



UNIVERSIDAD PERUANA  
**CAYETANO HEREDIA**  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

“INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA BAJO  
EL ENFOQUE CONDUCTUAL EN UN  
NIÑO DE 7 AÑOS CON TRASTORNO  
POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E  
HIPERACTIVIDAD DE UN CENTRO  
PRIVADO DE SALUD DE LIMA  
METROPOLITANA”

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL  
PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA  
EN PSICOLOGÍA

LESLY LISBETH VERANO FLORES

LIMA - PERÚ

2023



## Turnitin Informe de Originalidad

Procesado el: 13-nov.-2023 09:59 -05  
 Identificador: 2220063918  
 Número de palabras: 14244  
 Entregado: 2



Landázuri Wurst Vivian del Carmen  
 DNI 07863043

Índice de similitud

12%

Similitud según fuente

|                          |     |
|--------------------------|-----|
| Internet Sources:        | 11% |
| Publicaciones:           | 4%  |
| Trabajos del estudiante: | 5%  |

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA BAJO EL ENFOQUE CONDUCTUAL EN UN NIÑO DE 7 AÑOS CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD DE UN CENTRO PRIVADO DE SALUD DE LIMA METROPOLITANA Por Lesly Verano

1% match (Internet desde 17-sept.-2022)

[https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/73274/Huaman\\_SHD-SD.pdf?isAllowed=y&sequence=1](https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/73274/Huaman_SHD-SD.pdf?isAllowed=y&sequence=1)

&lt; 1% match (Internet desde 06-dic.-2022)

[https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/103015/Torres\\_CM-SD.pdf?isAllowed=y&sequence=1](https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/103015/Torres_CM-SD.pdf?isAllowed=y&sequence=1)

&lt; 1% match (Internet desde 12-oct.-2023)

[https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/124177/Araujo\\_LNB-Zapata\\_AMDP-SD.pdf?isAllowed=y&sequence=5](https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/124177/Araujo_LNB-Zapata_AMDP-SD.pdf?isAllowed=y&sequence=5)

&lt; 1% match (Internet desde 16-mar.-2023)

[https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/108516/Silva\\_CLE-SD.pdf?isAllowed=y&sequence=1](https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/108516/Silva_CLE-SD.pdf?isAllowed=y&sequence=1)

&lt; 1% match (Internet desde 30-sept.-2022)

<https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/42401/browse?type=subject&value=Discurso+del+odio>

&lt; 1% match (Internet desde 04-ene.-2023)

[https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/104195/Napuri\\_GBPA-SD.pdf?isAllowed=y&sequence=1](https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/104195/Napuri_GBPA-SD.pdf?isAllowed=y&sequence=1)

&lt; 1% match (Internet desde 23-sept.-2022)

[https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/11790/Intervencion\\_AntunezAvalos\\_Ninoska.pdf?isAllowed=y&sequence=1](https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/11790/Intervencion_AntunezAvalos_Ninoska.pdf?isAllowed=y&sequence=1)

&lt; 1% match (Internet desde 29-may.-2023)

<https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/12972/statistics?locale-attribute=en>

&lt; 1% match (Internet desde 07-oct.-2022)

[https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/11662/Intervencion\\_GuizadoMarcelo\\_Carmen.pdf?isAllowed=y&sequence=1](https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/11662/Intervencion_GuizadoMarcelo_Carmen.pdf?isAllowed=y&sequence=1)

&lt; 1% match (Internet desde 16-sept.-2022)

[https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/11663/Programa\\_IriartePalao\\_Marisol.pdf?isAllowed=y&sequence=1](https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/11663/Programa_IriartePalao_Marisol.pdf?isAllowed=y&sequence=1)

&lt; 1% match (Internet desde 07-oct.-2022)

[https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/11917/Plan\\_LonKanOrellana\\_Isabel.pdf?isAllowed=y&sequence=1](https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/11917/Plan_LonKanOrellana_Isabel.pdf?isAllowed=y&sequence=1)

&lt; 1% match (Internet desde 07-oct.-2022)

[https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/11618/Abordaje\\_VelasquezTerrones\\_Doris.pdf?isAllowed=y&sequence=1](https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/11618/Abordaje_VelasquezTerrones_Doris.pdf?isAllowed=y&sequence=1)

**MIEMBROS DEL JURADO**

Dr. GIANCARLO OJEDA MERCADO

**Presidente**

Mg. DANITSA ALARCÓN PARCO

**Vocal**

LIC. JENNIFER DENISSE CARRASCO TACURI

**Secretaria**

**ASESORA DE TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

Mg. VIVIAN DEL CARMEN LANDÁZURI WURST

## **DEDICATORIA**

A mí, por toda la persistencia, dedicación y confianza para lograr lo que me propongo. *No hay camino fácil desde la tierra a las estrellas.*

A mi familia por acompañarme, apoyarme en mis proyectos y metas siempre confiando en mí.

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco a mi familia, por siempre brindarme su apoyo incondicional y acompañarme en todas mis metas.

A mi papá por enseñarme a ser dedicada y persistente en mi carrera.

A mi mamá, por enseñarme a ser resiliente y ser mi soporte en todo momento.

A mis hermanas, por hacerme reír con sus ocurrencias en los momentos complicados.

A mi asesora, por su tiempo brindado e impartición de conocimiento.

A la Universidad Peruana Cayetano Heredia, por brindarme las herramientas necesarias para mi desempeño profesional.

A los docentes del área clínica por compartirme sus conocimientos y experiencia.

A mis maestros en Gestalt, por estar presentes y acompañarme a descubrir un mundo de posibilidades.

A cada persona que me acompañó durante este proceso, brindándome contención y confianza para hacer este trabajo posible.

## Tabla de Contenido

|  |    |
|--|----|
| RESUMEN  |    |
| ABSTRACT   |    |
| INTRODUCCIÓN .....   | 1  |
| CAPÍTULO I: Experiencia Profesional y Contexto .....                         | 3  |
| 1.1. Descripción de la Empresa o Institución.....                            | 3  |
| 1.1.1. Visión.....   | 3  |
| 1.1.2. Misión .....  | 3  |
| 1.1.3. Objetivos Estratégicos .....  | 4  |
| 1.1.4. Análisis FODA .....   | 4  |
| 1.1.5. Ubicación .....   | 5  |
| 1.1.6. Reseña histórica.....   | 5  |
| 1.2. Puesto Desempeñado.....   | 6  |
| 1.2.1. Nombre del puesto.....  | 6  |
| 1.2.2. Jefe inmediato.....   | 6  |
| 1.2.3. Organigrama.....  | 7  |
| 1.2.4. Plan de trabajo .....   | 7  |
| 1.2.5. Cronograma de trabajo.....  | 9  |
| 1.2.6. Delimitación del Área de Trabajo .....                                | 9  |
| CAPÍTULO II: Marco Teórico.....  | 10 |
| 2.1. Trastorno por déficit de Atención e Hiperactividad.....                 | 10 |
| 2.2. Epidemiología .....   | 11 |
| 2.3. Etiología.....  | 13 |
| 2.3.1. Factores neurológicos .....   | 13 |
| 2.3.2. Factores genéticos.....   | 13 |
| 2.3.3. Factores ambientales.....   | 14 |
| 2.4. Características y criterios diagnósticos (DSM V).....                   | 14 |
| 2.5. Comorbilidad .....  | 16 |
| 2.6. Diagnóstico diferencial.....  | 16 |
| 2.7. Evaluación del trastorno por déficit de atención e hiperactividad ..... | 17 |
| 2.8. Modelo de intervención Terapia Conductual .....                         | 18 |



|  |   |    |
|--|---|----|
| 2.9.   | Antecedentes nacionales e internacionales.....                    | 22 |
| 2.9.1.                                       | Antecedentes Nacionales .....                                     | 22 |
| 2.9.2.                                       | Antecedentes Internacionales .....                                | 23 |
| CAPÍTULO III: Metodología.....               |   | 26 |
| 3.1.   | Contextualización del problema .....                              | 26 |
| 3.1.1.                                       | Descripción General de la Problemática.....                       | 26 |
| 3.2.   | Áreas de evaluación .....   | 27 |
| 3.3.   | Impresión diagnóstica.....  | 36 |
| 3.4.   | Intervención .....  | 37 |
| 3.4.1.                                       | Objetivos de la intervención.....                                 | 37 |
| 3.4.2.                                       | Descripción del caso .....  | 38 |
| 3.4.3.                                       | Descripción del procedimiento.....                                | 38 |
| 3.4.4.                                       | Estructura de plan de intervención psicológica por sesiones ..... | 40 |
| 3.4.5.                                       | Justificación de las Metodologías Empleadas en el caso.....       | 51 |
| 3.4.6.                                       | Indicadores de logro .....  | 53 |
| 3.4.7.                                       | Monitoreo del programa .....                                      | 54 |
| 3.4.8.                                       | Consideraciones Éticas .....                                      | 55 |
| CAPÍTULO IV: RESULTADOS .....                |   | 56 |
| 4.1.   | Descripción de los Resultados .....                               | 56 |
| 4.2.   | Discusión de los Resultados .....                                 | 59 |
| CAPÍTULO V: REFLEXIÓN DE LA EXPERIENCIA..... |   | 62 |
| 5.1.   | Limitaciones en el proceso de intervención.....                   | 62 |
| 5.2.   | Impacto de la intervención a nivel profesional .....              | 62 |
| 5.3.   | Impacto de la intervención en la institución .....                | 63 |
| 5.4.   | Aporte en el área psicológica y en el contexto .....              | 63 |
| RECOMENDACIONES .....                        |   | 64 |
| CONCLUSIONES.....                            |   | 65 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....              |   | 66 |
| ANEXOS71                                     |   |    |

## Índice de Tablas

|   |    |
|---|----|
| Tabla 1 FODA centro de salud integral .....                                       | 4  |
| Tabla 2 Baremo de puntaje de test de atención .....                               | 31 |
| Tabla 3 Puntaje de lista de chequeo conductual de la ansiedad en el niño .....    | 34 |
| Tabla 4 Resumen de hallazgo de la evaluación.....                                 | 36 |
| Tabla 5 Plan de intervención psicológica por sesiones, objetivos y técnicas ..... | 41 |
| Tabla 6 Indicador de control conductual.....                                      | 54 |
| Tabla 7 Indicador de control emocional.....                                       | 54 |
| Tabla 8 Evaluación de inicio y final mediante la lista de cotejo .....            | 56 |
| Tabla 9 Indicador de lista de cotejo de control conductual.....                   | 57 |
| Tabla 10 Indicador de lista de cotejo de control emocional.....                   | 58 |

## Índice de Figuras

|   |    |
|---|----|
| Figura 1 Organigrama del centro de salud integral .....   | 7  |
| Figura 2 Cronograma de plan de trabajo psicológico con el consultante .....                     | 9  |
| Figura 3 Criterios de diagnóstico de trastorno de deficit de atención e<br>hiperactividad ..... | 15 |
| Figura 4 Cuadro de resultados del WISC-V.....   | 30 |
| Figura 5 Flujograma del proceso de evaluación e intervención .....                              | 38 |

## RESUMEN

El presente estudio de caso tuvo como objetivo implementar un programa de intervención bajo el enfoque conductual para incrementar el control conductual y emocional en un niño de 7 años con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Se realizó una selección de información sobre el consultante, las cuales incluyó la entrevista, la evaluación con una batería de pruebas psicológicas. Luego teniendo en cuenta los resultados de las pruebas psicológicas y el diagnóstico establecido por el área de neuropsiquiatría, se implementó el programa de intervención que constó de 11 sesiones con una frecuencia de una vez por semana. Después de ello, se realizó el seguimiento mediante una lista de cotejo que fue aplicada antes para establecer una línea base y después de la intervención para observar el progreso de acuerdo con el indicador de logro establecidos para las conductas deseadas.

Los resultados que se obtuvieron fueron satisfactorios, ya que en el factor de control conductual fue mayor en un 60% a lo establecido en el indicador de logro y en el factor de control emocional fue de 40% por lo que se alcanzó el porcentaje establecido en el indicador de logro. Para ello utilizó la psicoeducación y recursos del modelo conductual las cuales favorecieron incrementar las conductas deseadas en el consultante y con ello mejoró la interacción con su entorno.

**Palabras claves:** Control conductual, Control emocional, TDAH, Modelo conductual.

## **ABSTRACT**

The objective of this case study was to implement an intervention program under the behavioral approach to increase behavioral and emotional control in a 7-year-old child with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). A selection of information about the consultant was carried out, which included the interview, the evaluation with a battery of psychological tests. Then, taking into account the results of the psychological tests and the diagnosis established by the neuropsychiatry area, the intervention program was implemented, which consisted of 11 sessions with a frequency of once a week. After that, follow-up was carried out using a checklist that was applied before to establish a baseline and after the intervention to observe progress according to the achievement indicator established for the desired behaviors.

The results obtained were satisfactory, since in the behavioral control factor it was 60% higher than what was established in the achievement indicator and in the emotional control factor it was 40%, so the percentage established in the achievement indicator. To do this, he used psychoeducation and resources from the behavioral model which favored increasing the desired behaviors in the client and thereby improved the interaction with his environment.

**Keywords:** Behavioral control, Emotional control, ADHD, Behavioral model.

## INTRODUCCIÓN

El presente estudio de caso se elaboró un programa de intervención psicológico bajo el modelo conductual, para un niño de 7 años con diagnóstico de Trastorno por déficit de atención e hiperactividad, se trabajó en el control conductual y emocional durante un periodo de 3 meses, en el desarrollo del proceso se acompañó a los padres brindándoles psicoeducación y herramientas psicológicas para apoyar a su hijo.

En el primer capítulo, se realizó la descripción cualitativa del centro de salud integral donde se abordó al consultante, estableciendo hitos sobre su estrategia organizacional, su localización, delimitaciones del área y reseña histórica. Además, se desarrolló la temática del manual de funciones del puesto de psicología y perfil establecido para una atención óptima.

En el segundo capítulo, se elaboró el marco teórico recopilando información sobre el Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), su historia de evolución en la denominación de su nombre, la epidemiología a nivel mundial, de Latino América y nacional, la etiología donde se explican los factores neurológicos, genéticos y ambientales, las características y su evaluación diagnóstica. Así mismo, se explica el modelo de intervención del enfoque conductual y los antecedentes científicos.

En el tercer capítulo, se desarrolló la temática del caso, la problemática in situ, el modelo de intervención psicológica aplicada para el caso, así como las técnicas y número de sesiones que conlleva el programa. Además, se contemplan los aspectos éticos abordados en toda la investigación y la formulación cuantitativa de medición de cada uno de los objetivos establecidos.

En el cuarto capítulo, se describe los resultados obtenidos luego de realizada la intervención y también se analizó los resultados observando las diferencias y progresos en los aspectos trabajados en la intervención. Por último, en el quinto capítulo se observó las limitaciones, el impacto a nivel profesional y en el centro de salud integral.

## **CAPÍTULO I: Experiencia Profesional y Contexto**

### **1.1. Descripción de la Empresa o Institución**

La institución es un centro de salud integral privado que se dedica a la atención de infantes y adolescentes con dificultades de lenguaje, aprendizaje, psicomotricidad, conductual y desarrollo emocional. Inició sus actividades en el año 2020, en el espacio geográfico de Lima norte, tienen un marco de trabajo interdisciplinario que se desarrolla en las áreas de psicología, lenguaje, estimulación temprana, acompañamiento pedagógico, con un equipo conformado por dos psicólogos especializados en terapia para niños, niñas y adolescentes, una terapeuta de lenguaje y una docente.

#### **1.1.1. Visión**

La institución tiene como visión: “Ser primeros en prestar servicios en el ámbito educativo y psicológico por su alto nivel de calidad en la enseñanza, el tratamiento y el ayudar en el desarrollo óptimo de las personas”.

#### **1.1.2. Misión**

La institución tiene como misión: “Enseñar y mejorar las capacidades y habilidades de las personas acompañándolas en su formación de manera eficiente, con una metodología orientada a resultados, que demuestre ser innovadora, confiable y con una atención personalizada, cercana y nuestra vocación innata de servicio”.



### 1.1.3. Objetivos Estratégicos

Los objetivos estratégicos del centro de salud integral se basan en los siguientes estipulados:

- Brindar un espacio seguro y adecuado para los consultantes, de acuerdo con sus necesidades.
- Realizar evaluaciones especializadas e interdisciplinarias para obtener un diagnóstico.
- Brindar orientación a los pacientes y familiares para la concientización de su diagnóstico y proceso de tratamiento.
- Promover la cultura de salud enfocado a las familias.

**Los valores institucionales son:** Respeto, compromiso, inclusión y responsabilidad social.

### 1.1.4. Análisis FODA

Se muestra en la tabla 1 el análisis FODA del centro de salud integral con la finalidad de conocer los diferentes aspectos internos y externos.

**Tabla 1**

*FODA centro de salud integral*

| <b>FORTALEZAS</b>  | <b>DEBILIDADES</b>  |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Capacitaciones constantes y específicas al personal.</li><li>▪ Personal capacitado y con experiencia en la atención a pacientes con dificultades en el neurodesarrollo y/o trastornos y problemas en la infancia y adolescencia.</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Reducidos espacios de atención para realización de actividades grupales como talleres.</li><li>▪ Pocos recursos tecnológicos, como computadoras e impresoras para trabajos de gestión de los especialistas.</li><li>▪ Desorganización en el sistema de citas de los especialistas</li></ul> |

- 
- Posee convenios corporativos con municipalidades de la zona geográfica y empresas.
  - Ubicación geográfica, poco accesible para los pacientes.
  - Flujo de pacientes constante.
  - Cuenta con área de servicios de atención psicológica para niños, niñas y adolescentes a domicilio.
  - Es un centro formal el cual tiene los permisos municipales y de defensa civil para operar.
- 

#### **OPORTUNIDADES**

#### **AMENAZAS**

- 
- |  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Existe una demanda de pacientes que desean adquirir servicios psicológicos vía online.</li> <li>▪ Un alto número de colegios aledaños que requieren derivar a sus estudiantes para evaluaciones y terapias psicológicas.</li> <li>▪ Fortalecimiento de leyes institucionales a favor de la salud física y mental.</li> <li>▪ Interés de padres de familia por la salud mental servicios de evaluación, terapia ocupacional, terapia física, entre otros.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Inestabilidad política, en donde existe fluctuación en el cambio de puestos gubernamentales.</li> <li>▪ Inflación económica, el costo de vida incrementa y reduce el poder adquisitivo.</li> <li>▪ Brote de una nueva pandemia.</li> <li>▪ Riesgo de desastres naturales.</li> </ul> |
|--|---|
- 

Nota. Elaboración propia

#### **1.1.5. Ubicación**

Se encuentra ubicada en Lima Norte, en la provincia de Lima Metropolitana, en la ciudad de Lima.

#### **1.1.6. Reseña histórica**

El centro de salud integral se inició en el año 2020 realizando talleres grupales con niños y padres, en un local ubicado en Lima norte, durante su desarrollo el centro se fue consolidando, generando nuevas áreas de servicio en

donde se encuentran las especialidades de estimulación temprana, acompañamiento pedagógico y psicología. Posteriormente, se incorporó la especialidad de terapia de lenguaje.

## **1.2. Puesto Desempeñado**

### **1.2.1. Nombre del puesto**

El puesto desempeñado en el centro integral de salud es de asistente de psicología.

Las funciones principales son las siguientes:

- Realizar entrevistas psicológicas.
- Realizar evaluaciones aplicando pruebas psicométricas y proyectivas a los pacientes.
- Redacción de informes.
- Elaboración y ejecución del plan de intervención.
- Orientación y consejería psicológica.
- Charlas psicoeducativas

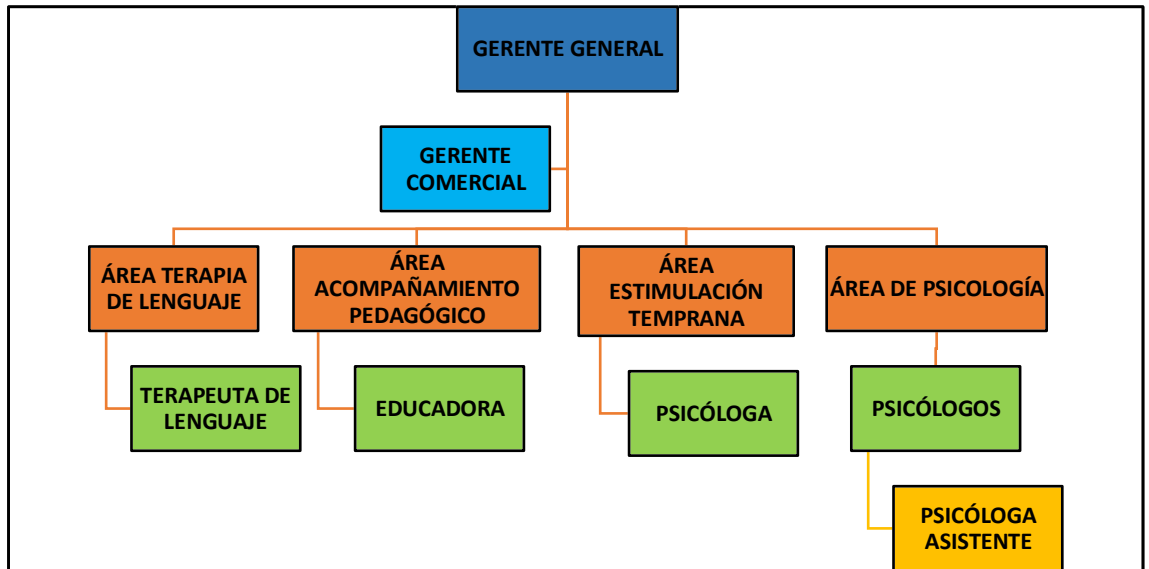
### **1.2.2. Jefe inmediato**

La persona a cargo del área es una psicóloga colegiada y habilitada, con experiencia en terapia con niños, niñas y adolescentes, y cuenta con un Máster en el trastorno del espectro autista.

### 1.2.3. Organigrama

**Figura 1**

*Organigrama del centro de salud integral*



Nota. Elaboración propia

### 1.2.4. Plan de trabajo

Descripción del área de trabajo:

El centro integral de salud cuenta con una diversidad de especialidades tales como: terapia de lenguaje, estimulación temprana, acompañamiento pedagógico y psicología. Así mismo, tiene tres espacios los cuales se distribuyen en dos consultorios y un ambiente libre de juego. El horario de atención en el centro es de lunes a viernes de 9:00 a.m. a 6:00 p.m. Inició mis labores en el centro integral de salud en el 2021 y continúo hasta la fecha.

Mediante la presente se detalla las actividades realizadas durante mi estadía en el centro integral:

- **Entrevista psicológica.** Realizó una entrevista semiestructurada para poder recabar información necesaria y así comprender la problemática del consultante.
- **Evaluaciones psicológicas.** De acuerdo con la problemática del caso, elijo algunas pruebas psicométricas y proyectivas, las cuales son aplicadas entre 4 a 6 sesiones con una duración de 45 minutos por cada paciente. Luego realizó la presunción diagnóstica utilizando DSM-V o el CIE-10.
- **Aplicación de pruebas.** Aplicó una serie de pruebas psicométricas y proyectivas de acuerdo con el caso, las cuales evalúan diferentes aspectos como: el aspecto cognitivo, emocional, social, familiar, funciones ejecutivas, entre otros.
- **Redacción de informes.** Brindó información de manera escrita sobre los resultados obtenidos en las evaluaciones, conclusiones y recomendaciones.
- **Elaboración y ejecución del plan de intervención.** De acuerdo con los resultados obtenidos en la evaluación de cada caso, se plantean objetivos y las actividades que se realizan durante las sesiones.
- **Orientación y consejería psicológica.** Propongo al consultante y su familia diferentes estrategias y aclarar las dudas que puedan tener durante el proceso del tratamiento.

### 1.2.5. Cronograma de trabajo

**Figura 2**

*Cronograma de plan de trabajo psicológico con el consultante*

| Cronograma de trabajo                   | Periodo de trabajo 2021 |         |       |       |      |       |       |        |           |         |           |           |
|---|-------------------------|---------|-------|-------|------|-------|-------|--------|-----------|---------|-----------|-----------|
|   | Enero                   | Febrero | Marzo | Abril | Mayo | Junio | Julio | Agosto | Setiembre | Octubre | Noviembre | Diciembre |
| 1. Entrevista psicológica               | x                       | x       | x     | x     | x    | x     | x     | x      | x         | x       | x         | x         |
| 2. Evaluaciones psicológicas            | x                       |         | x     |       | x    |       | x     |        | x         |         | x         | x         |
| 3. Informes psicológicos                | x                       |         | x     |       | x    |       | x     |        | x         |         | x         | x         |
| 4. Elaboración de plan de intervención  | x                       | x       | x     | x     | x    | x     | x     | x      | x         | x       | x         | x         |
| 5. Orientación y consejería psicológica | x                       | x       | x     | x     | x    | x     | x     | x      | x         | x       | x         | x         |
| 6. Charlas psicoeducativas              | x                       |         |       |       | x    |       |       |        | x         |         |           | x         |

Nota. Elaboración propia

**Recurso humano:** El centro cuenta con una psicóloga licenciada y una asistente de psicología para el área de psicología.

**Materiales:** En el centro se usan fichas de entrevista, fichas de seguimiento y baterías de pruebas psicológicas como el Wippsi III, Wisc IV, estilos de crianza, test de personalidad y test proyectivos como el Machover y el test de la familia.

### 1.2.6. Delimitación del Área de Trabajo

El presente trabajo busca modificar conductas desadaptativas en un niño de siete años que presenta un diagnóstico de trastorno déficit de atención e hiperactividad, con la finalidad de mejorar su bienestar integral y autonomía. Para ello, la línea de investigación es el Bienestar Psicológico y Salud Mental, que se encuentra alineada al Objetivo de Desarrollo Sostenible número 3, basado en Salud y Bienestar.

## **CAPÍTULO II: Marco Teórico**

### **2.1. Trastorno por déficit de Atención e Hiperactividad**

En 1968, el Trastorno por déficit de atención e hiperactividad es mencionado en el Manual Diagnóstico Estadístico de trastornos mentales (DSM II) bajo el nombre “reacción Hiperkinética de la infancia”, la cual es definida como un trastorno evolutivo benigno. Este trastorno según el concepto estaba caracterizado principalmente por un aumento de actividad, inquietud asociada con una baja capacidad de atención, con mayor predominancia en niños (López et al., 2016)

No es hasta en 1980, dentro del DSM III se denomina dicho trastorno con el nombre de “Trastorno de Déficit de Atención con o sin hiperactividad”, para luego de unos años quedarse con el nombre de Trastorno de déficit de atención con hiperactividad siendo reconocido en 1992 por la OMS, categorizando en el grupo de trastornos de comportamiento (American Psychiatric Association, 1980).

En el año 1994, se escribe en España, el manual DSM IV siendo reeditado por la editorial Mason en el año 2002. Fue categorizado como un Trastornos por Déficit de Atención y Comportamiento Perturbador. En dicho manual explican los criterios para el diagnóstico del Trastorno por déficit de atención e hiperactividad para sus tres tipos: desatención, hiperactividad e impulsividad. Se denominan los subtipos: combinado (cuando es de tipo desatención e hiperactividad/impulsividad), de predominio inatento y de predominio hiperactivo/impulsivo. Además, se debe evaluar en tres niveles leve, moderado y severo (American Psychiatric Association, 2002).

En el 2013, en el congreso de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), se presentó la versión de manual DSM V. El nombre no ha variado, pero si

hay cambios a mencionar como la eliminación del capítulo de trastorno del niño y adolescente dado que se ha demostrado que dicho trastorno tiene una continuidad de por vida, los síntomas deben aparecer no hasta los 7 años sino hasta los 12 años y un diagnóstico en adultos con criterios específicos; son los más resaltantes (American Psychiatric Association, 2013).

## **2.2.Epidemiología**

A nivel mundial, el trastorno de déficit de atención con hiperactividad se establece con una mayor incidencia en cada niño y niña, obteniendo una prevalencia del 5%, así mismo en el caso de la población adulta su prevalencia asciende a los 2.5% (American psychiatric Association, 2013). En los continentes de Europa y Asia, el indicador se establece entre los 5% y 7,2% en la población infante sobre el trastorno de déficit de atención e hiperactividad, estableciendo una alta influencia en la población masculina infante de cada una de las regiones. Por ello, las autoridades y especialistas buscan concientizar a la población para realizar una detección y diagnóstico temprano del trastorno, generando un tratamiento integral que va desde el enfoque médico que son basados en los fármacos, principalmente psicoestimulantes y el aspecto psicológico en terapia individual/familiar (Carrasco, 2022).

No obstante, uno de los países con mayor tasa de incidencia en dicha enfermedad es los Estados Unidos de norte América, registrando una prevalencia de 7% a 8% sobre la enfermedad. Estableciendo una mayor incidencia en poblaciones adolescentes de ambos sexos y con ello, generando una alta demanda de atención en especialistas de psiquiatría pediátrica, con la finalidad de una



detección temprana en el trastorno de déficit de atención e hiperactividad (Rusca y Cortez, 2020).

En Latino América se ven afectados 36 millones de personas que han sido diagnosticadas con este trastorno y solo una cuarta parte de la población se encuentra realizando algún tipo de tratamiento y/o intervención especializada. Hallando a la población infantil una de las más afectadas con dicho déficit, impactando en el desarrollo integral y calidad de vida de la población (Llanos, et al., 2019). En Perú, en base al informe realizado por el Ministerio de Salud, la tasa de prevalencia de cada niño y niña de un rango de edad entre los 6 y 11 años con un diagnóstico de trastorno de déficit de atención combinado es de un 12,1% en las diferentes regiones del país. Además, se indica que el sexo femenino tiene una mayor prevalencia en el déficit de atención netamente y que un 30% de la población que acude a servicios de psiquiatría infantil presenta algún problema de atención, hiperactividad, impulsividad o combinado. Y se estima que un 65% de los pacientes, se mantendrán de manera parcial con los síntomas en el desarrollo de la etapa adolescente y adulta (Ministerio de Salud del Perú, 2020).

En suma, los indicadores sobre el trastorno de déficit de atención e hiperactividad son de suma importancia para el sector salud de cada población y las autoridades de cada país tienen el reto de establecer políticas y estratégicas para ir frenando el alza en la tasa de prevalencia, más aún en las etapas tempranas como es la de infante.

## **2.3.Etiología**

### **2.3.1. Factores neurológicos**

Aguilar y Jiménez (2021) indican que el trastorno de déficit de atención con hiperactividad por lo general tiende a darse debido a factores biológicos en periodos prenatales, perinatales o postnatal derivado de diversos factores médicos que pudo haber acontecido la persona como, alteraciones cerebrales, prematuridad, un peso relativamente bajo al nacer, hipoxia, entre otros. En base a las investigaciones realizadas mediante imágenes cerebrales se establece una influencia del córtex prefrontal y los ganglios basales en el desarrollo anatómico del trastorno. Además, la noradrenalina y dopamina son los neurotransmisores con mayor implicancia con el déficit, por ende, los fármacos empleados para el tratamiento se encuentran evocados en regular ambos neurotransmisores buscando un equilibrio neuronal.

### **2.3.2. Factores genéticos**

Martinhago, Lavagnino, Folguera y Caponi (2019) mencionan que existe la posibilidad de tener el Trastorno de déficit de atención e hiperactividad entre los familiares biológicos de primer grado, existiendo la posibilidad del 76% en heredabilidad. Es decir, si el padre o su hermano tienen el diagnóstico de Trastorno por déficit de atención e hiperactividad, es muy probable que la persona pueda presentar el mismo trastorno.

Como comenta Aguilar y Jiménez (2021) según los estudios de detección familiar, los padres de niños con Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) tienen entre dos y ocho veces más probabilidades de padecer TDAH que la población general. Hidalgo, Gómez, García y Palacio (2019) en su investigación

concluyen que los hermanos de pacientes con TDAH tienen un riesgo mayor de desarrollar este trastorno. Además, podría correr el riesgo de contar con trastorno psiquiátrico cuando los hermanos también tienen TDAH.

### **2.3.3. Factores ambientales**

Carrasco (2022) en base a su revisión documental, encontró elementos etiopatogénicos ambientales del Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) que se identificaron en la prematuridad, en el bajo peso al nacer, en la exposición al plomo ambiental y en los estresores tóxicos durante el desarrollo temprano (adversidad biopsicosocial temprana: pobreza, maltrato y abuso, depresión materna y negligencia). Todo lo anterior también puede atribuirse a determinantes genéticos del TDAH, lo que requiere estudios más amplios y mejor controlados. Esto en concordancia con Aguilar y Jiménez (2021) quienes sostienen que “los aspectos psicosociales modulan la sintomatología del niño hiperactivo”. Investigaciones previas han señalado que la mala relación dentro del núcleo familiar, el bajo nivel socioeconómico, la cultura de los padres, familias grandes y otros son factores de riesgo para personas con TDAH.

### **2.4. Características y criterios diagnósticos (DSM V)**

En el manual de DSM-V se establecen criterios en relación con cada una de las sintomatologías específicas que conlleva el trastorno, como son la falta de atención, hiperactividad e impulsividad, además de combinaciones de estas para resaltar un diagnóstico específico. En base a ello, se detalla en el siguiente cuadro cada uno de los criterios establecidos por el manual para cada sintomatología y los aspectos a considerar para un diagnóstico combinado.

### Figura 3

#### *Criterios de diagnóstico de Trastorno de déficit de atención e hiperactividad*

| <b>Criterios diagnósticos según DSM V</b>  |
|--|
| <p><b>A. Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad – impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo, que se caracteriza por (1) y/o (2):</b></p> <p><b>1. Inatención:</b> Presenta al menos 6 síntomas durante 6 meses, lo cual no es acorde a su nivel desarrollo y afecta múltiples áreas de su vida.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a. Frecuentemente falta en prestar atención a detalles o comete errores en tareas escolares por descuido.</li><li>b. Frecuentemente se le dificulta mantener atención en tareas o actividades recreativas.</li><li>c. Frecuentemente parece no escuchar cuando se le habla directamente.</li><li>d. Frecuentemente no sigue instrucciones y no termina tareas escolares, quehaceres o deberes.</li><li>e. Frecuentemente se le dificulta organizar tareas y actividades.</li><li>f. Frecuentemente evita o le disgusta iniciar tareas que requieren esfuerzo mental durante largo tiempo.</li><li>g. Frecuentemente pierde cosas necesarias para tareas y actividades.</li><li>h. Frecuentemente se distrae con por estímulos externos.</li><li>i. Frecuentemente olvida actividades cotidianas.</li></ul> <p><b>2. Hiperactividad e impulsividad:</b> Presenta al menos 6 síntomas durante 6 meses, lo cual no es acorde a su nivel desarrollo y afecta múltiples áreas de su vida:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a. Frecuentemente juega con o golpea las manos o los pies o se retuerce en el asiento.</li><li>b. Frecuentemente se levanta en situaciones inapropiadas.</li><li>c. Frecuentemente corretea o trepa en situaciones inapropiadas.</li><li>d. Frecuentemente no puede jugar ni ocuparse tranquilamente en actividades recreativas.</li><li>e. Frecuentemente se siente inquieto o como si “lo impulsara un motor”</li><li>f. Frecuentemente habla de forma excesiva.</li><li>g. Frecuentemente responde sin esperar o antes de terminar lo que se le pregunta.</li><li>h. Frecuentemente le es difícil esperar su turno.</li><li>i. Frecuentemente interrumpe o se inmiscuye con otros</li></ul> |
| <p><b>B. Algunos síntomas estaban presentes antes de los 12 años.</b></p>  |
| <p><b>C. Varios síntomas están presentes en dos o más áreas de su vida.</b></p>  |
| <p><b>D. Existe evidencia de la interferencia en diferentes áreas de su vida.</b></p>  |
| <p><b>E. Los síntomas no se producen durante la esquizofrenia, trastorno psicótico u otro trastorno mental.</b></p>  |

Nota. Adaptado de American Psy. Association (APA, 2013)

## **2.5.Comorbilidad**

Como menciona Carrasco (2022) existe una relación entre el TDAH y los demás Trastornos del neurodesarrollo, siendo los más mencionados el trastorno del Espectro Autista (TEA) y diversos cuadros de déficit intelectual (DI). Esto tiene concordancia con Rusca y Cortez (2020) quienes señalan que existe hasta un 70% del TDAH coexiste con otros trastornos asociados, además de problemas motores, Tics, entre otros. Asimismo, el autor comenta que debido a que los niños con TDAH suelen tener problemas al socializar, hay casos de comorbilidad depresiva. Esto es apoyado por Mardomingo, Sancho y Soler (2018) en su estudio donde atribuyen al TDAH a la ansiedad social en niños y adolescentes. Asimismo, afirman que existe una alta comorbilidad psiquiátrica en niños, pero con una mayor prevalencia en adultos.

Mardomingo, Sancho y Soler (2018) argumentan que las comorbilidades en pacientes con TDAH aumentan su gravedad clínica y eso afecta en su tratamiento, su calidad de vida y en su adaptación social. En casos de TDAH los síntomas suelen ir disminuyendo especialmente los de tipo hiperactivo. Se ha visto que muchos padres no suelen hacer el diagnóstico al entender que si su niño(a) pasa tiempo en el celular, en la computadora o videojuego es normal, pero es en contextos donde existe pocos motivadores para ellos donde le es difícil prestar atención.

## **2.6.Diagnóstico diferencial**

Para Rusca y Cortez (2020) los síntomas cardinales del TDAH muchas veces están relacionados a otros casos de trastornos psiquiátricos, trastornos neurológicos, médicos y a dificultades sociales existentes. Para lograr descartar es

imperativo que los pacientes sean sometidos a estudios clínicos que permitan identificar si existe síntomas e impacto en sus áreas de funcionamiento (social, familiar, escolar y ocupacional) que confirmen el diagnóstico. Teniendo en cuenta a pacientes con TDAH, según De la Cruz (2019) se menciona a la depresión, trastorno bipolar, trastorno de ansiedad, manías, trastorno de conducta, trastorno de personalidad, y discapacidad intelectual como diagnósticos diferenciales que se toman en cuenta al momento de la evaluación.

En el aspecto cognitivo, existen implicancias en los niños con retraso mental leve o coeficiente intelectual alto en espacios poco favorables para su desarrollo, pueden generar confusión en el diagnóstico, incluyendo en el diagnóstico de TDAH por similitudes en el comportamiento, debido a que los niños pueden verse influenciados por las poca o muchas actividades en el ambiente, que establecen un aburrimiento o desmotivación en la persona, creando conductas desadaptativas como, incomodar a los demás, moverse por los espacios, gritar, entre otras (Rusca y Cortez 2020).

## **2.7.Evaluación del trastorno por déficit de atención e hiperactividad**

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad está basado en las alteraciones del neurodesarrollo, en las cuales las personas se encuentran afectadas en las áreas de atención, hiperactividad e impulsividad, impactando en sus funciones ejecutivas como organización, reflexión, memoria entre otras (American psychiatric Association, 2013).

De la Cruz (2019) señala que basados en DSM V se diagnostica a un paciente con TDAH sí existe uno a dos patrones persistentes clasificados como inatención e hiperactividad o impulsividad. En el caso de inatención se brinda 9

síntomas. Para el diagnóstico basta tener seis o más síntomas durante un aproximado de 6 meses de manera continua, en un nivel no acorde con el desarrollo que debería tener y que le afecta para realizar sus actividades escolares y sociales. En el caso de un patrón de Hiperactividad es el mismo procedimiento que implica diagnosticar al paciente durante un tiempo de supervisión de 6 meses y se desarrollan los síntomas asociados con el TDAH.

Rusca y Cortez (2020) clasifican a los síntomas en 3: inatención, hiperactividad e impulsividad. Estos síntomas revelan la existencia de una afección en funciones ejecutivas en el TDAH; no obstante, podemos evaluar otros síntomas como dificultades para priorizar, para manejar el tiempo, para inicio y finalización de metas y/o objetivos como también la deficiencia de memoria operativa.

## **2.8. Modelo de intervención Terapia Conductual**

Castillo et. al (2021) indica que un uso eficaz en el tratamiento e intervención de los pacientes con trastorno de déficit de atención e hiperactividad son las estrategias conductuales y cognitivas como marco metodológico de intervención, puesto que el entendimiento y concientización de dicho trastorno, principalmente por la familia, genera un espacio de aprendizaje adecuado para el paciente dentro de su entorno, permitiendo un mejor desenvolvimiento y aceptación del tratamiento. Así mismo, las técnicas de modificación de conductas permiten generar nuevos estilos de comportamiento que le permitan generar un mejor desenvolvimiento en los diversos ámbitos de la su vida, como el social, educativo, familiar, entre otros.

En la revisión de investigación de Luna, Muñoz y Guzmán (2020) se establecen indicadores positivos en la participación de los pacientes a la realización

de terapia, logrando incrementar sus emociones, actitudes y visión sobre el desarrollo de su trastorno, generando una mayor consciencia, aceptación del tratamiento y aprendiendo estilos de comportamiento para ir mejorando a lo largo de la vida. Además, indican que la terapia cognitivo conductual tiende a tener una mayor efectividad, a diferencia de otros tratamientos convencionales, en el TDAH.

Por su parte, Belmonte (2019) concluye que el tratamiento cognitivo conductual aplicado en escolares con acompañamiento de los profesores incrementa la eficiencia en los resultados, ya que es el lugar donde el niño o niña se desenvuelve en su mayoría de tiempo e incorpora conductas que de manera posterior va a replicar en la sociedad. No obstante, esto no delimita la ejecución de seguimiento del tratamiento por parte de los padres en el ámbito familiar, por el contrario, insta al entorno de la persona con el trastorno a influenciar en el cambio de comportamiento desde los diversos aspectos.

En suma, los diversos estudios realizados a lo largo del tiempo determinan una relevante eficacia en el desarrollo de intervenciones mediante el modelo conductual y el modelo cognitivo conductual relacionadas a trastornos de déficit de atención e hiperactividad, por ello, se emplea algunas de las técnicas de dichos modelos para poder modificar las conductas del consultante y generar una mayor adherencia al tratamiento en su entorno familiar.

A continuación, se plantean las siguientes técnicas del modelo conductual y modelo cognitivo conductual.

**Economía de fichas.** Gallardo (2020) describe la técnica de economía de fichas como una herramienta que refuerza los comportamientos deseados, delimitando los comportamientos indeseables o que impiden la adaptación del niño



en diversas áreas. Además, concluye, en base a su investigación, que es eficaz al momento de trabajar en aspectos como la motivación, la agresividad y conductas disruptivas y permite mejorar la sintomatología del TDAH y su adaptación en el ámbito escolar.

**Técnicas de reforzamiento positivo y negativo.** Se conceptualiza al reforzamiento positivo como “un procedimiento en el cual la conducta produce un estímulo o un resultado apetitivo para el sujeto” Perdomo y Rojas (2019). Asimismo, define al reforzamiento negativo como la delimitación o cese de una consecuencia desagradable o aversiva tras la aparición de un comportamiento deseado. Estas técnicas son de tipo conductual. Ramírez (2015) concluye que la utilización de la técnica de reforzamiento positivo y negativo conjunto a otras técnicas cognitivas-conductuales benefician al cumplir con los objetivos resaltando el delimitar o reducir las conductas disruptivas de la clase y de establecer normas de conductas en el aula.

**Sobre corrección.** Labrador (2008) La técnica consiste en que, tras realizarse una conducta inadecuada, es necesario reparar o compensar el daño que es causado por la conducta indeseable. Dichas conductas se pueden percibir a simple vista como el tirar la comida al suelo, el de pintar las paredes sin motivo o hacer daño físico a un compañero o familiar. Parra (2022) muestra la secuencia de la aplicación por parte de la familia para aplicarla con sus hijos. Es importante explicar a los padres la importancia de dar una solución ante una conducta inadecuada. Se les explica cómo deben intervenir para formar en el niño una conducta deseada motivándolo a que adopte y mantenga dicha conducta.

**Moldeamiento.** González y Froxán (2021) explica que la técnica de moldeamiento de la conducta es una técnica poderosa que permite el cambio de conducta principalmente en niños, donde permite a través de la conducta verbal moldeada coincidir mejor con la conducta adecuada. El procedimiento consiste en crear las circunstancias necesarias que permitan producir una verbalización, al tiempo que el terapeuta fomenta las verbalizaciones (tipos de respuestas) que permitan acercarse más a la verbalización final deseada. Del mismo modo, las verbalizaciones que se alejan o se oponen a la verbalización final prevista se extinguen o se penaliza de acuerdo con una definición funcional.

**Resolución de problemas.** Herrera, Espinoza, Saucedo y Díaz (2018) menciona que la técnica de resolución de problemas puede lograr “el desarrollo de la habilidad procedimental necesaria para que pueda aplicarse fuera de las aulas. Así entonces el estudiante podrá desarrollar estas habilidades generando que éste sea competente, mostrando sus capacidades en su entorno social y profesional”. Lozada y Fuentes (2018) menciona que la resolución de problemas contribuye en el proceso de aprendizaje, con el fin de desarrollar la capacidad de resolver problemas y del pensamiento matemático.

**Semáforo.** Peltroche y Díaz (2020) describe la técnica del semáforo como una técnica muy eficaz y sencilla para autorregular las conductas impulsivas en niños y adolescentes, cuando tienen arrebatos de ira o rabia. Consiste en entrenarlos para que se comporten como un semáforo cuando se encuentran en una situación que les molesta. rojo indica detenerse, amarillo significa considerar lo que está ocurriendo e identificar posibles soluciones, y verde significa actuar poniendo en práctica una de las opciones elegidas que pueden calmarle.

**Técnicas de relajación.** Se define la relajación como los procedimientos que contribuyen a la enseñanza de las personas para controlar sus niveles de activación Vásquez (2001). Con esta técnica, las personas reducen su nivel de activación que sucede en situaciones excitantes. Existe la relajación mente-músculo y la músculo-mente.

## **2.9. Antecedentes nacionales e internacionales**

### **2.9.1. Antecedentes Nacionales**

Huamán (2021) realizó un estudio sistemático sobre la intervención cognitivo conductual en adolescentes con diagnóstico de Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), tuvo como objetivo analizar las principales características del enfoque cognitivo conductual para el tratamiento de adolescentes con TDAH, reviso estudios de los 10 últimos años y para esta investigación se utilizó 9 artículos. En los resultados, se evidenció que la intervención tiene como objetivo amortiguar los efectos de los síntomas del TDAH como la inatención, hiperactividad e impulsividad y se pudo verificar que el 67% de los estudios logró disminuir significativamente las sintomatologías del trastorno, mientras que 33% han mejorado en sus interacciones sociales después de la intervención. Las estrategias más destacadas fueron la psicoeducación, auto instrucción, control de distractores, técnicas de relajación, control emocional y habilidades sociales.

La Cotera (2022) realizó un programa de intervención orientado a trabajar las aptitudes matemáticas y la regulación conductual de un niño con trastorno por déficit de atención e hiperactividad en un niño de 1er grado de primaria de una institución educativa privada ubicada en Lima, Perú. El objetivo de este estudio fue

evaluar la eficacia del programa de intervención psicológica. Se realizaron 10 sesiones de intervención empleando técnicas de economía de fichas, auto instrucción para la modificación conductual y el método de singapur para las aptitudes matemáticas. En los resultados se evidencio diferencias entre el pretest y post test realizada con una lista de chequeo, ya que se logró instaurar nuevas conductas y mejorar aptitudes matemáticas con el desarrollo de un plan de orientación individual.

Aguilar (2020) en la ciudad de Trujillo – Perú, realizó una revisión sistemática sobre la eficacia de la intervención cognitivo conductual en niños con Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), se verificó en 9 bases de investigación de los últimos 5 años y que cumplieran con el criterio de alta calidad. Se observó en los resultados que el 66.6% de programas de intervención inician sus sesiones realizando la técnica de psicoeducación para padres, luego durante las sesiones centrales el 55.5% se utilizó la economía de fichas para modificar conductas y al terminar la sesión es el 66.6% utilizó el entrenamiento en prevención de recaídas y el 33.4% realizó otra vez la técnica de psicoeducación para padres. Por otro lado, se comprobó a un 100% la eficacia de la intervención cognitivo conductual en niños con diagnóstico de TDAH por los cambios significativos y brinda aportes importantes para otros estudios.

### **2.9.2. Antecedentes Internacionales**

Fernández, Arias, Rodríguez y Manzano (2020) esta investigación tiene como objetivo la intervención en infantes con TDAH de educación primaria en España. Se centro en un programa de intervención de habilidades psicosociales donde se observan diferentes características relevantes para realizar el tratamiento

de este trastorno, las cuales son de habilidades sociales y comportamiento. Participaron 2 alumnas entre 10 y 11 años, ambos casos tenían aspectos en común que permitió enfocar la intervención a las habilidades sociales y conductuales. Así mismo, se tuvo como objetivo analizar las mejoras de estos 2 casos luego de la intervención aplicadas en un ámbito educativo. Los instrumentos que se utilizaron fueron observación diaria de campo, entrevista, sociogramas y cuestionarios de habilidades sociales como CABS, Goldstein y atención a la diversidad. Durante la intervención se realizaron 15 sesiones en las cuales se profundizaba en conocimientos sobre habilidades sociales y conductuales. En los resultados se evidenció la mejora de conductas en ambos casos y que son reflejadas en la mejora de sus habilidades sociales. También, se observó que también los tutores podrían aplicar el programa de intervención sin la necesidad de un profesional externo.

López, Morales y Green (2021) En esta investigación se evaluó el efecto de la intervención con el modelo cognitivo conductual en dos infantes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad, donde mediante un entrenamiento con modelos múltiples se buscó incrementar la habilidad de autocontrol entre escenarios innovadores. Los instrumentos que se utilizaron fueron registro de la conducta infantil, inventario de conducta infantil, registro de reforzadores y cuestionario de habilidad social. A los participantes se les presentaron 4 escenarios innovadores y en cada uno tenían distintos reforzadores, examinadores, estímulos y condición del tiempo de espera para obtener un reforzador superior, en cada escenario se hizo un pretest y un post test. En los resultados se observó que en los tres primeros escenarios que fueron con entrenamiento, la habilidad de autocontrol fue superior al 80% y en el último escenario innovador sin entrenamiento la habilidad de

autocontrol se mantuvo por encima del 60% con ello se evidenció que la habilidad de autocontrol en infantes con TDAH se logró incrementar y mantener en diferentes escenarios.

Ríos (2018) realizó un estudio de caso en el país de España, elaboró un plan de intervención cognitivo conductual sobre las necesidades sociales y emocionales en un infante de 8 años con trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Tuvo como objetivo evaluar la efectividad del plan de intervención psicológico, realizó 10 sesiones que duraban 45 minutos cada una, en las que trabajó el entendimiento de las emociones, expresión de las emociones y habilidades sociales. Los resultados se evaluaron mediante un pretest y post test con una lista de chequeo emocional. Obtuvo como resultado que el plan de intervención psicológico fue efectivo, ya que se vio mejoras en el control de emociones y las habilidades sociales, las cuales se vieron reflejadas en su comportamiento.

## **CAPÍTULO III: Metodología**

### **3.1.Contextualización del problema**

#### **3.1.1. Descripción General de la Problemática**

En el año 2022 acude al centro integral de salud un niño de 7 años acompañado por su madre, al cual denominaremos Juan por motivo de confidencialidad.

La madre ingresa con Juan a consulta psicológica; Juan es de contextura delgada, estatura de acuerdo con su edad, su vestimenta es de acuerdo con la estación y tiene una adecuada higiene personal.

En la entrevista, la madre refiere: "...quisiera saber qué pasa con mi hijo, siempre ha sido inquieto y distraído, pero ahora esta terrible, no me hace caso y cuando le llamo la atención me queda mirando a ver que voy a hacer, yo no le pego, pero a veces si le grito y lo amenazo...cuando quiere algo o no le sale algo como quiere, golpea la mesa o el escritorio de su salón...también, se demora en hacer la tarea porque a cada rato se para, no puede estar sentado... yo creo que es porque se frustra rápido y se distrae, además no sigue indicaciones cuando se le pide las cosas las tira nomas. En el colegio, la profesora me dijo lo mismo que se distrae y tiene que estarle diciendo que no camine en el salón".

Por otro lado, Juan nació en la ciudad de Lima en el año 2014, la madre tuvo un embarazo sin complicaciones, asistió a todos sus controles médicos, el parto fue por cesárea a los 9 meses, con complicaciones debido al trabajo de parto prolongado. Su peso fue de 3,400gr. y midió 52 cm. Luego en su desarrollo dio sus primeros pasos a los 11 meses, no gateó y camino sin apoyo al año y un mes. En su

lenguaje, dio sus primeras palabras al año y empezó a formar oraciones de 2 o 3 palabras al año y 5 meses.

En cuanto a su escolaridad, a los 2 años asistió a estimulación temprana durante 6 meses, luego a los 3 años ingresó a inicial de 3 años; se adaptó fácilmente, aunque luego del recreo no quería ingresar al aula porque quería seguir jugando o a veces se cambiaba de sitio en el salón. Inicial de 4 años y 5 años lo realizó en casa, debido a que fue en la época de pandemia del Covid 19, en casa la mamá le ayudaba en las clases virtuales, durante las clases estaba más inquieto y se distraía mucho, a veces no quería ingresar a clases. Al inicio de primer grado seguía siendo virtual y estuvo con una profesora en casa para que le refuerce en las tardes, cuando las clases fueron presenciales le costó adaptarse, ya que la primera semana no quería asistir, luego empezó a asistir con normalidad, pero quería jugar todo el tiempo, después empezó a caminar por el salón y se distraía.

En casa vive con ambos padres, es hijo único. La mamá trabaja de forma independiente entonces pasa mayor tiempo con Juan en casa, el papá trabaja en oficina en modalidad presencial y llega a casa a las 6 de la tarde. No hay normas claras en casa y el papá se muestra más flexible en cuanto a la corrección de las conductas de Juan y la mamá a veces es estricta y otras es flexible al corregir a Juan.

### **3.2.Áreas de evaluación**

Dentro del plan de evaluación se establecieron diferentes áreas de importancia, que mediante una batería de instrumentos psicométricos que lo designa el centro de salud integral y la psicóloga a cargo, sirven para evaluar los siguientes aspectos del consultante.

- **Área intelectual:** Se aplicó la prueba de inteligencia Weschler Para Niños y



Adolescentes WISC-IV, en la cual Juan obtuvo un índice de Cociente Intelectual General (CIT) correspondiente a la categoría de PROMEDIO BAJO (CIT = 87) en comparación al grupo de niños de su misma edad.

En cuanto al primer factor, el Índice de Comprensión Verbal (ICV), el valor obtenido pertenece al nivel LIMITROFE (ICV = 75). Este puntaje nos indica que su conocimiento adquirido a partir del entorno, formación, conceptos verbales y razonamiento verbal se encuentra por debajo de lo esperado para su edad. El índice obtenido en esta área se encuentra al nivel de fiabilidad de 95%, en el intervalo de 70 – 83. En las subpruebas de este factor se encontró lo siguiente:

En la prueba de analogías cuenta con una habilidad de pensamiento asociativo para expresar relaciones entre dos conceptos en un nivel promedio. Mientras que, en la prueba de vocabulario, cuenta con una capacidad para la formación de conceptos verbales con respecto a su riqueza verbal y semántica en un rango promedio bajo. En cambio, en la prueba de información cuenta con un bagaje de conocimientos generales aprendidos a través de medios formales e informales en un rango limítrofe. Así mismo, en la prueba de comprensión cuenta con una capacidad de juicio práctico, sentido común e interiorización de elementos culturales en un nivel deficiente.

El valor obtenido por el examinado en el Índice de Análisis Perceptual (IAP) se encuentra en el nivel PROMEDIO (IAP = 96). Los resultados obtenidos indican que su procesamiento visoespacial, integración y síntesis de las relaciones parte – todo, atención a los detalles visuales, formación de conceptos no verbales y la integración, visomotora se encuentran dentro de lo esperado para su edad. El

evaluado obtuvo un IAP que se encuentra en el intervalo de 89 – 104 al 95% de confianza. En las subpruebas de este factor se encontró lo siguiente:

En la prueba de cubos cuenta con una habilidad de coordinación visomotora y organización espacial, bajo un proceso de análisis y síntesis en un rango promedio. Asimismo, en la prueba de matrices, presenta una capacidad de razonamiento abstracto y serial para percibir relaciones entre estímulos visuales en un nivel normativo. En cambio, en la prueba de razonamiento con figuras, posee una capacidad de razonamiento categórico en base a procesos de reconocimiento viso-perceptual que se sitúa en un rango promedio bajo.

En el Índice de Memoria de trabajo (IMT) se encuentra un puntaje dentro de una categoría PROMEDIO BAJO (IMT = 80). Esto último indica que su habilidad para retener información visual, operar con ella y evocarla en unos segundos, habilidad para resistir a la interferencia proactiva se encuentra por debajo de lo esperado para su edad. El IMT obtenido por el evaluado se encuentra en el intervalo de 74 – 89 al 95% de confianza. En las subpruebas de este factor se encontró lo siguiente:

En la prueba de serie de números y letras cuenta con una habilidad para la retención, manipulación y seriación de material auditivo inmediato que se ubica en un nivel promedio bajo. Del mismo modo, en la prueba de retención de dígitos cuenta con una habilidad para retener estímulos verbales-auditivos simples a través de su atención inmediata en un rango por debajo de la normativa. Mientras que, en la prueba de aritmética, cuenta con una habilidad para realizar operaciones aritméticas básicas mediante el uso del razonamiento numérico y los recursos atencionales se sitúa en un nivel limítrofe.

En cuanto al valor obtenido en el Índice de Velocidad de Procesamiento (IVP) se encuentra dentro del rango PROMEDIO ALTO (IVP = 112). Eso quiere decir que su aptitud para rápidamente explorar, ordenar o discriminar información visual simple se encuentra por encima de lo esperado para su edad. La puntuación compuesta de esta área se ubica en el intervalo de 102 – 120 al 95% de confianza. En las subpruebas de este factor se encontró lo siguiente:

En la prueba de búsqueda de símbolos, que indica su velocidad de precisión perceptiva para procesar información visual simple se encuentra en un rango promedio. Similarmente, en la prueba de claves presenta una habilidad de rapidez en destreza viso-motora y de aprendizaje asociativo que se sitúa en un rango normativo.

**Figura 4**

*Cuadro de resultados del WISC-V*

|    | COMPRENSIÓN VERBAL   |        |       |       | ANÁLISIS PERCEPTUAL  |                |        | MEMORIA DE TRABAJO  |                        |       | VELOCIDAD DE PROCESAMIENTO  |                      |               |
|----|--|--------|-------|-------|--|----------------|--------|---|------------------------|-------|---|----------------------|---------------|
|    | analogías  | Vocab. | Comp. | Info. | C. Cubos   | R. con figuras | Matriz | R. Dígitos  | Serie números y letras | Arit. | claves  | Búsqueda de símbolos |               |
|    | <b>LIMITROFE</b><br><b>(ICV 75)</b><br><b>PE: 5</b><br><b>IC 95 %: 70-83</b> |        |       |       | <b>PROMEDIO</b><br><b>(IAP 96)</b><br><b>PE: 39</b><br><b>IC 95%: 89-104</b> |                |        | <b>PROMEDIO BAJO</b><br><b>(IMO 80)</b><br><b>PE: 9</b><br><b>IC 95%: 74-89</b> |                        |       | <b>PROMEDIO ALTO</b><br><b>(IVP 112)</b><br><b>PE: 79</b><br><b>IC 95%: 102-120</b> |                      |               |
| 18 | -  | -      | -     | -     | -  | -              | -      | -   | -                      | -     | -   | -                    |               |
| 17 | -  | -      | -     | -     | -  | -              | -      | -   | -                      | -     | -   | -                    |               |
| 16 | -  | -      | -     | -     | -  | -              | -      | -   | -                      | -     | -   | -                    |               |
| 15 | -  | -      | -     | -     | -  | -              | -      | -   | -                      | -     | -   | -                    | Superior      |
| 14 | -  | -      | -     | -     | -  | -              | -      | -   | -                      | -     | -   | -                    |               |
| 13 | -  | -      | -     | -     | -  | -              | -      | -   | -                      | -     | -   | -                    | Promedio Alto |
| 12 | -  | -      | -     | -     | -  | -              | -      | -   | -                      | -     | -   | -                    |               |
| 11 | -  | -      | -     | -     | -  | -              | -      | -   | -                      | -     | -   | -                    | Promedio      |
| 10 | -  | -      | -     | -     | -  | -              | -      | -   | -                      | -     | -   | -                    |               |
| 9  | -  | -      | -     | -     | -  | -              | -      | -   | -                      | -     | -   | -                    |               |
| 8  | -  | -      | -     | -     | -  | -              | -      | -   | -                      | -     | -   | -                    | Promedio Bajo |
| 7  | -  | -      | -     | -     | -  | -              | -      | -   | -                      | -     | -   | -                    |               |
| 6  | -  | -      | -     | -     | -  | -              | -      | -   | -                      | -     | -   | -                    | Inferior      |
| 5  | -  | -      | -     | -     | -  | -              | -      | -   | -                      | -     | -   | -                    |               |
| 4  | -  | -      | -     | -     | -  | -              | -      | -   | -                      | -     | -   | -                    |               |
| 3  | -  | -      | -     | -     | -  | -              | -      | -   | -                      | -     | -   | -                    | Muy Inferior  |
| 2  | -  | -      | -     | -     | -  | -              | -      | -   | -                      | -     | -   | -                    |               |
| 1  | -  | -      | -     | -     | -  | -              | -      | -   | -                      | -     | -   | -                    |               |

-**Área neurocognitiva:** En primer lugar, se aplicó la prueba Test de Colores y Palabras (Stroop).

### **Atención**

En relación a la atención sostenida Juan registro un desempeño promedio bajo para su edad, debido a que presenta dificultades para mantener la atención de forma prolongada cuando se le da indicaciones de alguna actividad o se le solicita su atención constante en una tarea. Sin embargo, obtiene en la prueba búsqueda de símbolos un puntaje dentro del rango promedio.

Luego en la atención selectiva, que es la capacidad de dirigir los recursos atencionales hacia los estímulos relevantes y obviar a los irrelevantes. Juan presenta un rendimiento de rango deficitario severo en la velocidad de procesamiento automático de estímulos verbales (lectura de palabras). Mientras que, en su desempeño en la velocidad de procesamiento automático de estímulos visuales (nombramiento de colores) se presenta en un nivel deficitario moderado. En cambio, en el procesamiento controlado de los mismos (inhibición de la lectura para nombrar los colores) se sitúa en un rango deficitario leve.

### **Tabla 2**

*Baremo de puntajes de test de atención*

|                  | <b>PUNTAJE<br/>BRUTO</b> | <b>MEDIA</b> | <b>SCORE Z</b> | <b>DS</b> | <b>CATEGORIA</b> |
|------------------|--------------------------|--------------|----------------|-----------|------------------|
| <b>Stroop P</b>  | 21                       | 79           | -3.1           | 19        | Déficit Severo   |
| <b>Stroop C</b>  | 29                       | 53           | -2             | 12        | Déficit Moderado |
| <b>Stroop PC</b> | 19                       | 31           | -1.5           | 8         | Déficit Leve     |

Nota. Adaptación del test de Stroop

## Memoria

- En relación a la **memoria verbal** que es la capacidad de registro de nueva información verbal y de recuerdo inmediato se encuentra en un rango promedio bajo en una prueba auditivo-verbal.
- Por otro lado, en cuanto a la **memoria visual** que es la capacidad para Se recuerda información que se ha recibido visualmente, se sitúa en un nivel muy bajo.

## Lenguaje

- Su **capacidad verbal** con relación a la comprensión de conceptos y riqueza léxica, así como su habilidad de abstracción y asociación verbal, se encuentran en un rango limítrofe (ICV: 75).
- La **prueba de Comprensión Audioverbal (CA)**, que es la capacidad de interpretar el discurso oral, se encuentra en un nivel bajo.
- La **prueba de Comprensión de Imágenes (CIM)**, que evalúa la capacidad de identificar imágenes de objetos, con dificultad creciente presentadas consecutivamente, se sitúa en un rango bajo.
- La **prueba de Leximetría (LX)**, en la **comprensión lectora**, que refleja el nivel de comprensión del niño sobre el contenido del texto leído se sitúa en un nivel bajo.
- La **prueba de Escritura Audiognósica (EA)**, el cual evalúa que todas las palabras que se dictaron estén correctamente escritas, en el mismo orden, sin omisión o adición de palabras y sin faltas de tipo ortográfico, se encuentra en un rango muy bajo.

## **Funciones ejecutivas**

En cuanto a su memoria de trabajo, referido a la capacidad de retener temporalmente información reciente y utilizarla en la realización de tareas simples se sitúa en un rango promedio bajo (IMT:80).

Por otro lado, en la prueba de velocidad de respuesta, flexibilidad mental y función motora se encuentra en un nivel promedio.

Además, en el desempeño del examen de la fluidez verbal, esto es la producción espontánea de palabras bajo condiciones de búsqueda restringida, su rendimiento se encuentra en un nivel muy bajo para el componente fonético (letra:"P") y en un nivel promedio para el componente semántico (categoría: animales).

### **-Área socio emocional/ conductual**

Según la evaluación de trastorno por Déficit de atención con hiperactividad (EDAH) la cual fue aplicada a la madre, se sospecha de un Riesgo Moderado ya que tuvo la puntuación global de 26 puntos, es decir que el evaluado presenta síntomas consistentes de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) de tipo combinado.

En la **evaluación de ansiedad**, se encontró indicadores que reflejan que el evaluado se encuentra con una ansiedad leve (tabla 3), es decir que a veces está intranquilo, tiene cólera por cualquier motivo, a veces tiene ganas de llorar, siente miedo a varias cosas, se altera fácilmente, le transpiran las manos y pies, a veces es pesimista y cuando rinde un examen se olvida de los que estudió.

### Tabla 3

*Puntaje de lista de chequeo conductual de la ansiedad en el niño*

---

#### **Lista de Chequeo Conductual de la Ansiedad en Niños**

---

Puntaje. 10

Ansiedad Leve

---

Nota. Elaboración propia.

En la **lista de Chequeo Conductual de la Agresividad en Niños**, el evaluado para la madre, presenta un nivel de agresividad moderado, es decir que cuenta con un adecuado control de sus impulsos y podrá desenvolverse de forma saludable en cualquier contexto social.

En cuanto a la **conducta agresiva activa física**, que nos indica que el evaluado tiende a emitir conductas como resolver sus problemas empleando la agresión física, destruyendo los bienes, siendo inquieto, realizando berrinches y perturbando a los demás, se sitúa en un nivel moderado.

En la **conducta agresiva pasiva física**, que nos indica que no acata las normas establecidas, no cumple con sus responsabilidades y no coopera en situaciones de grupo, se sitúa en un nivel leve.

En la **conducta agresiva activa verbal**, que nos indica que es impertinente, hace bromas pesadas, esparce rumores, emplea un lenguaje soez y tiende a mentir, se sitúa en un nivel moderado.

Por último, en la **conducta agresiva pasiva verbal**, que nos indica que tiende a guardar silencio cuando se siente molesta y responde a las interrogantes de los demás, es decir que se sitúa en un nivel leve.

En cuanto al **clima social en la familia** respondido por la madre se encuentra en una tendencia mala, debido a que obtiene un puntaje de 43. A continuación, se describe las dimensiones de la escala:

En la **dimensión de relaciones** se sitúa una tendencia deficitaria en el clima de la familia, debido a que se encuentra en los resultados que entre los miembros de la familia suelen ayudarse y apoyarse unos a otros. Sin embargo, tienen dificultades para actuar libremente y expresar sus sentimientos.

Por otro lado, en la **dimensión de desarrollo** se sitúa una tendencia mala en el clima de la familia, debido a que se encontró que los miembros de la familia no se muestran muy seguros de sí mismos, no son muy independientes y les cuesta tomar sus propias decisiones. Además, suelen mostrar poco interés por actividades que fomenten el desarrollo personal, es decir actividades intelectuales, culturales, sociales, orientadas a la acción y competencia como es en el caso de la escuela y trabajo.

Finalmente, en la **dimensión de estabilidad** se encuentra en una tendencia mala, es decir los miembros de la familia suelen organizarse y planificar las actividades y responsabilidades de la familia. Sin embargo, les cuesta seguir ciertas reglas y procedimientos establecidos.



**Tabla 4**

**Resumen de hallazgos de la evaluación**

| Áreas                      | Nivel           | Percentil |
|----------------------------|-----------------|-----------|
| COGNITIVA                  | Promedio bajo   | 87        |
| FUNCIONES EJECUTIVAS       | Promedio bajo   | 80        |
| ATENCIONAL –<br>CONDUCTUAL | Riesgo moderado | 91        |
| SOCIO - EMOCIONAL          | Moderado        | 75        |

Nota. Elaboración propia.

**3.3. Impresión diagnóstica**

El evaluado presenta un Cociente Intelectual Total de 87, ubicándolo en un nivel promedio bajo. En cuanto a su perfil neurocognitivo, se encuentra disminuido en cuanto a su comprensión verbal, atención, memoria y fluidez verbal. A nivel socio - emocional, presenta dificultad para reconocer y expresar sus emociones, poco control de impulsos, poca tolerancia a la frustración, ansiedad leve, muestra necesidad de afecto y atención. Por último, a nivel atencional y conductual, presenta inquietud motora, conductas impulsivas e irritables, muestra escasa atención en una actividad y es inconstante en las actividades, estas conductas inadecuadas se ven empeoradas por la dificultad de los padres para manejar la conducta del consultante.

Por lo tanto, los resultados obtenidos concuerdan con los indicadores establecidos en el DSM V, dándose la presunción diagnóstica del trastorno por déficit de atención e hiperactividad/ impulsividad de tipo combinado F90 ya que

tiene dificultad atencional y problemas de conducta (se distrae fácilmente durante una actividad, mueve los pies o se levanta de su sitio constantemente, deja inconclusas las tareas que inicia, interrumpe en las conversaciones, golpea la mesa o grita cuando esta de mal genio)

Posterior a la entrega de resultados y siguiendo la recomendación, los padres de Juan fueron a una consulta externa con un neuropediatra, el cual dio el diagnóstico definitivo de Trastorno por déficit de atención e hiperactividad – tipo combinado F90.2.

### **3.4.Intervención**

#### **3.4.1. Objetivos de la intervención**

- Objetivo General

Implementar un plan de intervención psicológica para incrementar el control conductual y emocional en un niño de 7 años con trastorno por déficit de atención e hiperactividad de un centro privado de salud de Lima metropolitana.

- Objetivos Específicos

Incrementar el control conductual en un niño de 7 años con trastorno por déficit de atención e hiperactividad de un centro privado de salud de Lima metropolitana.

Incrementar el control emocional en un niño de 7 años con trastorno por déficit de atención e hiperactividad de un centro privado de salud de Lima metropolitana.

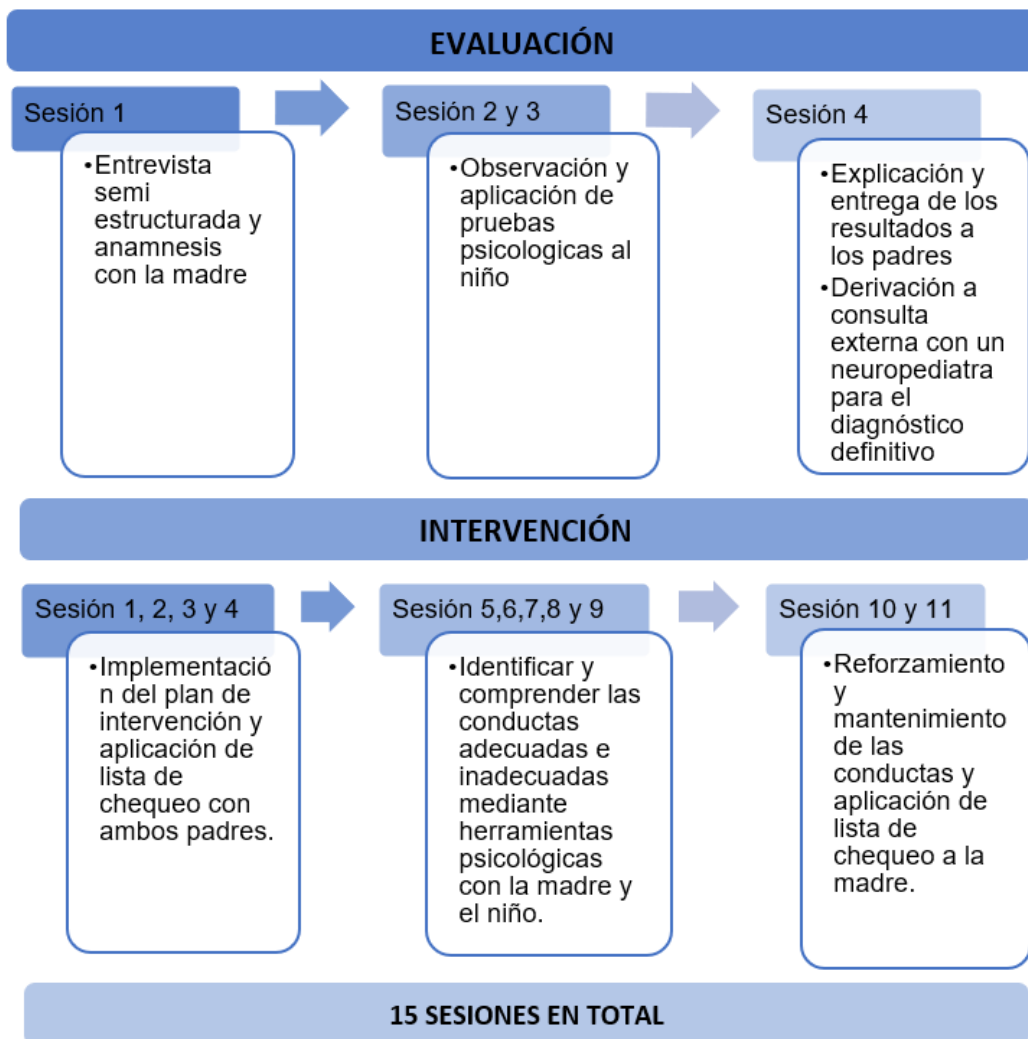
### 3.4.2. Descripción del caso

El consultante que participó de la intervención psicológica fue un niño de 7 años con un diagnóstico de trastorno por déficit de atención e hiperactividad, asistió al primer grado de un colegio particular y residía con sus padres en la ciudad de Lima Metropolitana.

### 3.4.3. Descripción del procedimiento

**Figura 5**

*Flujograma del proceso de evaluación e intervención*



Nota. Elaboración propia.

Se realizaron en total 15 sesiones, la evaluación fue de 4 sesiones con una duración de 45 minutos cada una, donde se realizó una entrevista a la madre que engloba la anamnesis del niño, así mismo se aplicó una serie de pruebas sicométricas al consultante. Con la obtención de los resultados, se redactó el informe psicológico, el cual fue entregado a los padres. Posterior a ello, se les indico a los padres llevar al consultante a un centro neurológico para tener el diagnóstico definitivo por un neuropediatra.

Después se realizó el programa de intervención que consto de 11 sesiones con una duración de 45 minutos y con una frecuencia de 1 vez por semana de modo presencial, donde se plantearon objetivos y actividades por cada sesión. En las 2 primeras sesiones estuvieron presentes ambos padres, luego en las siguientes sesiones asistían solo la madre y el consultante, puesto que el padre se encontraba laborando. En algunas ocasiones el consultante no pudo asistir a la sesión por motivos de salud.

La estructura de las sesiones de intervención estuvo conformada en 3 partes: inicio, desarrollo y cierre. Al iniciar cada sesión se hace un repaso y se revisa la actividad que se dejó para casa de este modo se verifica el aprendizaje. Posterior a ello, se desarrolló las actividades y materiales para cada sesión de acuerdo con el objetivo planteado, dejando de manera correspondiente una actividad para casa. En el cierre se hace un repaso con la madre sobre lo trabajado en la sesión, se registra como estuvo el consultante en la semana y se responden preguntas de los cuales se tenga duda.

#### **3.4.4. Estructura de plan de intervención psicológica por sesiones**

Se establece en la tabla 4 cada una de las sesiones con los objetivos y técnicas empleadas, así mismo el desarrollo de la intervención y los materiales empleados dentro del centro de salud integral.

**Tabla 5***Plan de intervención psicológica por sesiones, objetivos y técnicas*

| Sesión                         | Objetivos                     | Técnicas           | Procedimiento  | Materiales                                       | Tiempo      |
|--------------------------------|-------------------------------|--------------------|--|--|-------------|
| Sesión<br>1<br>(Madre y Padre) | Concientizar<br>sobre el TDAH | -Psicoeducación    | -Inicio: Presentación y Rapport  |  | -10 minutos |
|                                |                               |                    | Desarrollo:<br><ul style="list-style-type: none"> <li>• Se brinda información sobre el TDAH (Definición, características, consecuencias)</li> <li>• Se delimita conductas adecuadas por trabajar.</li> <li>• Se organiza registrar las conductas adecuadas que se desean cambiar por la intervención.</li> </ul> | -Hoja de Registro conductual<br><br>-Un tríptico | -20 minutos |
|                                |                               | -Retroalimentación | Actividad para casa:<br>Realizar el pre test de lista de cotejo de conductas y emociones.  |  |             |
|                                |                               |                    | Cierre: Se realiza feedback con los padres.  |  | -15 minutos |
|                                |                               |                    | Inicio: Se revisa la actividad para casa: Registro de conductas inadecuadas.   | - La economía de fichas                          | -10 minutos |

|   |   |  |                    |   |   |             |
|---|---|--|--------------------|---|---|-------------|
|   |   |  |                    | Desarrollo:<br>Se realiza paso a paso la técnica de relajación de Koeppen.  | - stickers<br>- Pizarra<br>-Plumones                    | 20 minutos  |
| Sesión 2<br>(Madre y Padre)               | Comprender recursos de modificación de conducta | -Relajación de Koeppen<br>-Técnica economía de ficha                                   | de                 | Se elabora el cuadro de economía de fichas y se revisa la aplicación para la casa de la técnica de economía de fichas, con las conductas adecuadas que se desean cambiar.                                   |   |             |
|   |   |  |                    | Actividad para casa: Aplicación de la economía de fichas.   |   |             |
|   |   |  | -Retroalimentación | Cierre: Se realiza feedback con los padres.   |   | -15 minutos |
|   | Identificar conductas adecuadas e inadecuadas   |  |                    | Inicio: Rapport   |   | -10 minutos |
| Sesión 3<br>Madre y Juan<br>(consultante) |   | -Técnica relajación Koeppen<br>-Registro conductual<br>-Psicoeducación<br>-Flash cards | e<br>de            | Desarrollo:<br>Se realiza la técnica de Koeppen: el ejercicio del gato perezoso.<br>Se identifica con el niño las conductas adecuadas e inadecuadas y en que situaciones se realizan utilizando flash card. | -Hoja de registro<br>-Tarjetas conductuales<br>-Pizarra | -25 minutos |

|                            |                   |  |                                   |   |                        |             |
|----------------------------|-------------------|--|-----------------------------------|---|------------------------|-------------|
|                            |                   |  |                                   |   | -Plumones              | -10 minutos |
|                            |                   |  |                                   | Actividad para casa: Realizar el ejercicio de relajación.   |                        |             |
|                            |                   |  | -Retroalimentación                | Cierre: Se recuerda las actividades realizadas en sesión y la actividad a la casa para el niño y la madre.  |                        |             |
|                            |                   |  |                                   | Inicio: Se recuerda conductas adecuadas e inadecuadas y se revisa la actividad para casa.   |                        | -10 minutos |
|                            |                   |  |                                   | Desarrollo:   | -Silla pequeña         |             |
|                            |                   |  |                                   | Se realiza la técnica de Koeppen: el ejercicio del gato perezoso.   | -Mesa pequeña          |             |
|                            |                   |  | -Técnica de relajación de Koeppen | de Se le presenta el cuento del monstruo de colores, se le va explicando cada una y luego se le presenta tarjetas con caras para que identifique que emoción representa cada una, cuando reconoce sus emociones y de los demás le digo “lo hiciste” y chocamos las manos. | -Cuento                |             |
|                            |                   |  | -Biblioterapia                    |   | -Tarjetas de emociones |             |
| Sesión 4                   | Reconocer         |  | -Flash Card                       |   | -Pizarra               | -25 minutos |
| Madre y Juan (consultante) | emociones básicas |  | - Reforzador social               |   | -Plumones              |             |



|          |                            |   |   |   |             |
|----------|----------------------------|---|---|---|-------------|
|          |                            |   |   | Actividad para casa: Practicar el reconocer sus emociones y de los demás.   | -10 minutos |
|          |                            |   | -Retroalimentación  | Cierre: Se recuerda las actividades realizadas en sesión y la actividad a la casa para el niño y la madre.  |             |
|          |                            |   |   | Inicio: Se recuerda el cuento y las emociones básicas y revisar la actividad para la casa.  | -10 minutos |
|          |                            |   |   | Desarrollo:<br>Se presenta Tarjetas de conductas, luego se identifica las conductas adecuadas e inadecuadas, después se realiza un juego de roles.  |             |
| Sesión 5 | Madre y Juan (consultante) | Sensibilizar e identificar las conductas adecuadas e inadecuadas y conocer una técnica conductual | -Flash card<br>-Role playing<br>-Economía de fichas<br>-Refuerzo social | Después se le presenta la economía de fichas, se le explica las conductas adecuadas que puede realizar para obtener los stickers. Se pide al niño que realice un ejemplo y le digo “Muy bien” y chocamos las manos. | -25 minutos |
|          |                            |   |   | Actividad para casa: Registrar los stickers para la economía de fichas.   |             |

|                            |   |   |  |   |  |             |
|----------------------------|---|---|--|---|--|-------------|
|                            |   |   | -Retroalimentación   | Cierre: Se recuerda las actividades realizadas en sesión y la actividad para casa con el niño y la madre.   |  | -10 minutos |
|                            |   |   |  | Inicio: Se recuerda la economía de fichas y revisar la actividad para casa.   |  | -10 minutos |
| Sesión 6                   | Identificar las emociones e incorporar recursos para regularlas | Identificar las emociones e incorporar recursos para regularlas | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Técnica de relajación Koeppen</li> <li>-Flash card</li> <li>-Técnica del semáforo</li> <li>-Modelamiento</li> <li>-Refuerzo social</li> </ul> | <p>Desarrollo:</p> <p>Se realiza la técnica de relajación del jugo de limón.</p> <p>Se le muestra flash card de caras con las emociones.</p> <p>Se le presenta la imagen de un semáforo y se le explica el significado de cada color y qué hacer estando en cada color.</p> <p>Luego se practica la técnica del semáforo, indicándole como realizarla cuando se siente enojo y le digo “lo lograste” y chocamos las manos</p> <p>Actividad para casa: Realizar la técnica del semáforo.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>-silla pequeña</li> <li>-Tarjetas</li> <li>-Imagen del semáforo</li> <li>-pizarra</li> <li>-plumones</li> </ul> | -25 minutos |
| Madre y Juan (consultante) |   |   | -Retroalimentación   |   |  | -10 minutos |



|   |  |   |  |   |             |
|---|--|---|--|---|-------------|
|   |  |   | -Retroalimentación                                     | Cierre: Se recuerda las actividades realizadas en sesión y la actividad para casa con el niño y la madre.   | -10 minutos |
|   |  |   |  | Inicio: Se recuerda el modelamiento puede hablar y pedir usando por favor y Gracias y revisar la actividad para casa.   | -10 minutos |
|   |  |   |  | Desarrollo:<br>Se realiza la técnica de relajación de la tortuga.   |             |
|   |  |   | -Técnica de relajación de Koeppen                      | Se analiza un cuento y se le plantea la importancia de expresar verbalmente lo que quiere, en lugar de usar las manos.  |             |
|   |  | Aplicar los recursos de modificación conductual y reforzar las conductas adecuadas. | -Biblioterapia<br>-Modelamiento<br>- Reforzador social | Se practica con el niño que identifique cuando quiere dar un manotazo, respire y recuerde que puede expresar “me puede ayudar” cuando lo necesite o quiera algo y cada vez que lo hace se le dice “Lo hiciste, muy bien”. | -25 minutos |
| Sesión 8<br>Madre y Juan<br>(Consultante) |  |   |  | Actividad para casa: Practicar en casa el Se recuerda expresar verbalmente lo que quiere.   | -un cuento  |

|          |                            |   |  |  |                       |             |
|----------|----------------------------|---|--|--|-----------------------|-------------|
|          |                            |   | -Retroalimentación                                     | Cierre: Se recuerda las actividades realizadas en sesión y la actividad para casa con el niño y la madre.  |                       | -10 minutos |
|          |                            |   |  | Inicio: Se recuerda el modelamiento para expresar asertivamente lo que quiere y revisar la actividad para la casa.   |                       | -10 minutos |
|          |                            |   |  | Desarrollo:<br>Se realiza la técnica de relajación de la tortuga.  |                       |             |
|          |                            |   | -Técnica de relajación de Koeppen                      | Se observa un video y se le plantea la importancia de la conducta adecuada.  |                       |             |
| Sesión 9 | Madre y Juan (Consultante) | Aplicar los recursos de modificación conductual y reforzar las conductas adecuadas. | -Video terapia<br>-Modelamiento<br>- Reforzador social | Se practica con el niño permanecer en su sitio durante las actividades, y en qué momentos puede levantar la mano para pedir permiso y esperar a que le acepten el permiso o en caso contrario respirar y permanecer en el sitio. | - laptop<br>-un video | -25 minutos |
|          |                            |   |  | Actividad para casa: Practicar el levantar la mano para pedir permiso o respirar y permanecer en el sitio.   |                       |             |

|                            |  |  |  |   |                                   |  |             |
|----------------------------|--|--|--|---|-----------------------------------|--|-------------|
|                            |  |  |  | Cierre: Se recuerda las actividades realizadas en sesión y la actividad para casa con el niño y la madre.   |                                   |  | -10 minutos |
|                            |  |  |  | Inicio: Se recuerda el modelamiento de levantar la mano para pedir permiso y revisar la actividad para casa.  |                                   |  | -10 minutos |
| Sesión 10                  | Identificar las emociones y aplicar recursos para regularlas | Identificar las emociones y aplicar recursos para regularlas | Identificar las emociones y aplicar recursos para regularlas | Desarrollo: Observar el video del mostro de emociones e identificar en que situaciones siente las diferentes emociones.<br>Luego practicar que identifique y exprese de forma verbal sus emociones para luego utilizar la técnica del semáforo o una técnica de relajación.<br>Actividad para casa: Practicar identificar y expresar de forma verbal sus emociones para luego utilizar la técnica del semáforo o una técnica de relajación. | -Un video<br>-Figura del semáforo |  | -25 minutos |
| Madre y Juan (consultante) |  |  |  | Cierre: Se recuerda las actividades realizadas en sesión y la actividad para casa con el niño y la madre.   |                                   |  | -10 minutos |

|   |                           |                    |  |   |
|---|---------------------------|--------------------|--|---|
| Sesión<br>11<br>Madre y Juan<br>(consultante) | Prevención de<br>recaídas | -Psicoeducación    | Inicio: Se revisa la actividad para casa.  |   |
|   |                           |                    | Desarrollo:<br>Se realiza un repaso de todas las técnicas trabajadas.<br>Se explica y analiza las posibles recaídas y en qué circunstancias podrían presentarse.<br>Se refuerza la explicación de todas las técnicas, se le brinda recomendaciones para continuar manteniendo las conductas instauradas. | - Registro de conducta<br>-Economía de fichas<br>-Figura del semáforo |
|   |                           | -Retroalimentación | Realizar el post test de lista de cotejo de conductas y emociones.   |   |
|   |                           |                    | Cierre: Se realiza feedback con los padres.  |   |

-5 minutos

-30 minutos

-10 minutos

Nota. Elaboración propia.

### 3.4.5. Justificación de las Metodologías Empleadas en el caso

**Psicoeducación:** La información que se le brinda a los padres y al consultante es de suma relevancia para la adherencia al tratamiento, por ende, se empleó un mecanismo psicológico de aprendizaje para que ellos puedan interiorizar de manera practica cada uno de los estipulados. Así mismo, es importante que se genere una concientización sobre el trastorno y los factores que influyen en el tratamiento, brindando herramientas para el manejo conductual de su hijo en su hogar. En suma, la psicoeducación fortalece el tratamiento y desarrollo del consultante.

**Economía de fichas:** Se utilizó en este caso para promover el comportamiento deseado en el niño por medio del control de los reforzamientos. Para ello, se planteó una conducta deseada cada semana y progresivamente se fueron incrementando hasta llegar a seis conductas deseadas que eran evaluadas por los padres y psicóloga, se utilizó reforzadores tangibles (una hoja de stickers de dinosaurios y galleta favorita) y sociales (“lo hiciste muy bien”, “lo lograste”). Cuando se observaba que disminuía la frecuencia de las conductas deseadas en comparación a la anterior, solo se le daba un sticker pequeño y cuando la frecuencia conductual volvía a incrementarse se le daba a elegir uno de los reforzadores tangibles. Esta técnica es eficaz para trabajar aspectos conductuales, permite mejorar la sintomatología del diagnóstico y se puede adaptar a diferentes ámbitos. (Gallardo, 2020)



**Modelado:** Esta técnica se utilizó para que el niño adquiriera nuevos comportamientos deseados observando e imitando el comportamiento del modelo, se le muestro al niño que conductas verbales y motoras se deseaban que realice. De este modo es factible y sencillo para el niño ir modificando su conducta, y una herramienta para que los padres ayuden a aumentar la constancia de una conducta deseada y reforzarla positivamente para que se mantenga. (González y Froxán, 2021)

**Técnica de relajación progresiva de Jacobson:** Se aplico la técnica de relajación durante las sesiones de forma gradual, haciendo respiraciones inhalando el aire por la nariz y exhalando el aire por la boca lentamente, luego tensando y extendiendo los músculos de diferentes partes del cuerpo para que tome registro de su cuerpo y poco a poco este en estado de calma. Se le explico a la madre y al niño de forma práctica como realizar la técnica y en que situaciones podría usarla. Este tipo de técnica de relajación es útil para reducir síntomas de ansiedad e impulsividad. Y por otro lado mejora el autocontrol físico y mental, el focalizar la atención en una actividad, la organización de la información y relaja el tono muscular. Por ende, esta técnica es beneficiosa para aumentar el autocontrol en situaciones de estrés o tensión, y se pueden trabajar otros aspectos del TDAH. (Labrador et. al, 2008)

**Semáforo:** Esta herramienta lo que hace es potenciar la regulación de emociones del consultante. Se utilizó la imagen de un semáforo luego se le explicó al niño que tiene que hacer en cada color, cuando este en el rojo es momento de detenerse como los autos en el tránsito y es cuando está sintiendo una emoción, luego en el amarillo es para pensar en la situación y en las posibles soluciones, después el verde es cuando ya puede actuar realizando algunas de las posibles soluciones. Esta técnica es muy útil y sencilla de realizar para los niños y aumenta la autoregulación conductual y emocional en momentos de estrés. (Peltroche y Diaz, 2020)

**Biblioterapia:** Es una técnica, la cual se hizo uso de texto seleccionado dirigido al trabajo de conductas, emociones y habilidades sociales con el consultante, ya que, mediante un texto literario, tarjetas u otros materiales y de este modo ayudar al infante a interiorizar y comprender un tema de manera lúdica. Esta técnica es efectiva para que los niños incorporen información de forma sencilla, logre identificar sus conductas adecuadas e inadecuadas con mayor conciencia y pueda actuar de manera asertiva en diferentes situaciones. (Ruiz, 2017)

#### **3.4.6. Indicadores de logro**

**Incrementar el control conductual.** Al finalizar el programa de intervención psicológica el consultante debe presentar un 55% de conductas adecuadas, en referencia a entregar los objetos en la mano cuando se le indique, el mantener las manos sobre la carpeta sin golpear y permanecer sentado durante la actividad (tabla 5).

## Tabla 6

### *Indicador de control conductual*

| <b>Control conductual</b>   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Entregar los objetos en las manos de la persona que lo solicita</li><li>• Mantener las manos sobre la carpeta sin golpear</li><li>• Permanecer sentado durante la actividad</li></ul> |

Nota. Elaboración propia

**Incrementar el control emocional.** Al culminar el programa de intervención psicológica el consultante debe lograr incrementar un 40% en las habilidades de expresión emocional, como el comunicar “Me puede ayudar” cuando se sienta frustrado ante alguna actividad e indica cuando se siente enfadado con la palabra “Me siento molesto” (Tabla 6).

## Tabla 7

### *Indicador de control emocional*

| <b>Control emocional</b>  |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Expresar “Me puede ayudar” cuando se sienta frustrado ante alguna actividad</li><li>• Comunicar “Me siento molesto” cuando se sienta enfadado</li></ul> |

Nota. Elaboración propia

### **3.4.7. Monitoreo del programa**

El monitoreo de la intervención tuvo como objetivo determinar el avance del niño durante las sesiones. Se hizo una lista de cotejo con las habilidades de control conductual y emocional, se le explico a la madre el modo adecuado de realizar el registro de manera cuantificada, marcando la frecuencia y el tiempo de cada conducta, durante 11 semanas en un periodo de lunes a viernes dentro del hogar. Además, se aplicó el pretest al inicio de la intervención y un post test al finalizar, para medir la evolución conductual del consultante.

Así mismo, se utilizó la economía de fichas, en donde se dispuso las conductas a trabajar, se le explico a la madre y al niño en qué consistía dicha herramienta y como se realizaría el registro para obtener la recompensa acordada. También se le pidió a la madre tomar fotos o grabar videos cuando su niño realizaba conductas adecuadas e inadecuadas para poder darle recomendaciones. Por último, no se realizó seguimiento posterior a la intervención, ya que la familia se mudó a provincia por motivos laborales.

#### **3.4.8. Consideraciones Éticas**

En el presente trabajo se contempló los siguientes principios éticos: El principio de beneficencia para garantizar el bienestar y comodidad del niño durante todo el programa de intervención y al finalizar se le brinda un informe de progresos y recomendaciones. El principio de no maleficencia cuidando que no se vulnere su salud tanto física como psicológica. Así mismo, el principio de justicia teniendo un trato amable y considerado, respetando sus derechos como persona.

Por otro lado, el principio de autonomía por lo cual, se les presenta un consentimiento informado a los padres explicándoles que pueden retirarse del programa de intervención en el momento que ellos decidan y que se protegerá la identidad de toda su familia. Por último, el principio de integridad mostrando honestidad y transparencia durante todo el proceso del trabajo, especificando que la información adquirida será utilizada solo con fines académicos.

## CAPÍTULO IV: RESULTADOS

### 4.1.Descripción de los Resultados

A continuación, se describirá los resultados obtenidos tras realizar el programa de intervención para fortalecer las habilidades de control conductual y emocional en el consultante.

**Tabla 8**

*Evaluación de inicio y final mediante la lista de cotejo*

| Áreas                | Evaluación inicial | Evaluación final | Máximo puntaje posible |
|----------------------|--------------------|------------------|------------------------|
| Habilidad conductual | 1                  | 4                | 5                      |
| Habilidad emocional  | 2                  | 4                | 5                      |

Puntuación: 1=Muy pocas veces; 2= Pocas veces; 3=Regular; 4=Muchas veces; 5=Todas las veces

Nota. Elaboración propia

En la tabla 7 se puede visualizar el resultado de impacto que se tuvo con el programa de intervención psicológica aplicado al consultante. Para la medición de dicho impacto se estableció una lista de cotejo de habilidades conductuales y habilidades emocionales en un inicio de la sesión, con la finalidad de trazar una línea base del programa y luego se aplicó un posttest para realizar un comparativo y con ello, verificar el progreso de las habilidades. En el ámbito general de las habilidades conductuales se observa una puntuación inicial de 1, lo cual corresponde a que el consultante muy pocas veces realiza este tipo de conductas, como son el permanecer sentado durante la actividad, entregar los objetos en la mano cuando se le brinda la instrucción y mantener las manos sobre la carpeta sin realizar ningún golpe, sin embargo, luego de la aplicación del programa de intervención psicológica obtuvo una mejora en el indicador, logrando una puntuación de 4 en general, hallándose un incremento de 60% de manera

significativa en las habilidades conductuales. Así mismo, en las habilidades emocionales se indicó una puntuación de 2 como línea base y se logró una mejora en la obtención de 4 puntos al término de las sesiones, indicando un incremento de 40% potencial en este factor. En suma, ambos indicadores demuestran una mejora en el control de dichas habilidades, generando un resultado favorable en el logro de los objetivos establecidos en el programa de intervención.

**Tabla 9**

*Indicador de lista de cotejo de control conductual*

| # Sesiones       | Permanece sentado durante la actividad |     | Entrega los objetos en la mano de la persona que lo solicita |     | Mantiene las manos sobre la carpeta sin golpear |     |
|------------------|--|-----|--|-----|---|-----|
|                  | *f                                     | t   | *f   | t   | *f  | t   |
| <b>Sesión 1</b>  | 1                                      | 6'  | 1  | 40" | 1   | 5'  |
| <b>Sesión 2</b>  | 1                                      | 5'  | 2  | 50" | 2   | 10' |
| <b>Sesión 3</b>  | 2                                      | 10' | 2  | 35" | 3   | 6'  |
| <b>Sesión 4</b>  | 1                                      | 11' | 2  | 20" | 2   | 8'  |
| <b>Sesión 5</b>  | 2                                      | 15' | 3  | 25" | 4   | 15' |
| <b>Sesión 6</b>  | 3                                      | 10' | 3  | 15" | 4   | 20' |
| <b>Sesión 7</b>  | 4                                      | 16' | 4  | 20" | 5   | 31' |
| <b>Sesión 8</b>  | 4                                      | 20' | 4  | 10" | 4   | 26' |
| <b>Sesión 9</b>  | 3                                      | 22' | 5  | 16" | 3   | 20' |
| <b>Sesión 10</b> | 4                                      | 25' | 3  | 16" | 5   | 30' |
| <b>Sesión 11</b> | 5                                      | 26' | 4  | 12" | 4   | 28' |

\*La frecuencia se establece por: 1=Muy pocas veces; 2= Pocas veces; 3=Regular; 4=Muchas veces; 5=Todas las veces

Nota. Elaboración propia

En la tabla 8 se observa los resultados del registro de la lista de cotejo de conductas observadas que se trabajó en el consultante, mediante los factores de frecuencia y tiempo de duración, en cada una de las sesiones. El registro nos permite obtener datos cuantitativos para realizar el análisis del desarrollo en el programa de intervención, en este sentido, la conducta de permanecer sentado durante una

actividad inicio con una puntuación de 1 que significa que lo realiza muy pocas veces y concluyo con un puntaje de 5, en donde se indica que ya se está instaurando la conducta. En la conducta de entregar los objetos en la mano de la persona que solicita su puntuación de línea base es baja con representación de 1 punto y luego de la intervención se observa que incrementa a 4, así mismo con la conducta de mantener las manos sobre la carpeta sin golpear, lo cual se ha dado de manera progresiva este avance mediante las técnicas de modificación de conducta. En suma, se halla el cumplimiento del objetivo específico en el incremento esperado por la habilidad conductual, mejorando un comportamiento social que le permita al consultando un mejor desempeño en su vida integral.

**Tabla 10**

*Indicador de lista de cotejo de control emocional*

| # Sesiones       | Expresar “Me puede ayudar” cuando se sienta frustrado ante alguna actividad |     | Comunicar “Me siento molesto” cuando se sienta enfadado |     |
|------------------|---|-----|---|-----|
|                  | *f  | t   | *f  | t   |
| <b>Sesión 1</b>  | 1   | 1'  | 2   | 2'  |
| <b>Sesión 2</b>  | 2   | 2'  | 2   | 3'  |
| <b>Sesión 3</b>  | 3   | 50" | 1   | 1'  |
| <b>Sesión 4</b>  | 2   | 46" | 2   | 2'  |
| <b>Sesión 5</b>  | 3   | 1'  | 3   | 1'  |
| <b>Sesión 6</b>  | 3   | 50" | 2   | 50" |
| <b>Sesión 7</b>  | 4   | 35" | 4   | 1'  |
| <b>Sesión 8</b>  | 3   | 30" | 3   | 40" |
| <b>Sesión 9</b>  | 5   | 40" | 4   | 1'  |
| <b>Sesión 10</b> | 4   | 32" | 4   | 52" |
| <b>Sesión 11</b> | 4   | 25" | 4   | 39" |

\*La frecuencia se establece por: 1=Muy pocas veces; 2= Pocas veces; 3=Regular; 4=Muchas veces; 5=Todas las veces

Nota. Elaboración propia

En la tabla 9 se registra la lista de cotejo de control emocional que se trabajó en el consultante, mediante los factores de frecuencia y tiempo de latencia, en cada

una de las sesiones. En donde se observa que la conducta de expresar “Me puedes ayudar” ante algún sentimiento de frustración en la ejecución de alguna actividad se encuentra con una puntuación de inicio con 1, lo cual significa que muy pocas veces indica la solicitud de apoyo y que de manera progresiva va instaurándose la conducta, con una relación intermitente entre las sesiones 3 y 8, culminando con una puntuación de 4 que representa una ejecución adecuada. Por otro lado, la conducta de comunicar “Me siento molesto” cuando se encuentra en un estado emocional de enfado, tiende a tener un mayor grado de inicio, con una puntuación de 2 en donde se establece que pocas veces realiza la conducta y que logra mejorar con una puntuación de 4 en el desarrollo del proceso mediante la intervención psicológico. Así mismo, logra comunicar sus emociones en un menor tiempo, lo cual es un impacto positivo para el objetivo del programa.

#### **4.2. Discusión de los Resultados**

En base a los resultados obtenidos podemos establecer que el objetivo del programa de intervención de incrementar el control conductual y emocional bajo el enfoque conductual en un niño con trastorno por déficit de atención e hiperactividad se logró ya que tuvo un puntaje significativo de 4, lo cual representa un incremento del 60% en el control conductual, lo cual significa que está por encima del indicador de logro que estimaba un 55% en este factor. Por otro lado, se obtuvo un incremento del 40% en el control emocional, lo cual significa que está acorde con el indicador de logro que estimaba un 40%. Así mismo, estos resultados se ven respaldados por Human (2021) en donde se obtuvo un 67% en sus resultados generales sobre la disminución de síntomas, mediante técnicas de psicoeducación y otras. Además, Bernardo (2022) en el programa de intervención psicológica a un niño con TDAH



refleja resultados similares obteniendo 58% de eficacia, lo cual representa una disminución de las conductas inadecuadas del niño, indicando que la terapia tiene efectos positivos en los pacientes.

En cuanto a los resultados obtenidos en el objetivo específico de mejorar el control conductual, se observó un desarrollo eficaz de dicho factor, debido al incremento de la frecuencia y tiempo de duración en las conductas adecuadas durante cada sesión. Para ello, fue favorable utilizar las técnicas de psicoeducación y economía de fichas en el caso de Juan, ya que debido a su diagnóstico le facilitó disminuir ciertas conductas como el pararse de su sitio, estar en movimiento constante o jugar con objetos que tenga cerca, las cuales dificultaban su concentración y permanecía en una actividad por mucho tiempo. Estos resultados concuerdan con la revisión de Aguilar (2020) donde identificó, que tanto la psicoeducación a padres y niños en un 66% y la técnica de economía de fichas en un 55, 5% han causado cambios significativos durante la intervención en niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

En cuanto a los resultados obtenidos en el objetivo específico de mejorar el control emocional, se observó un desarrollo satisfactorio en las conductas de expresar “Me puedes ayudar” ante algún sentimiento de frustración en la ejecución de alguna actividad y comunicar “Me siento molesto” cuando se encuentra en un estado emocional de enfado, para ello se utilizó la psicoeducación, técnicas de relajación, el semáforo y modelado. Estos resultados guardan relación con lo mencionado por Ríos (2018) en su investigación luego de trabajar con las técnicas de psicoeducación, modelado y refuerzos sociales. Facilitó que un niño con diagnóstico de TDAH lograra identificar sus emociones y las expresara

asertivamente con otros, lo cual se vio reflejado en su comportamiento. Así mismo, Cortez (2022) mediante la aplicación de técnicas como modelamiento y semáforo entre otras, logro que un niño con TDAH identifique y exprese de manera asertiva sus emociones y pensamientos, de este modo logró relacionarse asertivamente con sus pares y adultos. Lo cual indica que las técnicas empleadas son favorables para este tipo de diagnóstico.

## **CAPÍTULO V: REFLEXIÓN DE LA EXPERIENCIA**

### **5.1.Limitaciones en el proceso de intervención**

Durante el proceso de intervención se presentaron cuatro limitaciones generales. En primer lugar, se encuentra la limitación por el espacio físico en el área de psicología, ya que se filtraba ruido de otras áreas no permitiendo un eficiente desarrollo de las sesiones psicológicas con el consultante, generando un cambio de ambiente y horario en las sesiones para una mayor comodidad.

En segundo lugar, se encuentra la limitación de instrumentos psicológicos no estandarizados, que forman parte de la batería de pruebas del centro de salud integral, estableciendo lineamientos en su utilización para todos los informes.

En tercer lugar, poca aceptación de los padres del diagnóstico de su hijo, por lo cual dilataban la asistencia a las sesiones afectando el proceso de intervención.

Por último, la inasistencia del consultante en algunas sesiones psicológicas programadas, generando un retraso en el desarrollo del programa de evaluación e intervención de Juan. No obstante, no se logró realizar más sesiones de intervención, ya que tuvieron que mudarse a provincia por motivos laborales del padre.

### **5.2.Impacto de la intervención a nivel profesional**

Durante el abordaje de la intervención me permitió adquirir conocimientos sobre las pruebas necesarias para la evaluación a cada niño y niña con posible diagnóstico de trastorno por déficit de atención e hiperactividad, así mismo para aplicar técnicas bajo el enfoque conductual fue necesario e importante buscar

información en revistas, libros y estudios de casos. Por otro lado, la intervención me permitió usar habilidades blandas para realizar adecuadamente la intervención, como la creatividad, planificación, gestión del tiempo, capacidad de análisis y resolución de problemas, para lograr cumplir con los objetivos en cada sesión. También, la capacidad de comunicación para poder brindar información de forma comprensible para los padres y Juan.

### **5.3. Impacto de la intervención en la institución**

El presente estudio de caso tuvo relevancia en el centro de salud integral, ya que a la jefa del área de psicología le permitió ser consciente de los diversos puntos de mejora y gestionar dichos cambios, como son: El implementar un ambiente cómodo y sin ruido, el adquirir baterías de pruebas psicológicas estandarizadas, gestionar procesos en el seguimiento de consultantes, entre otros. Así mismo, para el proceso de intervención se mantuvo las listas de cotejo y material para aplicar las diferentes técnicas conductuales.

### **5.4. Aporte en el área psicológica y en el contexto**

El aporte en el área de psicología clínica, luego de los resultados obtenidos en el programa de intervención se puede reafirmar que las técnicas empleadas bajo el enfoque conductual son eficaces para en el trabajo con infantes diagnosticados con trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Así mismo, este estudio de caso sirve como referencia para otros profesionales que realicen investigaciones sobre este tema o para realizar programas de intervención bajo el enfoque conductual.

## **RECOMENDACIONES**

- Se recomienda extender el plan de intervención con mayor cantidad de sesiones, para seguir incrementando la frecuencia y tiempo de duración en el control conductual y emocional del niño, de este modo tener instauradas las conductas deseadas.
- Se sugiere que durante la intervención el consultante mantenga una asistencia con regularidad en las sesiones, ya que esto ayuda a poder tener un monitoreo adecuado y lograr trabajar en las conductas de manera continua.
- En cuanto a los instrumentos de evaluación se recomienda utilizar pruebas psicológicas que estén actualizadas y estandarizadas en el país para infantes con problemas del neurodesarrollo.
- Se sugiere que al finalizar el programa de intervención se realice la prevención de recaídas con los padres para que continúen aplicando las diferentes estrategias conductuales y reforzando las conductas deseadas en casa para que se mantengan.

## CONCLUSIONES

- Se implementó un programa de intervención bajo el enfoque conductual con el objetivo de incrementar el control conductual y emocional en un niño con TDAH. Luego de la intervención psicológica se observó que el objetivo planteado se logró con satisfacción.
- El objetivo específico de control conductual se logró cumplir, ya que se incrementó en un 60% las conductas de permanecer sentado durante una actividad, entregar los objetos en la mano de la persona que solicita y mantener las manos sobre la carpeta sin golpear.
- El objetivo específico de control emocional se logró cumplir, ya que se incrementó en un 40% las conductas de expresar “Me puedes ayudar” ante algún sentimiento de frustración en la ejecución de alguna actividad y de comunicar “Me siento molesto” cuando se encuentra en un estado emocional de enfado.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- American Psychiatric Association. (2013). DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.
- Aguilar Rebolledo, F., & Jiménez Ortiz, M. A. (2021). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Revisión actualizada. *Plasticidad y Restauración Neurológica*, 8(1), 39-49.
- Aguilar Paredes, V. E. (2020). Eficacia de la intervención conductual en niños con TDAH. Una revisión sistemática. [https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/49530/Aguilar\\_PVE-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/49530/Aguilar_PVE-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Alcantara Peralta, W. (2019). Coordinación motora en los niños de 0 a 12 años. [Tesis de especialización, Universidad Nacional de Tumbes]. <http://repositorio.untumbes.edu.pe/handle/20.500.12874/1644>
- Belmonte Santiago, P. (2019). Efectividad en el tratamiento cognitivo-conductista en el TDAH. *Publicaciones Didácticas*. 104(3), 621-639. <https://core.ac.uk/download/pdf/235850263.pdf>
- Calderon Basaldua, K. (2022). *Programa para prevenir la disortografía en los estudiantes del tercer grado de primaria, San Juan de Miraflores, 2022*. [Tesis de Maestría, Universidad Cesar Vallejo]. <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/99758?show=full>

- Carrasco Chaparro, X. (2022) Sobre el trastorno por déficit de atención e hiperactividad: consolidaciones, actualizaciones y perspectivas, *Revista Médica Clínica Las Condes*, 33(5), 440-449, <https://doi.bibliotecaupn.elogim.com/10.1016/j.rmclc.2022.08.001>.
- Castillo, P., Hernández, J., Salgado, Y., Henríquez, C. y Montoya, V. (2021). Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, diagnóstico, tratamiento y posibilidades. *Revista Enfoques Educativos*, 18(1), 40-62. <https://doi.org/10.5354/2735-7279.2021.61695>
- De La Cruz Villalobos, N. (2019). Trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista Médica Sinergia*, 4(2), 21-27. <https://doi.org/10.31434/rms.v4i2.173>
- Gallardo, G. (2020). *TDAH en niños de edad escolar: una comparación entre las técnicas de economía de fichas y de autoinstrucciones* [Tesis de grado, Universidad de Belgrano]. <http://repositorio.ub.edu.ar/handle/123456789/9348>
- Garnica Sarmiento, D. (2021). *Técnicas de relajación para mejorar el comportamiento en los niños de 4 y 5 años de la escuela de educación básica Isidro Ayora, periodo lectivo 2019-2020*. [Tesis de grado, Universidad Politécnica Salesiana]. <https://dspace.ups.edu.ec/handle/123456789/20209>



- González Terrazas, R. y Froxán Parga, M. (2021). Saber qué y saber cómo. Una propuesta explicativa de tres técnicas terapéuticas empíricamente validadas. *Clínica Contemporánea: revista de diagnóstico psicológico, psicoterapia y salud*, 12(3), 1-16. <https://doi.org/10.5093/cc2021a22>
- Herrera, S., Espinosa, M., Saucedo, M. y Díaz, J. Solución de problemas como proceso de aprendizaje cognitivo. *Revista Boletín Redipe*, 7(4), 107–117. <https://revista.redipe.org/index.php/1/article/view/487>
- Hidalgo, C., Gómez, A., García, J. y Palacio, J. (2019). Riesgo de trastorno por déficit de atención e hiperactividad y otros trastornos psiquiátricos de los hermanos de pacientes con TDAH. *Revista colombiana de psiquiatría*, 48(1), 44-49.
- Lange, K., Reichl, S., Lange, K., Tucha, L. y Tucha, O. The history of attention deficit hyperactivity disorder. *ADHD Atten Def Hyp Disord.* 2, 241–255. <https://doi.org/10.1007/s12402-010-0045-8>
- Lozada Díaz, J. y Fuentes Díaz, R. (2018). Los métodos de resolución de problemas y el desarrollo del pensamiento matemático. *Bolema: Boletim de Educação Matemática*, 32, 57-74. <https://doi.org/10.1590/1980-4415v32n6a03>
- Luna, N., Muñoz, Z. y Guzmán, E. (2020). Terapia conductual (TCC) en el trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en niños y

adolescentes. *RECIMUNDO*, 4(4), 173-187.

[https://doi.org/10.26820/recimundo/4.\(4\).noviembre.2020.173-187](https://doi.org/10.26820/recimundo/4.(4).noviembre.2020.173-187)

Parra Quishpe, M. (2022). *Aplicación de técnicas para cambios conductuales en niños inicial II a séptimo de educación básica de la Unidad Educativa George Mason en el año lectivo 2020–2021*.

[Tesis de bachiller, Universidad Politécnica Salesiana].

<https://dspace.ups.edu.ec/handle/123456789/21747>

Peltroche Silva, N. (2020). *Estrategias de inteligencia emocional para desarrollar el autocontrol en estudiantes del V ciclo primaria, Institución Educativa N° 20048 -Huarmaca*. [Tesis de Maestría, Universidad Cesar Vallejo].

Perdomo Vargas, I. R., & Rojas Silva, J. A. (2019). La ludificación como herramienta pedagógica: algunas reflexiones desde la psicología. *Revista de estudios y experiencias en educación*, 18(36), 161-175.

<http://dx.doi.org/10.21703/rexe.20191836perdomo9>

Ramírez Pérez, M. (2015). Tratamiento cognitivo-conductual de conductas disruptivas en un niño con TDAH y trastorno negativista desafiante. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 2(1), 45-54.

Ruiz Muñoz, M. (2017). *Modificación de conducta en un niño con TDAH de educación primaria*. [Tesis de grado, Universidad Jaime I].  
<https://repositori.uji.es/xmlui/handle/10234/168805>

- Rusca Jordán, F., & Cortez Vergara, C. (2020). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes. Una revisión clínica. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 83(3), 148-156.
- Salvador, J., Tovar, D., Segura, A., Ledesma, L., García, A., Aguillón, C., Sánchez, E. y Rodríguez, M. (2019). Signos neurológicos blandos y procesos cognitivos en niños escolares de 6-11 años. *Acta Colombiana de Psicología*, 22(2), 28-52. <https://doi.org/10.14718/ACP.2019.22.2.3>
- Sanz, J., Mateo, S., López, B., Huelva, A., Pérez, A., Sardan, B. y Gómez, V. (2019). Evaluación de la comorbilidad y la ansiedad social en adolescentes con trastorno por déficit de atención con hiperactividad: Estudio SELFIE. *In Anales de pediatría*, 90(6), 349-361.
- Tena Hernández, F. J. (2020). Psicoeducación y salud mental. *Revista científicosanitaria*, 4(3), 36-45. [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.revista-cientificasanum.com/pdf/sanum\\_v4\\_n3\\_a5.pdf](https://www.revista-cientificasanum.com/pdf/sanum_v4_n3_a5.pdf)

## ANEXOS

### Anexo A: Cronograma del programa de intervención

| Mes      | Etapas       | Sesiones  | Participante                | Objetivo  |
|----------|--------------|---|-----------------------------|---|
| Abril    | Evaluación   | Sesión 1 - 4  | Madre y Padre (Consultante) | Entrevista y Evaluación psicológica   |
| Mayo     | Intervención | Sesión 1 y 2  | Madre y Padre (Consultante) | Concientizar sobre el TDAH y comprender recursos de modificación conductual |
|          |              | Sesión 3  | Madre y Juan (Consultante)  | Identificar conductas adecuadas e inadecuadas                               |
| Sesión 4 |              | Reconocer emociones básicas   |                             |   |
| Sesión 5 |              | Sensibilizar e identificar las conductas adecuadas e inadecuadas y conocer una técnica conductual |                             |   |
| Sesión 6 |              | Identificar las emociones e incorporar recursos para regularlas                                   |                             |   |
| Sesión 7 |              | Reforzar las conductas adecuadas y reforzar los recursos de modificación conductual               |                             |   |
| Julio    |              | Sesión 8 y 9  |                             | Aplicar los recursos de modificación conductual                             |
|          |              | Sesión 10   |                             | Identificar las emociones y aplicar recursos para regularlas                |
|          |              | Sesión 11   |                             | Prevención de recaídas  |

## Anexo B

### LISTA DE COTEJO DE CONTROL CONDUCTUAL Y EMOIONAL































Responda cada ítem marcando una (x), teniendo en cuenta los siguientes valores:

| <b>1</b>        | <b>2</b>    | <b>3</b> | <b>4</b>     | <b>5</b>        |
|-----------------|-------------|----------|--------------|-----------------|
| Muy pocas veces | Pocas veces | Regular  | Muchas veces | Todas las veces |

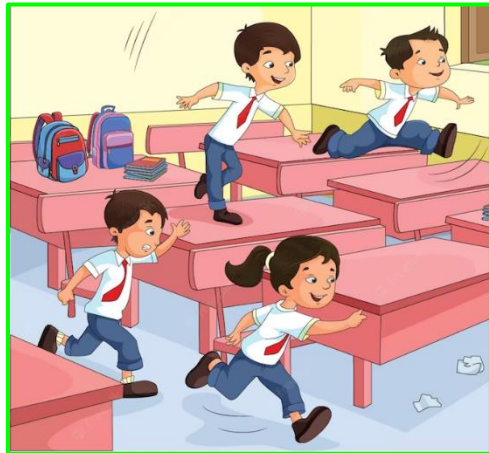
| <b>Comportamiento</b>   | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> |
|---|----------|----------|----------|----------|----------|
| Permanece sentado durante la actividad.                                     |          |          |          |          |          |
| Entrega los objetos en la mano de la persona que lo solicita                |          |          |          |          |          |
| Mantiene las manos sobre la carpeta sin golpear                             |          |          |          |          |          |
| Expresar "Me puede ayudar" cuando se sienta frustrado ante alguna actividad |          |          |          |          |          |
| Comunicar "Me siento molesto" cuando se sienta enfadado                     |          |          |          |          |          |

## Anexo C

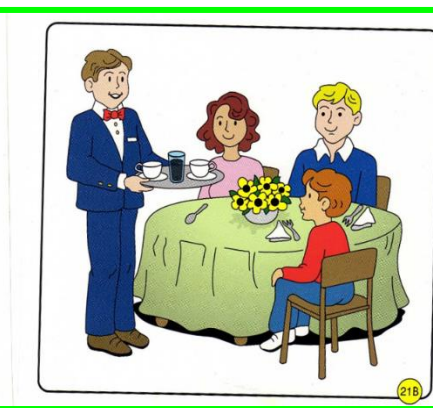
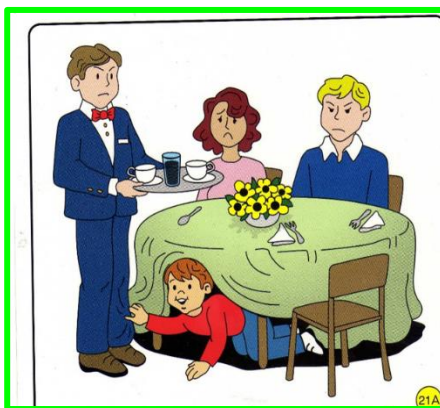
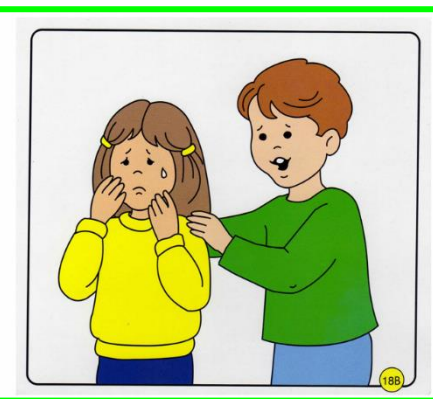
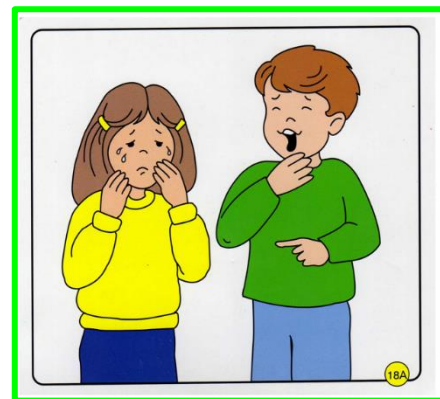
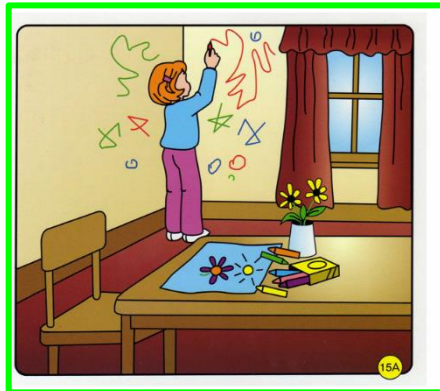
### Economía de fichas

| Comportamientos   | Sesión 5  | Sesión 6  | Sesión 7  | Sesión 8  | Sesión 9  | Sesión 10   |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Permanece sentado durante la actividad                                      |    |    |   |    |    |    |
| Entrega los objetos en la mano de la persona que lo solicita                |    |    |   |    |    |    |
| Mantiene las manos sobre la carpeta sin golpear                             |    |    |    |    |    |    |
| Expresar "Me puede ayudar" cuando se sienta frustrado ante alguna actividad |   |   |  |    |   |   |
| Comunicar "Me siento molesto" cuando se sienta enfadado                     |  |  |  |  |  |  |

Anexo D: Tarjetas de Conductas

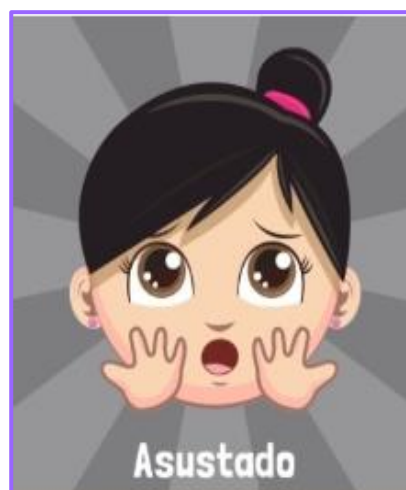








Anexo E: Tarjetas de Emociones



Anexo F: Cuento El monstruo de colores



**Anexo G: Semáforo**



## Anexo H: Consentimiento Informado

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, [Redacted] identificado (a) con DNI N° [Redacted]

Manifiesto que he sido informado(a) con claridad sobre el estudio de caso para el trabajo de suficiencia profesional, explicándome los objetivos y metas; he hecho las preguntas que me surgieron sobre el estudio y que he recibido información suficiente sobre el mismo.

Comprendo que mi participación es totalmente voluntaria, que puedo retirarme del estudio cuando quiera sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en la intervención psicológica de mi hijo.

Presto libre y voluntariamente mi conformidad para participar en el trabajo de suficiencia profesional titulado "INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA BAJO EL ENFOQUE COGNITIVO CONDUCTUAL EN UN NIÑO DE 7 AÑOS CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD DE UN CENTRO PRIVADO DE SALUD DE LIMA METROPOLITANA", el cual se encontrará a cargo de la Bachiller en psicología Lesly Lisbeth Verano Flores identificada con [Redacted]

He sido también informado (a) que mis datos personales y de mi menor hijo serán protegidos y la información brindada será utilizada solo con fines del estudio.

Tomando ello en consideración, OTORGO mi CONSENTIMIENTO para que mi menor hijo participe en el estudio.

[Redacted]

Nombre:

DNI:

(Madre)

[Redacted]

Nombre:

DNI:

(Padre)