a pesar de haber mejorado se encontraron dentro de rangos inferiores a la media y otros que no lograron optimizar dichos datos, mostrando los mismos puntajes a lo largo de todo el periodo.

Mostraremos una tabla resumen de los puntajes por prueba de cada sujeto, indicando así las diferencias que pudimos notar en cada uno de ellos. Nuevamente vale la pena señalar, que estas comparaciones tienen el propósito de ilustrar por prueba las diferencias que existen entre los sujetos y mostrar las posibles estadísticas no paramétricas que nos pueda arrojar dicha comparación.

Para lograr hacer el estadístico, se empleó la prueba de Wilcoxon, la cual está diseñada para muestras pequeñas, basándose en la mediana de los puntajes y utilizamos un nivel de significancia 0.10, debido a la cantidad de sujetos que tenemos en nuestra investigación; todo esto a través del programa IBM **SPSS** Statistics, versión 20.

A pesar que las imágenes dentro del documento, hablen sobre el rechazo o retención de nuestra hipótesis, esto solo será utilizado con fines ilustrativos para hacer alusión a los cambios que pudieron haber tenido nuestros sujetos.

Recuerde que cada uno de nuestros datos son totalmente, independiente uno con otro, ya que nuestro control son los sujetos posteriores al anterior; observamos cómo cada caso mostró particularidades distintas y de igual manera, ciertas similitudes.

Tabla 24. Datos de la prueba de Fluidez Fonológica.

N° DE SUJETO	PRE	POST	DIFERENCIA
1	1	2	1
2	3	3	0
3	1	1	0
4	4	6	2
5	4	6	2

Nota. Fuente: Quito, Claudia (20118*). Las Funciones Ejecutivas afectadas en el TDA/H con una Intervención Cognitivo Conductual.* Ciudad de Panamá, Panamá.

En esta tabla notamos como todos los sujetos se encuentran debajo de la media, obteniendo puntajes que indican, dificultades dentro del lenguaje expresivo. En cambio, luego del tratamiento tres sujetos logran optimizar dichos puntajes. Así como podremos ver en la siguiente ilustración, según la prueba no paramétrica de Wilcoxon.

Resumen de prueba de hipótesis

	Hipótesis nula	Test	Sig.	Decisión
1	La mediana de las diferencias entre Post. F. Fonológica y Pre. F. Fonológica es igual a 0.	Prueba de signos de muestras relacionadas	.250[1]	Retener la hipótesis nula.
2	La mediana de las diferencias entre Pre. F. Fonológica y Post. F. Fonológica es igual a 0.	Prueba de Wilcoxon de los rangos con signo de muestras relacionadas	.102	Retener la hipótesis nula.

Se muestran las significancias asintóticas. El nivel de significancia es .10.

[1]Se muestra la significancia exacta para esta prueba.

Tabla 25. Datos de la prueba de Fluidez Semántica.

N° DE SUJETO	PRE	POST	DIFERENCIA
1	1	1	0
2	6	5	-1
3	1	4	3
4	4	5	1
5	4	5	1

Nota. Fuente: Quito, Claudia (20118*). Las Funciones Ejecutivas afectadas en el TDA/H con una Intervención Cognitivo Conductual.* Ciudad de Panamá, Panamá.

En esta tabla, encontramos a cuatro de los sujetos con puntuaciones por debajo de la media en la evaluación previa al tratamiento, en donde sólo tres sujetos lograron optimizar dichos puntajes; uno disminuyo un punto, pero se mantuvo dentro de la media con base en los baremos según la edad cronológica del sujeto; y el otro, se mantuvo en el mismo puntaje. Así como podremos ver en la siguiente ilustración, según la prueba no paramétrica de Wilcoxon.

Resumen de prueba de hipótesis

	Hipótesis nula	Test	Sig.	Decisión
1	La mediana de las diferencias entre Post. F. Semántica y Pre. F. Semántica es igual a 0.	Prueba de signos de muestras relacionadas	.625[1]	Retener la hipótesis nula.
2	La mediana de las diferencias entre Pre. F. Semántica y Post. F. Semántica es igual a 0.	Prueba de Wilcoxon de los rangos con signo de muestras relacionadas	.257	Retener la hipótesis nula.

Se muestran las significancias asintóticas. El nivel de significancia es .10.

[1]Se muestra la significancia exacta para esta prueba.

Tabla 26. Datos de la prueba de Sendero Gris.

N° DE SUJETO	PRE	POST	DIFERENCIA
1	3	5	2
2	8	8	0
3	2	2	0
4	9	8	-1
5	2	7	5

Nota. Fuente: Quito, Claudia (20118*). Las Funciones Ejecutivas afectadas en el TDA/H con una Intervención Cognitivo Conductual.* Ciudad de Panamá, Panamá.

Nos muestra a tres sujetos con puntajes bajos y muy bajos, así como sujetos con puntajes por encima de la media. En esta prueba notamos como los datos son mucho más variables, así como los puntajes obtenidos tras el tratamiento, donde se reflejan que sólo un sujeto no logró alcanzar el puntaje dentro de la media, manteniéndose en un puntaje muy bajo. Así como podremos ver en la siguiente ilustración, según la prueba no paramétrica de Wilcoxon.

Resumen de prueba de hipótesis

	Hipótesis nula	Test	Sig.	Decisión
1	La mediana de las diferencias entre Post. Sendero Gris y Pre. Sendero Gris es igual a 0.	Prueba de signos de muestras relacionadas	1.000[1]	Retener la hipótesis nula.
2	La mediana de las diferencias entre Pre. Sendero Gris y Post. Sendero Gris es igual a 0.	Prueba de Wilcoxon de los rangos con signo de muestras relacionadas	.285	Retener la hipótesis nula.

Se muestran las significancias asintóticas. El nivel de significancia es .10.

[1]Se muestra la significancia exacta para esta prueba.

Tabla 27. Datos de la prueba de Sendero de Color.

N° DE SUJETO	PRE	POST	DIFERENCIA
1	1	4	3
2	4	2	-2
3	2	2	0
4	7	7	0
5	3	3	0

Nota. Fuente: Quito, Claudia (20118*). Las Funciones Ejecutivas afectadas en el TDA/H con una Intervención Cognitivo Conductual.* Ciudad de Panamá, Panamá.

En esta tabla, se refleja el caso del sujeto donde se disminuyó una puntuación en vez de optimizar y se muestra como la mayoría de los datos se mantienen estables, a excepción de un solo sujeto que logró optimizar su puntaje. Así como podremos ver en la siguiente ilustración, según la prueba no paramétrica de Wilcoxon.

Resumen de prueba de hipótesis

	Hipótesis nula	Test	Sig.	Decisión
1	La mediana de las diferencias entre Post. Sendero Color y Pre. Sendero Color es igual a 0.	Prueba de signos de muestras relacionadas	1.000[1]	Retener la hipótesis nula.
2	La mediana de las diferencias entre Pre. Sendero Color y Post. Sendero Color es igual a 0.	Prueba de Wilcoxon de los rangos con signo de muestras relacionadas	.655	Retener la hipótesis nula.

Se muestran las significancias asintóticas. El nivel de significancia es .10.

[1]Se muestra la significancia exacta para esta prueba.

Tabla 28. Datos de la prueba de Anillas.

N° DE SUJETO	PRE	POST	DIFERENCIA
1	1	4	3
2	1	6	5
3	1	3	2
4	4	8	4
5	3	5	2

Nota. Fuente: Quito, Claudia (20118*). Las Funciones Ejecutivas afectadas en el TDA/H con una Intervención Cognitivo Conductual.* Ciudad de Panamá, Panamá.

Para esta tabla, ocurre lo contrario a la anterior, nos muestra como todos los sujetos marcaron puntajes por debajo de la media e incluso puntajes muy bajos y como al finalizar el tratamiento, logran optimizar sus puntajes, a pesar que dos sujetos no logran llegar a la media, se valida el hecho de aumentar sus puntajes, es decir la mejoría de su ejecución. Así como podremos ver en la siguiente ilustración, según la prueba no paramétrica de Wilcoxon.

Resumen de prueba de hipótesis

	Hipótesis nula	Test	Sig.	Decisión
1	La mediana de las diferencias entre Post. Anillas y Pre. Anillas es igual a 0.	Prueba de signos de muestras relacionadas	.062[1]	Rechazar la hipótesis nula.
2	La mediana de las diferencias entre Pre. Anillas y Post. Anillas es igual a 0.	Prueba de Wilcoxon de los rangos con signo de muestras relacionadas	.042	Rechazar la hipótesis nula.

Se muestran las significancias asintóticas. El nivel de significancia es .10.

[1]Se muestra la significancia exacta para esta prueba.

Tabla 29. Datos de la prueba de Interferencia.

N° DE SUJETO	PRE	POST	DIFERENCIA
1	4	5	1
2	5	8	3
3	2	3	1
4	6	7	1
5	6	6	0

Nota. Fuente: Quito, Claudia (20118*). Las Funciones Ejecutivas afectadas en el TDA/H con una Intervención Cognitivo Conductual.* Ciudad de Panamá, Panamá.

Para nuestra última tabla, notamos poca variabilidad dentro de los puntajes obtenidos antes del tratamiento, ya que sólo dos sujetos obtienen puntajes por debajo de la media; sin embargo, la mayoría de los sujetos logran optimizar su puntaje a excepción de uno que se mantiene en el mismo puntaje. Así como podremos ver en la siguiente ilustración, según la prueba no paramétrica de Wilcoxon.

Resumen de prueba de hipótesis

	Hipótesis nula	Test	Sig.	Decisión
1	La mediana de las diferencias entre Post. Interferencia y Pre. Interferencia es igual a 0.	Prueba de signos de muestras relacionadas	.125[1]	Retener la hipótesis nula.
2	La mediana de las diferencias entre Pre. Interferencia y Post. Interferencia es igual a 0.	Prueba de Wilcoxon de los rangos con signo de muestras relacionadas	.059	Rechazar la hipótesis nula.

Se muestran las significancias asintóticas. El nivel de significancia es .10.

[1]Se muestra la significancia exacta para esta prueba.

Para todos los resúmenes de pruebas presentados, hemos visto cómo algunas pruebas debemos retener la hipótesis nula, más en otras sí pudimos rechazarla. Esto se debe a que las últimas pruebas de la ENFEN, prueba de anillas y prueba de interferencia, están ligadas firmemente a las capacidades atencionales y la programación de conductas (aún más anillas); dentro de este instrumento de medición, se habla sobre la interferencia de la capacidad de lectura en la prueba de interferencias; sin embargo, para poder desarrollarla debemos contar con funciones ejecutivas específicas. Por lo anterior, se puede mencionar que las tres últimas pruebas (sendero de color, anillas e interferencias) se ven comprometidas cuando el sujeto tiene alguna condición que le límite la capacidad atencional y se verán afectadas por el nivel de impulsividad que pueda tener.

Los análisis nos muestran como los sujetos fueron capaces de programarse, mantener la atención, manejar su impulsividad para lograr aumentar las puntuaciones en la segunda evaluación.

Partiendo de nuestros primeros resultados, pudimos observar que cuatro de nuestros sujetos obtuvieron más de 20 puntuaciones según la percepción de los padres hacia ellos, en cuanto a su comportamiento; en cambio sólo uno se mantuvo en una selección menor a 20 ítems. Esto nos indica que tres sujetos de nuestra muestra pudieron disminuir aproximadamente un 25%, lo que corresponde a una estimación de 8 ítems o comportamientos que dejaron de ser seleccionados tras la aplicación del programa, según la percepción que los padres tienen respecto al comportamiento que presentan. Lo que posiblemente nos puede llevar a pensar, que la relación entre los

padres e hijos, han mejorado, teniendo en cuenta las observaciones durante y después del proceso de intervención de los padres y los comentarios que exponía cada sujeto sobre los sucesos en el hogar.

Pudimos notar que, a pesar de tener ciertas similitudes en las puntuaciones de la prueba, existió variaciones en el tiempo de ejecución de cada actividad. Encontramos que algunos sujetos necesitaron de un tiempo mayor, sin importar el puntaje obtenido dentro de la evaluación. De igual forma, notamos que todos los sujetos presentaron dificultades para realizar el último tipo de actividad, ya que no lograban comprenderlo; pero al final, cada sujeto fue capaz de desenvolverse y aplicar, paso a paso, las autoinstrucciones en las actividades que se le fueron brindando, incluyendo las lúdicas. Cada sujeto pudo aportar actividades personales, en las cuales aplicaban o no las autoinstrucciones, canalizando y reforzando su correcto uso.

Durante las sesiones pudimos notar cómo los sujetos se fueron identificando con los síntomas que fueron presentados y reconocieron que debían manejarlos, para poder mejorar. Todos los sujetos se vieron dispuestos a colaborar, para lograr así un cambio; el hecho de poder verlos dos veces a la semana, colaboró para que se diera un seguimiento continuo y exacto de las situaciones que estaban pasando en el plano escolar.

La edad de los participantes no marcó gran diferencia a la hora de ejecutar o explicar las sesiones. Todas las sesiones programadas, se pudieron realizar de manera fluida y con gran aceptación de parte de los sujetos. En ciertas ocasiones, sí hubo que realizar modificaciones en indicaciones o ejemplos a los sujetos menores de diez (10)

años, que representaban el 40% de los mismos. Debido a la edad, sólo hicimos uso de dos libros dentro del programa, siendo similar el tiempo de ejecución, más no la cantidad de errores que podían cometer, ya que, dos de los sujetos llegó a cometer hasta cinco (5) errores en una actividad, mientras que tres de los sujetos cometieron menos de cuatro (4) errores en actividades específicas.

Todos los sujetos, fueron mejorando el tiempo de ejecución y la cantidad de errores, teniendo en cuenta el tipo de actividad y nivel de dificultad; de igual forma, durante las consultas, pudimos observar la capacidad creciente de realizar una actividad empleando las autoinstrucciones de manera oportuna, facilitando su desarrollo y evitando cometer posibles fallas, por actos impulsivos.

Hubo padres que aceptaron, con mayor facilidad, la orientación brindada, ya que su comportamiento y trato hacia el sujeto era distinto tras las sesiones de orientación; este dato podíamos obtenerlo luego de conversar con cada uno de los sujetos y expresarnos las situaciones que podían ocurrir en el hogar (posibles discusiones, problemas que tuvieran con sus padres, ver cómo lo resolvían o cómo se manejaba la situación).

Otro aspecto que podemos mencionar, dentro de la evolución terapéutica, es la notable dificultad en las relaciones sociales que presentan cada uno de los sujetos; y no solo, hablamos de relaciones con pares, sino también con personas mayores y menores. Todos nuestros sujetos tenían dificultades para lograr atender en casa, teniendo el 80% dificultades con el manejo de su ira, actuaban de manera impulsiva provocando que fueran castigados, o bien, si era en la escuela, lograr que le dieran alguna sanción.

Muchos de los padres hacían referencia al poco trato sensibilizado del docente, a la falta de conocimientos y a la pobre atención que el plantel les dedicaba a sus hijos. Este aspecto, como mencionamos dentro del tratamiento, se vio mermado en el plano familiar, ya que los padres lograron manejar de forma apropiada las conductas inadecuadas, así como reforzar el uso adecuado de las autoinstrucciones en diferentes planos o actividades.

Si hablamos de cada sujeto, podemos destacar que el primer sujeto, tuvo mayor resistencia a la terapia y al proceso que se estuvo aplicando sesión a sesión; sin embargo, por comentarios de los padres y de él mismo, nos percatamos que pudo aplicar todo lo brindado en terapia en su día a día. A pesar de estar involucrado con actividades extracurriculares que chocaban con las sesiones, se mostró dispuesto a colaborar y a negociar las mismas. Este sujeto, con 11 años, mostraba dificultades sociales y anímicas, se podían observar indicios de rebeldía y cambios de humor; los cuales podemos suponer que están relacionados a sus cambios fisiológicos. Queremos destacar que en este caso, se pudo aumentar las puntuaciones del sujeto y lograr que las mismas estuviesen dentro de las puntuaciones medias con respecto a su primera evaluación, donde todas se encontraban por debajo de esta.

Con el segundo sujeto, logramos establecer el rapport fácilmente. Fue significativo el nivel de hiperactividad que este sujeto mostró en todas las sesiones, recordando que el mismo estaba medicado en horarios de la mañana, por lo que cuando llegaba a la consulta, no tiene el efecto de esta. A pesar de tener altos niveles de hiperactividad, lograba manejarse y controlar sus impulsos hasta cierta medida, aspecto que fue

mejorando mucho más a lo largo de la terapia. Aceptó, poco a poco, las consecuencias de sus actuaciones y las posibles decisiones que tomaba, principalmente porque hubo un cambio significativo en el hogar, que promovió aún más su cambio comportamental. Este sujeto, mejoró en la mayoría de sus pruebas y se pudo observar la afinidad al realizar las autoinstrucciones, aunque sí pudimos notar, cierta dependencia a la guía u orientación cercana a él, lo cual podemos relacionarlo con su edad cronológica de nueve años.

El nivel de hiperactividad e impulsividad, pudimos notarlo con frecuencia en nuestro tercer sujeto. Éste se mostró activo durante la mayoría de las sesiones, era con movimientos en la silla o poniéndose de pie, podía expresar su nivel de actividad verbalmente, ya que iniciaba una conversación, modulaba rápido y podía llegar a cambiar el tema en diversas ocasiones. A pesar que no encontramos muchos cambios dentro del plano familiar, logramos observar cambios en la planificación de estrategias para resolver algún problema. Adicional, en este sujeto era muy frecuente la frustración en cada actividad. Llegó a estar irritado en consulta, sin ánimos de realizar ninguna de las actividades, pero pudimos manejarlo de acuerdo a la situación, logrando que pudiese concluirlas. Este fue uno de los sujetos con menores puntuaciones en todas las pruebas que fueron medidas y a pesar de poder ver cambios reflejados al final, no lograron llegar a la media. Dentro de cada sesión de la terapia notamos, que el sujeto, a pesar de poder estar diagnosticado, presentaba ciertas dificultades que denotaban alguna dificultad solapada que se requiere de una evaluación más profunda o bien la revisión del informe a detalle y no sólo un papel que informe el diagnóstico. A pesar de las dificultades, la relación terapéutica se mantuvo y logramos realizar cambios

específicos en la postura que podía tomar ante una actividad, lo cual requiere de seguimiento y orientación.

Nuestro cuarto sujeto, de 12 años, le costó aceptar el tratamiento y su condición, a pesar de haber asistido a terapia anteriormente. A lo largo de las sesiones con este sujeto se necesitó realizar aclaraciones y confrontaciones puntuales, para lograr una mayor relación terapéutica. Luego de poder pasar esta fase de resistencia, logramos establecer un trabajo fluido y concreto dentro de cada sesión. Con éste se necesitó, ser muy directivo y explicativo a la hora de dar las instrucciones, ya que el sujeto, tenía que comprender la utilidad y cómo le podía servir todo lo que se le estaba brindando. Al ir finalizando la terapia, se nota cómo el sujeto se apega a lo que se realiza en terapia o bien al terapeuta, ya que muestra su simpatía al poder conversar, expresarse y compartir sucesos personales que al inicio del programa no mencionaba o bien, sólo decía “es personal”; compartiendo así, dificultades dentro del plantel educativo, con sus pares, incluyendo a su hermano y su relación con sus padres. Pudimos observar, que este sujeto pudo aumentar casi todas las puntuaciones de sus pruebas en comparación con la primera evaluación, mostrando así la facilidad de captación que posee el joven y la aplicación de lo brindado durante la aplicación del programa; mostrando cambios también dentro del plano familiar, según lo expresan los padres.

El quinto sujeto, con 12 años, mostraba comportamiento pasivo e inactivo frecuentemente, moviendo su cuerpo en ocasiones, pero a causa de la frustración. Se pudo notar que este último sujeto, no manifestaba tantos comportamientos que nos dieran a pensar que su hiperactividad o impulsividad estaban afectando. Todo lo

contrario, este sujeto en la mayoría de las sesiones, se mostraba tranquilo, callado con tendencia a victimizarse; lo que podemos suponer como consecuencia del acoso escolar recibido en años anteriores. Durante las sesiones destacamos, que se estableció un buen rapport, dando oportunidad a que el joven pudiese expresarse en lo que tuviera dudas o desacuerdos, frecuentemente él mismo era quien realizaba analogías de lo que estábamos explicando, ejemplificaba con sucesos que le habían ocurrido y cómo podía resolverlo teniendo las herramientas con las que cuenta actualmente. Este sujeto logró aumentar la mayoría de sus puntajes, pudiendo llegar a puntajes medios o altos. La relación terapéutica mejoró aún más, luego de la primera sesión de padres, donde se les explicó los cambios que debíamos realizar, causando así mayor apertura a las sesiones. Dentro de terapia se pudo manejar aspectos familiares y sociales que el sujeto traía a colación.

A lo largo de la investigación, pudimos notar la problemática existente en la evaluación y descarte del Trastorno por Déficit de Atención, debido a que nos costó poder conseguir una muestra que cumpliera con nuestros criterios, los cuales sólo se basaban en tener un trastorno diagnosticado por personal idóneo y que no estuviesen acompañados de diagnósticos que no son comórbidos. Tan sólo con la primera mención, tuvimos que descartar más de la mitad de la lista de espera que cuenta la Fundación.

Una vez iniciado el proceso de ejecución de este programa, notamos el cambio de nuestros sujetos, los cuales no sólo el terapeuta observó, sino también los padres de

familia, obteniendo así, cambios que repercuten en la vida del niño y facilitan su desempeño diario en las actividades de la escuela, casa o incluso en el ámbito social.

Dentro de toda esta experiencia, me quedo con la conexión que se puede crear con cada paciente y cómo es posible crear vínculos distintos a pesar de tener una misma estrategia; adicional, la capacidad que debe tener un terapeuta para acoplarse al paciente, las modificaciones que debemos tener para establecer un mejor rapport y ceder en ciertas ocasiones, siempre y cuando estén bajo el objetivo terapéutico marcado desde el inicio del tratamiento.

Personalmente, lo más difícil fue poder concluir y cerrar el ciclo, con cada sujeto; ya que se estableció un buen rapport con cada uno de ellos, queriendo poder seguir contribuyendo a su cambio hasta poder cumplir con los objetivos necesarios para la independencia. Muchos de nuestros sujetos, mejoraron en sus puntuaciones, sin embargo, reconocer que a pesar de esto se requiere de más sesiones y más trabajos, no fue fácil.

En general podríamos mencionar como las funciones de inhibición, programación de la conducta, memoria de trabajo y flexibilidad pudieron mejorar en cada sujeto a su manera. Hubo más funciones ejecutivas implicadas dentro de las evaluaciones, sin embargo, consideramos que estas fueron las más afectadas debido a los niveles que lograron los sujetos en la segunda evaluación y tras el análisis de la ejecución de cada trabajo dentro de las sesiones.

CAPÍTULO VI.

Conclusión y Recomendaciones.

1. Conclusión

En esta investigación, buscábamos poder obtener información sobre los posibles cambios en nuestros sujetos, tras la aplicación de un tratamiento, el cual se elaboró con base en el *Programa La Aventura Pirata*, dirigida a la atención de niños con TDA/H, para trabajar sus funciones ejecutivas y así poder describir dichos cambios mediante la observación del terapeuta, la ejecución dentro de las sesiones y las modificaciones que reflejaban los padres. Rechazando nuestra hipótesis nula y aceptando la alterna, ya que pudimos observar la efectividad que tuvo el programa en los sujetos participantes de la investigación.

Por las intervenciones planteadas en nuestro marco de referencia, sabemos que las autoinstrucciones podían mejorar procesos de atención y concentración, pero queríamos saber si a través del aprendizaje de la autorregulación, pudiésemos encontrar cambios en las funciones ejecutivas de nuestra población; según lo plantea el autor del Programa Aventura Pirata, obteniendo datos importantes de cada sujeto.

Dentro de estas conclusiones encontramos datos importantes divididos los siguientes temas: Percepción de los padres, los resultados de los mimos sujetos, datos clínicos y datos personales obtenidos tras la aplicación de la intervención en los sujetos.

Según la percepción de los padres, disminuyó los ítems seleccionados de nuestra lista tras la aplicación de la intervención, inclusive pudimos hablar de un 25% de ítems que dejaron de seleccionar, aproximadamente, por el cambio de comportamiento y quizás un simple cambio de percepción que repercute de manera positiva en la vida de cada

niño, provocando una posible mejora en la relación que pudiesen tener los padres con los hijos.

Según los sujetos participantes de esta investigación, obtuvieron puntajes mayores luego de la aplicación de nuestra intervención, mejorando en sus funciones ejecutivas, tiempo de ejecución y comportamiento; para reconocer esta mejora tomamos en cuenta la ejecución dentro de la aplicación de los instrumentos para evaluarlos y sobre todo los comentarios de los padres durante las sesiones y principalmente en las sesiones de seguimiento donde se reportó los resultados a dichos padres. Algunos de nuestros sujetos, por su capacidad de razonamiento también pudieron exponer verbalmente la mejoría que podían percibir; y los demás, mediante su trabajo, ejecutaban sus cambios.

Según los datos clínicos, podemos mencionar que el comportamiento y la capacidad de análisis de cada sujeto se vieron optimizados a través de las actividades que se desarrollaron en las sesiones, mostrando dichos cambios a lo largo de las sesiones; de igual forma sus niveles de atención y manejo de la impulsividad, a pesar de las posibles dificultades que se tuvo con la muestra. Siendo este un aspecto importante a la hora de analizar la sintomatología que presentaba el sujeto antes y después del tratamiento, ya que son características principales en el Trastorno por Déficit de Atención; estas diferencias variaron entre cada sujeto, sin embargo, en todos hubo diferencia comparándose entre ellos mismos.

Otro aspecto dentro de nuestra conclusión a esta investigación está relacionado a la terapeuta, ya que, a pesar de las diferencias de nuestra población, tuvo la capacidad

para poder satisfacer las necesidades que traen los padres, tratar de resolver sus dudas y brindarles estrategias para el manejo de sus hijos dentro y fuera del hogar. La capacidad de poder empatizar con ellos, es indispensable, y a pesar de poder llegar a sentir intimidación por estatus social de algunos padres de familia participantes o el temor de ser invalidada por algunos de ellos, debido a la edad o apariencia; pudimos controlarlo, manejarlo y trabajar con ello, para poder establecer una relación sólida entre los padres y así ejercer el tratamiento con profesionalismo y en búsqueda de lo mejor para los sujetos.

Limitación del estudio

Además de la dificultad a la hora de obtener nuestra muestra, encontramos la mortalidad de nuestra muestra como la mayor limitación, ya que, al lograr conseguir la cantidad mínima necesaria para la ejecución de esta investigación, tres posibles sujetos no asistieron a la entrevista por lo que fueron descartados; otros dos sujetos que fueron llamados para participar, asistieron a la entrevista mas no continuaron asistiendo a las terapias; quedando así tan sólo cinco niños.

Otra limitación, pudo haber sido mantenernos con la población de una sola fundación, que a pesar de ser una organización que sólo se centra en esta condición, notamos que pudo haber sido más provechoso agregar a otras instituciones que traten esta condición o incluso dirigirse a instituciones públicas, con los profesionales idóneos para que pudiesen hacer referencia directa a los investigadores.

No logramos promover nuestros datos como estadísticamente significativos por la cantidad de sujetos que logramos conseguir, pero destacamos los cambios que hubo en cada sujeto, dando a pensar que quizás, con la aplicación a más sujetos podríamos generalizar dichos resultados y establecer otras posibles hipótesis.

2. Recomendaciones

a. Promovemos que la investigación, de cualquier tipo de estudio sea alentada, promovida y reforzada por nuestras instituciones académicas, que sea reconocida toda investigación como fundamental para el desarrollo íntegro y generalizado de nuestra carrera.
b. Debemos iniciar un cambio significativo a las barreras que le colocamos a nuestras investigaciones y volver a remarcar nuestras bases, ya que sin ellas promoveremos investigadores reacios, comprometidos sólo con un papel y no por brindar información valiosa a las demás generaciones. De igual forma, promover con recursos materiales y financieros a los psicólogos entusiastas que ven más allá de variables como el estrés y la motivación.
c. Con respecto a nuestro tema de investigación exhortamos a la población estudiantil, poder redirigir este estudio a un diseño experimental, incluyendo a poblaciones de otras instituciones para obtener así una muestra más sustancial.
d. Se debe realizar un análisis profundo antes de escoger la muestra, ya que las evaluaciones que se están dando actualmente encontramos muchos informes que dictaminan este diagnóstico acompañado por otras condiciones que son excluyentes o bien encontramos profesionales que no cuentan con idoneidad para brindar un diagnóstico.
e. De la mano con lo anterior, se puede promover seminarios o talleres para profesionales idóneos en diagnosticar estas condiciones bajo el objetivo de

orientar las bases que son necesarias en su evaluación y así determinar un diagnostico efectivo, es decir, realizar un diagnóstico diferencial certero.

f. Validamos lo importante que es realizar talleres para sensibilizar a padres y docentes en el manejo de los estudiantes, ya que pudimos observar la incomprensión constante en nuestros sujetos por parte de los adultos que lo rodean.
g. Presentar medidas pertinentes para el manejo de estos comportamientos a los administrativos de cada institución académica, para ayudar a sensibilizar en el tema y promover comportamientos positivos en los niños.
h. Revisar la cantidad de sesiones que se pueda brindar en los sujetos bajo este tipo de intervención; consideramos que podemos tener sesiones extra con los padres y con los pacientes.
i. Analizar la posibilidad de emplear trabajos que exhorten la capacidad de desarrollar autoinstrucciones de manera grupal, para talleres o parte de alguna materia dentro de las instituciones académicas.
j. Importante revisar la situación social del sujeto, ya que el acoso escolar es una variable que se encuentra frecuentemente en los casos de niños que tienen un diagnóstico de TDA/H.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Adame Guerrero, A. I. (2014). *Estrategias de intervención para mejorar las funciones ejecutivas en niños con TDA/H.* Badajoz: Universidad Internacional de La Rioja. Recuperado el 8 de junio de 2018

American Psychiatric Association. (2013). Desk Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-5. Arlington, VA.

American Psychiatric Association., Kupfer, D. J., Regier, D. A., Arango López, C., Ayuso-Mateos, J. L., Vieta Pascual, E., & Bagney Lifante, A. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5a ed.). Madrid [etc.]: Editorial Médica Panamericana.

Balaguer, D. J. (2017). *Fundación CADAH.* Obtenido de fundacioncadah.org: https://www.fundacioncadah.org/web/categoria/evaluacion-clinica.html

Beltrán, D. Y. (2008). *Evaluación del impacto de un programa de intervención cognitivo - conductual para niños con Déficit de Atención con Hperactividad, pertenecientes a Instituciones Educativas del Municipio de Giron.* Tesis de grado, Universidad Pintificia Bolivariana, Santander, Floridablanca. Recuperado el 2018

Borunda Miranda, G. H. (2013). *Actividades terapéuticas para niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad: guía práctica con ejercicios* (2a ed.). México: Editorial Trillas.

Calderón, C. (2001). Resultados de un programa de tratamiento cognitivo-conductual para niños con Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Anuario de Psicología, 32*(4), 79-98. Obtenido de https://www.raco.cat/index.php/anuariopsicologia/article/viewFile/61693/88460&q=poro+profesores+alumnas+ni%C3%B1as+de+10+a%C3%B1os&sa=X&ei=kpcEULnMGsP80QXk4uTiBw&ved=0CCAQFjAF

Ch.A.D.D. (1993). El Trastorno conocido por ADD. Un panorama acerca de los Trastorno de Bajo Nivel de Atención. -, -.

Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. (02 de 09 de 2015). *Infocop Online.* Recuperado el 2018, de http://www.infocop.es/view_article.asp?id=5657

Douglas, V. I., Parry, P., Marton, P., & Garson, C. (diciembre de 1976). Assessment of a cognitive training program for hyperactive children. *Journal of Abnormal Child Psychology, 4*, 389-410. doi:https://doi.org/10.1007/BF00922535

Dr. Barkley, R. (s.f.). *Russell A. Barkley, Ph.D., Dedicated to Education and Research on ADHD*. Obtenido de http://www.russellbarkley.org/

Dra. Orjales Villar, I., & Dr. Polaino Lorente, A. (2014). *Programas de Intervención Cognitivo-Conductual para niños con Déficit de Atención con Hiperactividad* (N°10 ed.). España: Editorial CEPE, S.L.

DuPaul, G. J. (s.f.). Ph.D. Psychology.

Fernández-Olaria, R., & Flórez, J. (2017). *FUNDACIÓN IBEROAMERICANA DOWN 21.* Obtenido de DownCiclopedia: https://www.downciclopedia.org/neurobiologia/funciones-ejecutivas-bases-fundamentales

Fundación CADAH. (- de - de -). *FUNDACION CADAH.* Recuperado el 2018, de FUNDACION CADAH: https://www.fundacioncadah.org/web/articulo/metodos-y-tecnicas-de-intervencion-psicologica-en-el-TDA/H.html

Garrido P., V. (2012). *El TDA/H en Edad Escolar: Programa de Intervención en el Aula para alumnos con TDA/H y Orientaciones para Familias y Docentes.* Tesis de máster, Universidad Internacional de La Rioja, Facultad de Educación, Jaén.

Giroud B., J. L. (2012). *Neurobiología del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.* (B. I. Creativo, Ed.) Distrito Federal, Coyoacán, México: Fundación Cultural Federico Hoth, A.C.

Goerge, C. K. (1984, 1985 1996). *Adult Attachment Interview* (Tercera ed.). Deparment of Psychology, University of California, Berkeley.: Unpublished protocol. Obtenido de http://www.psychology.sunysb.edu/attachment/measures/content/aai_interview.pdf

Gónzalez Maya, M. V. (2015). *La alteración en las Funciones ejecutivas en el TDA/H y su relación con el rendimiento académico.* Montería: Universidad Internacional de La Rioja. Recuperado el 10 de 7 de 2018, de https://reunir.unir.net

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre TDA/H en Niños y Adolescentes. (2010). *Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDA/H) en Niños y Adolescentes.* Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d´Informació, Avaluació i Qualitat en Salut (AIAQS). Guías de Práctica Clínica en el SNS: AIAQS Nº 2007/18. Obtenido de www.guiasalud.es

Gutierréz, D. A. (28 de septiembre de 2016). *Shire Pharmaceuticals Ibérica S.L. .* Obtenido de TDA/Hytu.es : http://www.TDA/Hytu.es/como-se-diagnostica-el-TDA/H/

Gutiérrez, G., & Pérez-Acosta, A. (2004). *Revista Latinoamericana de Psicología, 36*(1), 50-56.

Martin, A. B. (21 de 4 de 2008). *Creación y Coordinación Psicología Integradora.* Obtenido de Psicología Latina: http://www.psicologialatina.com/?q=apego

Montañez, I. (2014). *Programa de intervención en niños con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDA/H) y familia.* Tesis Doctoral, Universidad de Extremadura, Departamento de Psicología y Antropología, Badajoz.

Morrison, J., & Flegel, K. (2018). *La Entrevista en Niños y Adolescentes. Habilidades y Estrategias para el diagnóstico Eficaz del DSM-5.* (J. Cisneros Herrera, Trad.) Ciudad de México: Editorial El Manual Moderno.

National Institute for Health and Care Excellence - NICE-. (2018). *Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management.* NICE guideline: short version. Obtenido de https://www.nice.org.uk/guidance/ng87/documents/short-version-of-draft-guideline

National Institute for Health and Care Excellence -NICE-. (septiembre de 2017). Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management. *NICE guideline: short version*.

NeuronUP, SL. (2012-2018). *NeuronUP*. Obtenido de Plataforma NeuronUP: https://www.neuronup.com/es/areas/functions

Nilipour, L. (16 de Julio de 2015). *La Estrella de Panamá.* Obtenido de La Estrella de Panamá: http://laestrella.com.pa/vida-de-hoy/salud/hiperactividad-afecta-aprendizaje/23879341

Orjales V., D. I. (2012). El Trastorno por Défiit de Atención con Hiperactividad, manuscrito de Isabel Orjales. *Asociación Navarra para el tratamiento y el estudio del Déficit de Atención Hiperactividad e Impulsividad*. Murcia. Obtenido de www.um.es/lafem/Actividades/2012-13/Plenarias/Orjales/TDA/H.pdf

Orjales V., I. (11 de diciembre de 2016). Cometarios a la Entrevista realizada en el ABC al catedrático Marino Pérez titulada: "El tratamiento del TDA/H no existe, y la medicación, no es un tratamiento, sino un dopaje". Madrid, España.

Orjales, I. (2014). *Programa de Intervención cognitivo-conductual para niños con déficit de atención con hiperactividad* (Vol. 10). Madrid: Editorial CEPE, S.L.

Peréz Castro, D. J., & Sirvent Cancino, D. M. (2016). TDA/H y comorbilidades en el aula. En D. J. Peréz Castro Vásquez, & D. M. Sirvent Cancino, *TDA/H y comorbilidades en el aula.* Ciudad de México, Coyoacán, México: Fundación Cultural Federico Hoth, A.C.

Portellano, J., Martínez Arias, R., & L., Z. (2009). *Evaluación Neuropsicológica de las Funciones Ejecutivas en Niños (ENFEN) .* Madrid, España: TEA Ediciones, S.A.U.

Proyectodah. (4-6 de octubre de 2018). *14° Congreso Internacional sobre Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. Género y TDAH.* Ciudad de México, México.

Sáenz, L. V. (2015). *Función Ejecutiva en la alta capacidad intelectual.* Universidad de La Rioja, Facultad de Letras y de la Educación. Logroño: Servicio de Publicaciones.

Sanchéz, Y. & Quito, C. (2018). *Programa de Sensibilización y Orientación en Estrategias a Padres y Docentes.* Panamá: Fundación Valórate.

Sardinero, A. (2017). *Aventura Pirata. Entrenamiento de la Atención y de las Funciones Ejecutivas mediante Autoinstrucciones.* Madrid: TEA Ediciones.

Sardinero, A. (4 de junio de 2018). Entrenamiento en Funciones Ejecutivas: La Aventura Pirata. *La Aventura Pirata*. (D. d. Ediciones, Entrevistador) Obtenido de http://web.teaediciones.com/Andres-Sardinero-Entrenamiento-en-Funciones-Ejecutivas-La-Aventura-Pirata.aspx

TDA/Hytu.es. (- de mayo de 2015). *TDA/H y tú*. Obtenido de TDA/H y Tú: http://www.TDA/Hytu.es

Urbano, R. L. (2017). *Funcionamiento familiar y ajuste psicológico de niños y adolescentes con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.* Tesis doctoral, Universidad de Huelva, Departamento de Psicología Social, Evolutiva y de la Educación, Huelva. Obtenido de http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/14780/Funcionamiento_familiar.pdf?sequence=2

Valadez Sierra, M. d., Alba Villegas, E. d., & Reynaga García, R. E. (2013). *JUVEPICE: juego, veo, pienso, creo y escucho: programa de intervención educativa para niños con TDA/H* (2a ed.). México: El Manual Moderno.

ANEXO

ANEXO 1. Entrevista Semi-estructurada

Entrevista con el Acudiente

(FV-Psic.03)

1. Datos de identificación generales

Nombre del niño: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Centro Educativo: _____

Grado: _____Dirección: _____

Motivo por el cual nos visita: _____

_____

_____

2. Información Familiar

Acudientes: • **Acudiente 1**	Nombre: Relación: Edad: Ocupación: Estado civil: Nivel académico:
• **Acudiente 2**	Nombre: Relación: Edad: Ocupación: Estado civil: Nivel académico:
Hermanos: • **Hermano(a) 1**	Nombre: Edad: Grado: Escuela:
• **Hermano(a) 2**	Nombre: Edad: Grado: Escuela:
• **Hermano(a) 3**	Nombre: Edad: Grado: Escuela:
• **Hermano(a) 4**	Nombre: Edad: Grado: Escuela:

Propiedad de Fundación Valórate

Otras personas que vivan en la casa	Nombre: Edad: Relación: Ocupación: Nombre: Edad: Relación: Ocupación:

3. Historia médica, salud mental y desarrollo

3.1 EMBARAZO

¿Cuántos embarazos ha tenido la madre? (incluir los no nacidos)_____

Aborto espontáneo _____

Aborto provocado _____

¿Qué número de embarazo fue su hijo?: _____

Edad de la madre durante el embarazo: _____

Asistió a consultas regulares durante el embarazo

___Sí ___No Explique: _____

_____

Amenaza de parto prematuro o aborto: ___Sí ___No

¿Qué problemas tuvo durante el embarazo? (✓) *(Especificando todos los que puedan causar daños, tiempo de gestación y medicamentos suministrados.)*

___ rubéola ___ Varicela ___ infección de los riñones

___ hipertensión ___ hipotensión ___estados gripales

___ anemia ___asma ___diabetes

___ factor RH diferentes ___ epilepsia ___ intoxicaciones

___ Caídas ___ Otro: _____

¿El niño asistió al médico? ___Sí Tratamiento prolongado: ___Sí ____No

___No

Propiedad de Fundación Valórate

3.2 NACIMIENTO

Tipo de parto: ___ Cesárea Peso al nacer: _____

___ Vaginal Apgar: ___ ___ _____

¿Cuántos meses duró el periodo de gestación? _____, ¿tuvo complicaciones?:

_____

3.3 INFANCIA

Problemas de salud durante la infancia (accidentes o algún tipo de trauma)

_____

_____

Hospitalizaciones previas: ____Sí Motivo: _____

_____

____No

Enfermedades crónicas y/o alergias (especifique): _____

¿Se encuentra actualmente bajo medicación? __Sí ____No

Detalle: _____

_____

¿Algún familiar ha tenido problemas de salud severos/hospitalizaciones/ accidentes/ traumas?_____

_____

a. Patrón de alimentación

¿El niño come las tres comidas diariamente?: ___Sí ____No

Detalle de apetito: ___Bueno ___Malo ___Regular

b. Comportamientos varios *(especificar a la edad que ocurrieron u ocurren)*

__Chuparse el dedo: _____

__Tics: _____

__ Agresividad externa: _____

__ Autolesiva / Autoagresión: _____

__Comportamientos inusuales: _____

c. Hábitos nocturnos

_Orinarse en la cama ___pesadillas ____ sueño irregular

Detalle: _____

Propiedad de Fundación Valórate

d. Historia de salud mental

Mencione todos los diagnósticos y/o estudios realizados que ha tenido el niño *(indique la fecha del informe)*:

_____

_____

Familiar con diagnóstico con T.D.A/H o comórbidos:

_____

_____

¿Es o ha sido víctima de abuso sexual, físico o emocional?

_____

3.4 DESARROLLO PSICOMOTOR

Mencione la edad cuando el niño:

Agarró los objetos: _____ Sostuvo la cabeza: _____

Se sentó solo: _____ Gateo: _____

Dio sus primeros pasos: _____ Comió solo: _____

¿Extendía los brazos ante personas conocidas? ___Sí ____No

¿Reaccionaba ante las personas extrañas? ___Sí ¿Cómo? _____

___No

3.5 LENGUAJE

Mencione la edad cuando el niño:

Inicio a balbucear: _____ Pronunció sus primeras palabras: _____

Inicio a utilizar frases: _____

Se dio a entender a los que lo rodean (sin contar a la madre): _____

Habla con dificultad: ___Si Mencione las palabras que actualmente se entienden: ____

_____

___No ¿Normalmente se expresa sin dificultad? ___Si ____No

Utilizó mímica ___Si ¿Hasta qué tiempo? _____

¿Cómo se hace entender actualmente? _____

___No

¿Comprende cuando le hablan? ___Sí ____No

Propiedad de Fundación Valórate

¿Presentó tropiezos y vacilaciones al hablar? ___Sí ¿Hasta qué edad? _____

___No

¿Quién se encargó del niño durante sus tres (3) primeros años de vida?

_____

¿Estimulaban su lenguaje? ___Sí ¿Cómo? _____

___No

Actualmente asiste a Terapia de Lenguaje: ___Sí ¿Dónde?: _____

Cantidad de sesiones: _____

___No

3.6 AUTONOMÍA

Mencione la edad cuando el niño:

Comenzó a comer solo _____ Supo vestirse solo _____

Supo ponerse los zapatos y amarrárselos _____ Supo abotonarse_____ Describa su comportamiento cuando:

Le dan órdenes: _____ Le piden mandados:_____ Lo agreden:_____

¿Reconoce el peligro? ___Sí ___No

4. Aspecto social y relaciones interpersonales

Describa la relación del niño con:

Con el padre:	Con la madre:	Padrastro/Madrastra (si aplica):	Hermanos:
Con los abuelos:	Familia extendida:	Con sus maestros:	Compañeros y amigos:

Señale (✓) las actitudes que presenta el niño:

___Tímido ____Expresivo ____Agresivo ___Aislado

___Inhibido ____Rechazado ____Callado ___ Introvertido

Propiedad de Fundación Valórate

___ Aceptado ____Líder ____Extrovertido ___Dominante

___Impaciente (No respeta su turno)____Egoísta (no comparte)

¿Cuáles son las cualidades que presenta el niño? *(tratar de pedirle más de dos)*

_____

_____

5. Historia Académica

5.1 PREESCOLAR

¿Asistió a la guardería? ___Sí ¿Cómo se adaptó? _____

_____

___No

Comentarios y observaciones de las maestras del niño: _____

_____

Señale si el niño presentó algunas de las siguientes características:

____ Si tiene/tenía nivel anormal de actividad que no era propio de la edad.

____ Si fue o es activo e irritable y si demandaba/demanda mucha atención.

____ Si tendía a responder de forma exagerada a la estimulación ambiental.

____ Si su temperamento era/es difícil y malhumorado.

____ Tenía/tiene problemas de agresividad y/o comportamientos desafiantes.

____ Si reaccionaba negativamente frente a situaciones nuevas.

____ Si tenía o tiene dificultad para adaptarse a rutinas diarias.

____ Si tiene o tenía problemas de sueño.

5.1 ESCOLAR

¿A qué edad inició su etapa escolar? _____

Describa su adaptación:

_____

_____

Mencione todas las escuelas a las que el niño ha ido, sus razones de cambio y en qué grado:

Propiedad de Fundación Valórate

_____

_____

_____

¿Qué tipo de problemas académicos ha tenido?

___Conducta ___Notas ___Ambos

Detalle: _____

_____¿H

a repetido algún grado escolar? ___Sí Grado o grados: _____

___No

¿Describa cómo es su conducta fuera y dentro del aula?

_____

_____

Mencione las materias que tenga con fracaso o bajo rendimiento actualmente:

_____

_____

¿Qué hace la maestra ante las dificultades del alumno?

_____

_____

_____

¿El niño cuida sus materiales? ___Sí ____No

¿Asiste a las reuniones de padres en la escuela? ___Sí ____No

Mencione las materias que le agradan al niño o en las cuales muestre facilidad:

_____

_____

¿Cómo y dónde hace las tareas? *(Especificar si lo hace solo o con ayuda, si tiene horario o no)*

_____

_____

Mencione las posibles ayudas que recibe a parte de Fundación Valórate:

___ Tutorias: _____

___ Terapias o intervenciones: _____

Propiedad de Fundación Valórate

___ Otros: _____

6. Disciplina

En la casa hay normas o reglas: ____ Sí Mencione: _____

_____

____ No

¿Cómo se recompensa al niño? *(mencione ejemplos)*

___ Dinero ___ Materiales Tangibles ___ Tiempo ___Elogios

___ Privilegios___ Otro: _____

Detalle: _____

_____

¿Cómo se castiga al niño? *(mencione ejemplos)*

___Pegarle ____Gritarle ___Quitarle privilegios

___ Mandarlo al cuarto o se le aisla ___Regañarle constantemente

___No lo castigo ____sólo le hablo pero sigue sin obedecer

Detalles: _____

_____

7. Varios

Mencione los pasatiempos y actividades favoritas que tiene el niño:

_____

_____

Mencione los temas que son de su interés:

_____

_____

Mencione las habilidades o destrezas que presenta el niño:

_____

_____

_____ _____

Psicólogo/a **Fecha**

Propiedad de Fundación Valórate

Anexo 2.

Pre-entrevista (autoreporte)

Favor complete todos los siguientes datos

Datos Generales:

Nombre del acudido/a: _____ Edad: _____ Grado: _____
Nombre de la responsable: _____
Describa brevemente la problemática actual de sus acudido/a:
_____
_____

Instrucciones: Marque con una "x" al lado derecho de las conductas que ha observado:

__Se levanta constantemente de su asiento.

__ Le cuesta trabajar solo.

__Le cuesta seguir instrucciones.

__ Se distrae constantemente.

__ Tiene dificultades para realizar una actividad en un tiempo específico.

__ Contesta sin pensar.

__ Le cuesta esperar.

__ Se cansa o frustra fácilmente.

__ Es inquieto (a).

__ Olvida materiales necesarios para el trabajo en clase.

__ Se le llama la atención con frecuencia.

__ Le cuesta controlarse cuando lo molestan.

__ Molesta o se burla de otros compañeros. Especifique: _____

__ No respeta la autoridad.

__ Ante un problema, le cuesta considerar alternativas para solucionarlo.

__ Es agresivo.

__ Interrumpe a otros cuando están hablando.

__ Hace comentarios negativos de sí mismos y de otros.

__ Le gusta estar solo, no juega con sus compañeros.

__ Le cuesta trabajar en grupo.

__ Es tímido o inseguro, miedoso. Especifique: _____

__ Pide ayuda frecuentemente.

__ No le gusta participar.

__ No muestra interés en lo que hace.

__ Olvida las cosas, es distraído.

__ No termina los trabajos.

__ Es muy lento para hacer las cosas.

__ Sueña despierto con frecuencia.

__ Hay que repetirle las instrucciones.

__ Es inmaduro para su edad.

__ Le toma mucho tiempo empezar a trabajar.

__ Infraestima el tiempo de realizar alguna actividad.

Anexo 3.

GUÍA DE SESIONES

TERAPIA INDIVIDUAL PARA OPTIMIZAR LAS FUNCIONES EJECUTIVAS

Sesión 1

Duración: 60 minutos

Objetivos: 1-Establecer la alianza terapéutica.

2- Comprender la importancia del diálogo interno.

3- Aplicación de las fases del entrenamiento autoinstruccional.

Objetivo Terminal: Al finalizar la sesión, el paciente podrá reconocer la importancia que es ejercer el dialogo interno, con ayuda de las autoinstrucciones.

Contenidos:

1. Entrevista con el paciente
2. Toma de conciencia sobre los procesos de pensamiento
3. Presentación de la lámina de las autoinstrucciones
    a. Explorar el contexto
    b. Comprender la tarea
    c. Planificar la ejecución
    d. Responder con Atención
    e. Revisar
4. Aplicación de las autoinstrucciones en tareas estructuradas
    a. Mapa Pirata
5. Exposición de lo que se realizó en la sesión.

Materiales: Manual, copias de fichas, lamina de autoinstrucción, lápices de escribir, borrador.

Procedimiento:

Inicio (15 min):

1. Bienvenida, establecimiento del rapport, establecimiento de reglas y objetivos.

Medio (40 min):

2. (5’) Se explicará al niño o niña, la posibilidad de mejorar su propio comportamiento si modifica su diálogo interno.
3. (10’) Se realizará una tarea cotidiana exponiendo sus pensamientos en voz alta al tiempo que se toma anotaciones para realizar una evaluación cualitativa

de sus procesos de pensamiento (cómo se organiza, qué estrategias usa, si supervisa o no sus errores, las características de los errores que comete, las autoverbalizaciones que emplea a modo de refuerzo)

4. (10') El niño o niña confeccionará un alista de los pasos que otro niño a su edad debería seguir para realizar esa misma tarea con mayor eficacia, sin cometer errores.
5. (5') Ambos trabajarán juntos comparando el registro que se hizo con la lista que elaboró el niño. Destacando que a pesar que se haya dado cuenta mientras lo hacía, ha tomado decisiones, planificando vías de solución, seguido de estrategias y valorando su esfuerzo al enfrentarse a la tarea; por lo que con la existencia del diálogo interno que sirve para organizar el comportamiento y que con la práctica y con nuestra ayuda podrá mejorar todos esos aspectos.
6. (10') Se explicará la lámina de autoinstrucciones y se realizará una tarea de "Mapa Pirata", para ejemplificar su uso.

Cierre (5 min): Exposición del niño o niña sobre las actividades realizadas en la sesión.

Observaciones:

Sesión 2

Duración: 60 minutos

Objetivos: 1- Identificar las cinco autoinstrucciones.

2- Entrenar el uso de las cinco autoinstrucciones.

Objetivo Terminal: Al finalizar la sesión, el niño o niña será capaz de identificar y aplicar las cinco autoinstrucciones en las tareas expuestas

Contenidos:

1. Resumen de la sesión anterior
2. Presentación de la lámina de las autoinstrucciones
    a. Explorar el contexto
    b. Comprender la tarea
    c. Planificar la ejecución
    d. Responder con Atención
    e. Revisar
3. Aplicación de las autoinstrucciones en tareas estructuradas
    a. Mapa Pirata
    b. Recuento de la tropa
4. Exposición de lo que se realizó en la sesión.

Materiales: Manual, copias de fichas, lamina de autoinstrucción, lápices de escribir, borrador.

Procedimiento:

Inicio (5 min):

1. Bienvenida y repaso de reglas.

Medio (50 min):

2. (10') Se conversa con el niño o niña sobre la sesión anterior y las actividades que fueron realizadas, tratar de explorar todo lo que recuerde. De igual forma se volverá a presentar la lámina de autoinstrucciones y su significado.
3. (10') Se presentará una tarea de "Mapa Pirata" con un grado mayor a la confeccionada en la sesión anterior mediante un modelado cognitivo y luego se resolverá mediante una guía externa.
4. (10') Se resolverá una tarea con un grado de dificultad mayor de "Mapa Pirata" mediante una guía externa.

5. (5’) Habrá una retroalimentación de los aspectos a mejorar, reforzando la conducta positiva.
6. (15’) Se presentará dos tareas de “Recuento de la tropa” aplicando las autoinstrucciones mediante una guía externa; una vez resuelta una de las tareas, se pasará a la segunda.

Cierre (5 min): Exposición del niño o niña sobre las actividades realizadas en la sesión.

Observaciones:

Sesión 3

Duración: 60 minutos

Objetivos: 1- Identificar las cinco autoinstrucciones.

2- Entrenar el uso de las cinco autoinstrucciones.

Objetivo Terminal: Al finalizar la sesión, el niño o niña será capaz de identificar y aplicar las cinco autoinstrucciones en las tareas expuestas

Contenidos:

1. Resumen de la sesión anterior
2. Repaso de la lámina de las autoinstrucciones
    a. Explorar el contexto
    b. Comprender la tarea
    c. Planificar la ejecución
    d. Responder con Atención
    e. Revisar
3. Aplicación de las autoinstrucciones en tareas estructuradas
    a. Mapa Pirata
    b. Recuento de la tropa
4. Exposición de lo que se realizó en la sesión.

Materiales: Manual, copias de fichas, lamina de autoinstrucción, lápices de escribir, borrador.

Procedimiento:

Inicio (5 min):

1. Bienvenida y repaso de reglas.

Medio (50 min):

2. (5') Se conversa con el niño o niña sobre la sesión anterior y las actividades que fueron realizadas, tratar de explorar todo lo que recuerde, incluyendo el repaso de la lámina de autoinstrucciones.
3. (10') Se presentará la misma tarea de la última sesión, según dificultad, de "Mapa Pirata" mediante un modelado cognitivo y luego se resolverá mediante una guía externa.
4. (10') Se resolverá una tarea con un grado de dificultad mayor de "Recuento de Tropa" mediante una guía externa.

5. (10’) Se resolverá una tarea con un grado de dificultad mayor de “Recuento de Tropa” mediante una autoguía manifiesta.
6. (5’) Habrá una retroalimentación de los aspectos a mejorar, reforzando la conducta positiva
7. (10’) Se resolverá una tarea con un grado de dificultad mayor de “Mapa Pirata” mediante una autoguía manifiesta.

Cierre (5 min): Exposición del niño o niña sobre las actividades realizadas en la sesión.

Observaciones:

Sesión 4

Duración: 60 minutos

Objetivos: 1- Conocer las autoinstrucciones.

2- Sensibilizar a los padres de familia.

Objetivo Terminal: Al finalizar la sesión, los padres lograrán reconocer las autoinstrucciones y su impacto en la ejecución del niño o niña.

Contenidos:

1. *Exposición de la situación actual*
2. *Brinda la información sobre las autoinstrucciones*
3. *Clarificación de dudas.*

Materiales: lamina de autoinstrucción.

Procedimiento:

Inicio (5 min):

1. *Bienvenida.*

Medio (50 min):

2. *(25') Se conversa con los padres sobre la situación actual, si existe algún problema persistente y clarificación de algunas dudas que tengan hasta ahora. Destacando si observan cambios o si todo permanece igual, brindando las recomendaciones oportunas a realizar en caso o en la escuela, dependiendo del caso.*
3. *(10') Se expondrá las autoinstrucciones, sus beneficios y ventajas a la hora de trabajar cualquier actividad, así como la solicitud para que trabajen en casa de la misma manera con sus actividades diarias.*
4. *(10') Práctica de los padres en el empleo de las autoinstrucciones.*
5. *(5') Retroalimentación y resolución sobre cualquier duda de lo realizado; explicar la fase donde nos encontramos con el niño o niña.*

Cierre (5 min): Despedida.

Observaciones:

Sesión 5

Duración: 60 minutos

Objetivos: 1- Identificar las cinco autoinstrucciones.

2- Entrenar el uso de las cinco autoinstrucciones.

Objetivo Terminal: Al finalizar la sesión, el niño o niña será capaz de identificar y aplicar las cinco autoinstrucciones en las tareas expuestas

Contenidos:

1. Resumen de la sesión anterior
2. Repaso de la lámina de las autoinstrucciones
    a. Explorar el contexto
    b. Comprender la tarea
    c. Planificar la ejecución
    d. Responder con Atención
    e. Revisar
3. Aplicación de las autoinstrucciones en tareas estructuradas
    a. Recuento de la tropa
    b. Coordenadas
4. Exposición de lo que se realizó en la sesión.

Materiales: Manual, copias de fichas, lamina de autoinstrucción, lápices de escribir, borrador.

Procedimiento:

Inicio (5 min):

1. Bienvenida y repaso de reglas.

Medio (50 min):

2. (5') Se conversa con el niño o niña sobre la sesión anterior y las actividades que fueron realizadas, tratar de explorar todo lo que recuerde, incluyendo el repaso de la lámina de autoinstrucciones.
3. (10') Se presentará la misma tarea de la última sesión, según dificultad, de "Recuento de Tropa" una guía externa.
4. (10') Se resolverá una tarea con un grado de dificultad mayor de "Recuento de Tropa" mediante una autoguía externa.
5. (10') Se resolverá una tarea de "coordenadas" mediante una autoguía manifiesta.

6. (5’) Habrá una retroalimentación de los aspectos a mejorar, reforzando la conducta positiva
7. (10’) Se resolverá una tarea con un grado de dificultad mayor de “coordenadas” mediante una autoguía manifiesta.

Cierre (5 min): Exposición del niño o niña sobre las actividades realizadas en la sesión.

Observaciones:

Sesión 6

Duración: 60 minutos

Objetivos: 1- Identificar las cinco autoinstrucciones.

2- Entrenar el uso de las cinco autoinstrucciones.

Objetivo Terminal: Al finalizar la sesión, el niño o niña será capaz de identificar y aplicar las cinco autoinstrucciones en las tareas expuestas.

Contenidos:

1. Resumen de la sesión anterior
2. Repaso de la lámina de las autoinstrucciones
    a. Explorar el contexto
    b. Comprender la tarea
    c. Planificar la ejecución
    d. Responder con Atención
    e. Revisar
3. Aplicación de las autoinstrucciones en tareas estructuradas
    a. Mapa Pirata
    b. Recuento de la tropa
    c. Coordenadas
    d. Inventario
4. Exposición de lo que se realizó en la sesión.

Materiales: Manual, copias de fichas, lamina de autoinstrucción, lápices de escribir, borrador.

Procedimiento:

Inicio (5 min):

1. Bienvenida y repaso de reglas.

Medio (50 min):

2. (5') Se conversa con el niño o niña sobre la sesión anterior y las actividades que fueron realizadas, tratar de explorar todo lo que recuerde, incluyendo su exposición de los significados de las autoinstrucciones que aparecen en la lámina.
3. (10') Se resolverá una tarea con un grado de dificultad mayor de "Coordenadas" mediante una autoguía manifiesta.
4. (10') Se resolverá una tarea con un grado de dificultad mayor de "Recuento de Tropa" mediante una autoguía manifiesta.

5. (10’) Se resolverá una tarea con un grado de dificultad mayor de “Mapa Pirata” mediante una autoguía manifiesta.
6. (5’) Habrá una retroalimentación de los aspectos a mejorar, reforzando la conducta positiva
7. (10’) Se resolverá una tarea con un grado de dificultad mayor de “Inventario” mediante una autoguía manifiesta.

Cierre (5 min): Exposición del niño o niña sobre las actividades realizadas en la sesión.

Observaciones:

Sesión 7

Duración: 45 minutos

Objetivos: 1- Repasar las autoinstrucciones.

2- Orientar a los padres de familia.

Objetivo Terminal: Al finalizar la sesión, los padres lograrán ser guías externas para el reforzamiento de las autoinstrucciones con el fin de optimizar la ejecución del niño o niña.

Contenidos:

5. *Exposición de la situación actual y dudas*
6. *Repaso de las autoinstrucciones y su importancia*
7. *Exposición de la fase donde nos encontramos con el niño o niña*
8. *Clarificación de dudas.*

Materiales: lamina de autoinstrucción.

Procedimiento:

Inicio (5 min):

1. *Bienvenida.*

Medio (50 min):

2. *(20') Se conversa con los padres sobre la situación actual, si existe algún problema persistente y clarificación de algunas dudas que tengan hasta ahora.*
3. *(10') Se expondrá las autoinstrucciones, sus beneficios y ventajas a la hora de trabajar cualquier actividad, así como la solicitud para que trabajen en casa de la misma manera con sus actividades diarias.*
4. *(10') Práctica de los padres en el empleo de las autoinstrucciones.*
5. *(5') Retroalimentación y resolución sobre cualquier duda de lo realizado; además de solicitar la importancia de traer la mochila de la escuela en la siguiente sesión y explicar la fase donde nos encontramos con el niño o niña.*

Cierre (5 min): Clarificar la fecha del cierre terapéutico y despedida.

Observaciones:

Sesión 8

Duración: 60 minutos

Objetivos: 1- Identificar las cinco autoinstrucciones.

2- Entrenar el uso de las cinco autoinstrucciones.

3- Generalizar el uso de las autoinstrucciones a otras tareas.

Objetivo Terminal: Al finalizar la sesión, el niño o niña será capaz de identificar y aplicar las cinco autoinstrucciones en las tareas expuestas.

Contenidos:

1. Resumen de la sesión anterior
2. Repaso de la lámina de las autoinstrucciones
    a. Explorar el contexto
    b. Comprender la tarea
    c. Planificar la ejecución
    d. Responder con Atención
    e. Revisar
3. Aplicación de las autoinstrucciones en tareas estructuradas
    a. Inventario
    b. Tarea escolar
4. Exposición de lo que se realizó en la sesión.

Materiales: Manual, copias de fichas, lamina de autoinstrucción, lápices de escribir, borrador, una tarea traída por el niño o niña.

Procedimiento:

Inicio (5 min):

1. Bienvenida y repaso de reglas.

Medio (50 min):

1. (5') Se conversa con el niño o niña sobre la sesión anterior y las actividades que fueron realizadas, tratar de explorar todo lo que recuerde, incluyendo su exposición de los significados de las autoinstrucciones que aparecen en la lámina.
2. (10') Se resolverá una tarea con un grado de dificultad mayor de "Inventario" mediante una autoguía manifiesta.
3. (10') Se resolverá una tarea con un grado de dificultad mayor de "Inventario" mediante una autoguía manifiesta atenuada.
4. (20') Se resolverá una tarea que le hayan dejado en la escuela mediante una guía externa.

5. (5’) Habrá una retroalimentación de los aspectos a mejorar, reforzando la conducta positiva

Cierre (5 min): Exposición del niño o niña sobre las actividades realizadas en la sesión y exposición de la importancia de aplicarlo en casa/escuela.

Observaciones:

Sesión 9

Duración: 60 minutos
Objetivos: 1- Entrenar el uso de las cinco autoinstrucciones.
2- Generalizar el uso de las autoinstrucciones a otras tareas.
Objetivo Terminal: Al finalizar la sesión, el niño o niña será capaz aplicar las cinco autoinstrucciones en las tareas expuestas.
Contenidos:

1. Resumen de la sesión anterior
2. Repaso de las autoinstrucciones sin la lámina
3. Aplicación de las autoinstrucciones en tareas estructuradas
    a. Inventario
    b. Tarea escolar
4. Exposición de lo que se realizó en la sesión.

Materiales: Manual, copias de fichas, lamina de autoinstrucción, lápices de escribir, borrador, una tarea traída por el niño o niña.
Procedimiento:

Inicio (5 min):

1. Bienvenida y repaso de reglas.

Medio (50 min):

1. (5') Se conversa con el niño o niña sobre la sesión anterior y las actividades que fueron realizadas, incluyendo si empleo las autoinstrucciones en los días que hayan pasado. Destacar la importancia de aplicarlo también en casa/ escuela.
2. (10') Se resolverá una tarea con un grado de dificultad mayor de "Inventario" mediante una autoguía manifiesta atenuada.
3. (20') Se resolverá una tarea que le hayan dejado en la escuela mediante una autoguía manifiesta atenuada.
4. (10') Se resolverá una tarea con un grado de dificultad mayor de "Coordenadas" mediante una autoinstrucción encubierta.
5. (5') Habrá una retroalimentación de los aspectos a mejorar, reforzando la conducta positiva

Cierre (5 min): Exposición del niño o niña sobre las actividades realizadas en la sesión y exposición de la terapeuta sobre importancia de aplicarlo en casa/escuela, además de exponer la culminación de las sesiones.

Observaciones:

Sesión 10

Duración: 60 minutos

Objetivos: 1- Repasar el material desarrollado.

2- Realizar el cierre terapéutico con el niño o niña

Objetivo Terminal: Al finalizar la sesión, el niño logrará emplear el uso de las autoinstrucciones sin la necesidad de un guía acompañándolo y podrá aplicarlo en diferentes contextos.

Contenidos:

1. Resumen de la sesión anterior
2. Aplicación de las autoinstrucciones en tareas estructuradas
    a. Inventario / Mapa Pirata / Coordenadas / Recuento de tropa
    b. Tarea escolar
3. Exposición de lo que aprendió a lo largo de las sesiones.
4. Cierre

Materiales: Manual, copias de fichas, lamina de autoinstrucción, lápices de escribir, borrador, una tarea traída por el niño o niña.

Procedimiento:

Inicio (5 min):

1. Bienvenida y repaso de reglas.

Medio (50 min):

1. (5') Se conversa con el niño o niña sobre lo que ha podido realizar con las autoinstrucciones en los días anteriores.
2. (30') Se resolverá una tarea un poco más difícil o bajo escogencia del niño, que le hayan dejado en la escuela, mediante una autoinstrucción manifiesta atenuada.
3. (5') Se conversará en qué otras ocasiones podemos emplear las autoinstrucciones.
4. (10') Exposición del niño o niña sobre todo lo aprendido, si se logró cumplir lo se había planteado al inicio de las sesiones, qué se lleva y qué seguirá aplicando a lo largo de su año.

Cierre (5 min): Cierre terapéutico con el niño.

Observaciones:

Anexo N° 4

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se busca realizar una investigación bajo el título, **Las funciones ejecutivas afectadas en el TDAH con una intervención cognitiva conductual**, donde podamos brindar una intervención de 10 sesiones a los niños que tengan diagnóstico de TDAH, dentro de este periodo se incluye sesiones de orientación a los padres de familia. Se le aplicará una prueba psicológica dirigida a medir nuestra variable: Evaluación Neuropsicológica de las Funciones Ejecutivas en Niños (ENFEN).

Colaborando con esta investigación, usted debe saber que:

- Usted es y será paciente de Fundación Valórate a pesar de participar en esta investigación. Una vez concluido las sesiones, decidirá si desea volver o no a la lista de espera para ser atendido por un personal de la Fundación.
- Los datos personales (nombre y apellido) serán confidenciales y para cumplir con esto, utilizaremos siglas tomando en cuenta la edad de los participantes y los resultados que obtengan de las pruebas. *Sólo para la investigación y presentación de esta.*
- Una vez acepte este consentimiento y no quería seguir en la investigación, solicitamos se nos avise mediante una llamada al número 317-1595, Centro de Ciudad del Saber, Fundación Valórate.
- Serán un máximo de **10** sesiones para la realización de esta investigación, dos veces a la semana, incluyendo sesiones de orientación para los padres o cuidadores.
- Deberá ponerse de acuerdo con la investigadora, el horario para las terapias y las evaluaciones.

- Cuando se necesite cancelar y reprogramar alguna cita se realizará con mínimo 24 horas de antelación.
- En el caso de algún cambio por solicitud de la Fundación (aplicación de otras pruebas, entrevista para el expediente) se le notificará con tiempo de antelación.

Con base a lo antes descrito, ¿Usted está de acuerdo con participar dentro de esta investigación?

Al firmar este documento da por hecho la aceptación de las aplicaciones de la prueba al niño y que seguirá las recomendaciones brindadas por la investigadora

_____

Firma