



CENTRO DE ESTUDIOS AGUSTINIANO

“FRAY ANDRES DE URDANETA”

---

NIVEL LICENCIATURA

CLAVE DE INCORPORACIÓN 8853-25

PSICOLOGÍA

PROPUESTA DE TALLER PARA EL MANEJO DE LA ANSIEDAD EN NIÑOS CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD DEL HOSPITAL GENERAL DE ECATEPEC “LAS AMÉRICAS”.

TESIS PROFESIONAL

PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

YARELY FLORES BASILIO

ASESOR: JOSÉ ÁNGEL ALARCÓN COSS

COACALCO, ESTADO DE MEXICO 2022.





Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## ÍNDICE

CAPITULO I. ANTECEDENTES DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN.....	1
1.1 Historia del trastorno por déficit de atención.....	1
1.2 Etiología del trastorno por déficit de atención con hiperactividad.....	3
1.2.1 Hiperactividad.....	3
1.2.2 Factores biológicos.....	4
1.2.3 La herencia genética.....	5
1.2.4 Genes y neurotransmisores.....	5
1.2.5 Otros factores.....	6
1.2.6 Influencia del plomo.....	7
1.3 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad.....	8
1.4 Sintomatología.....	10
1.4.1 Hiperactividad.....	14
1.4.2 Impulsividad.....	15
CAPITULO II. VALORACION CLINICA, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO.....	18
2.1 Tratamiento farmacológico.....	18
2.1.1 Atomoxetina.....	20
2.2 Tratamiento psicosocial.....	21

2.2.1 Modificación de la	
conducta.....	21
2.2.2 Intervención cognitiva	
conductual.....	22
2.2.3 Intervención	
psicoanalítica.....	23
2.2.4 Intervención	
humanista.....	25
2.3 Principios del manejo por parte de los	
padres.....	26
2.3.1 Reforzar	
autoestima.....	26
2.3.2 Terapia para	
padres.....	27
2.3.3 Poner límites claros y adecuados a su	
edad.....	27
2.3.4 Dar refuerzo	
frecuente.....	27
CAPITULO III. TRASTORNO DE	
ANSIEDAD.....	28
3. 1 Ansiedad	
generalizada.....	28

3.2 La ansiedad en la infancia.....	29
3.2.1 El niño ansioso.....	29
3.2.2 Etiopatogenia.....	31
3.3 TDAH con trastorno de ansiedad.....	33
CAPITULO IV. MODELO TEORICO DE LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL.....	
4.1 Historia de la terapia cognitivo conductual.....	34
4.2 Intervención cognitivo-conductual en un niño con TDAH.....	36
4.2.1 Acompañamiento con los padres.....	37
4.2.2 Intervención en la escuela.....	38
4.3 Intervención cognitivo-conductual en un niño con TDAH y ansiedad.....	38
CAPITULO V. METODO-PROPUESTA DE TALLER GRUPAL PARA NIÑOS CON TDAH.....	
	39

5.1	
Justificación.....	39
5.2 Preguntas de	
investigación.....	39
5.3 Planteamiento del	
problema.....	40
5.4 Delimitación del	
problema.....	41
5. 5	
Objetivos.....	42
5.5.1 Objetivo	
general.....	42
5.5.2 Objetivos	
específicos.....	42
5.6	
Hipótesis.....	43
5.6.1	
Alternativa.....	43
5.6.2	
Nula.....	43
5.7 Variables de	
Interés.....	43

5.8 Diseño de la investigación.....	43
5.8.1 Participantes.....	43
5.8.2 Criterios de inclusión.....	44
5.8.3 Criterios de exclusión.....	44
5.8.4 Escenario.....	44
5.8.5 Materiales.....	45
5.8.6 Instrumentos.....	45
5.8.7 Validez.....	45
5.8.8 Confiabilidad.....	46
6.1 Propuesta de taller.....	47
6.2 Análisis de la entrevista.....	62

6.3 Fundamentos teóricos de la entrevista.....	68
6.4 Análisis de resultados.....	69
6.5 Resultados de la escala de ansiedad infantil SPENCE.....	72
6.6 Interpretación y calificación de la prueba “Figura compleja de rey”.....	86
6.7 Informe de figura compleja de rey.....	113
6.8 Conclusiones.....	121
Bibliografía.....	123
Anexos.....	13



## INTRODUCCIÓN

La presente investigación hace referencia al tema del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad identificado con las siglas “TDAH”, se puede definir como un desorden que interfiere con la capacidad que tiene una persona para fijar su atención o poder concentrarse en la realización de una tarea. Las personas que presentan esta condición muestran dificultad para controlar su conducta.

Los síntomas principales de este tipo de trastorno consisten en: la desatención, impulsividad e hiperactividad, donde se observan conductas relacionadas con distraerse fácilmente con cualquier cosa, constantemente el niño pierde sus útiles escolares o juguetes, se le dificulta el seguimiento de instrucciones, es desorganizado, mueve en exceso sus manos y pies, corre, salta y brinca excesivamente, habla en exceso, realiza actividades peligrosas, parece estar en continuo movimiento, precipita sus respuestas, interrumpe conversaciones, muestra dificultad para esperar su turno, entre otros. Estos comportamientos son los comunes que presenta un niño con TDAH.

Con base a las necesidades que se ha observado en los niños que presentan este padecimiento es relevante implementar un taller con el fin de potencializar su atención, además de realizar una modificación conductual la cual ayudara a disminuir comportamientos disruptivos que experimentan.

Para analizar esta problemática es necesario mencionar sus causas. Una de ellas consiste en la falta de límites por parte de los padres de familia. En psicología se entiende por límite a una represión que no siempre resulta negativa, la cual consiste en señalar al niño hasta dónde puede llegar su conducta, se le indica lo que puede o no puede

hacer. El TDAH generalmente se diagnostica a partir de los 7 años, debido a que en esta etapa se espera tener las conductas más definidas de acuerdo con su edad.

Para la realización de este trabajo se realizará un estudio de caso con el fin de indagar a profundidad sobre el manejo de la ansiedad en niños que presenten TDAH.

## Marco teórico

### CAPITULO I. ANTECEDENTES DEL TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCIÓN

#### 1. 1. HISTORIA DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN.

En los últimos 50 años, las investigaciones sobre el TDAH se han ampliado. Con los nuevos conocimientos aparecen nuevos conceptos y términos diagnósticos. Algunos profesionales usan conceptos antiguos o términos que aprendieron durante su preparación profesional, y esto genera una gran controversia. Constantemente se cuestiona si el trastorno por déficit de atención (TDA) es lo mismo que el TDAH.

En estados unidos, antes de la década de 1940 cuando un niño tenía problemas de aprendizaje se le consideraba que padecía un retraso mental, que mostraba alteraciones emocionales, o que tenía problemas sociales y culturales. A principio de la misma década se identificó un cuarto grupo: niños con problemas de aprendizaje debidos a un supuesto problema en el sistema nervioso. Los primeros investigadores apuntaron que estos niños tenían los mismos problemas de aprendizaje observados en individuos con lesiones cerebrales, por ejemplo, después de sufrir un traumatismo cerebral o ser sometidos a cirugía. Puesto que estos niños parecían normales, los investigadores llegaron a la conclusión de que también tenían alguna lesión cerebral, aunque esta fuera mínima. Se introdujo el término de *lesión cerebral mínima*. (L.B, 2010).

Los resultados no demostraron la presencia de lesiones cerebrales en la mayoría de estos niños. Las investigaciones indicaban que la causa del problema se presentaba en la forma del funcionamiento del cerebro, por lo que se detectó un problema a nivel fisiológico y no estructural. Las conexiones cerebrales eran inadecuadas por lo que no funcionaban de

manera “normal”. Los investigadores establecieron un término para describir este concepto de funcionamiento defectuoso. Se incorporó el prefijo *dis*, que significa problema con, y empezó a utilizarse el termino *disfunción cerebral mínima* (DCM).

Posteriormente se describió que los niños con DCM presentaban:

Dificultades de aprendizaje

Problemas de hiperactividad y distraibilidad

Dificultades emocionales y familiares

Para algunos profesionales los niños que tenían DCM eran hiperactivos y con facilidad para distraerse. El primer término oficial para estos niños, establecido en 1968 con el sistema de clasificación médico, fue *reacción hipercinética en la niñez*, y con el pareció el concepto de niño hiperactivo (Association, Manual Diagnostico y estadistico de los trastornos mentales II., 1968) . La descripción señalaba un exceso de actividad, inquietud, distraibilidad, y un breve intervalo atencional.

En 1980, el término cambio oficialmente a TDA para poner relieve que la distraibilidad con un corto intervalo atencional era la principal manifestación clínica y que también podía manifestarse hiperactividad o impulsividad (American Psychiatric Association, 1980). Se describieron dos subtipos: TDAH con hiperactividad y TDA sin hiperactividad. Para poder hacer el diagnostico solo era preciso que el niño pusiera de manifiesto una de las tres conductas (hiperactividad, distraibilidad o impulsividad).

En 1994, la clasificación oficial volvió a cambiar, aunque utilizando el mismo término, TDAH (American Psychiatric Association. , 1994)<sup>4</sup>. En la descripción de este trastorno se sustituyó el término de distraibilidad por el de desatención. Se establecieron tres subtipos del trastorno: a) individuos con hiperactividad, b) individuos

fundamentalmente con desatención, denominado subtipo con predominio del déficit de atención, y c) individuos fundamentalmente con hiperactividad e impulsividad, denominado subtipo con predominio hiperactivo-impulsivo. A pesar de estos cambios, muchos profesionales y padres prefieren utilizar el término TDA para aquellos niños que solo presentan desatención y TDAH para los niños que también son hiperactivos. No obstante, el único término oficial utilizado en informes o en otros documentos oficiales es TDAH.

## **1.2 ETIOLOGÍA DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON**

### **1.2.1 HIPERACTIVIDAD**

En la actualidad aún no se conoce la etiología del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), ni de los demás trastornos neurológicos relacionados. Aunque se tienen varias teorías, varios resultados de diversos estudios sugieren que en la mayoría de los individuos algo ha perjudicado alguna parte del cerebro o se le ha influido durante su desarrollo, principalmente durante las primeras semanas de embarazo.

No se conoce la etiología del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), ni de los trastornos neurológicos relacionados. Los resultados de estudios sugieren que en la mayoría de los individuos algo ha afectado al cerebro o le han influido durante su desarrollo, probablemente durante las primeras semanas de embarazo. La investigación sugiere la existencia de un patrón familiar en un 50% de los individuos con TDAH, es decir, que el código genético dice al cerebro que se conecte de una forma incorrecta. Cuando existen antecedentes familiares de TDAH, es más fácil entender la causa.

### 1.2.2 FACTORES BIOLÓGICOS

Debemos recordar que en la primera mitad del siglo XX se le denominaba disfunción cerebral mínima. Es cierto que, como no se pudo probar la existencia de lesión cerebral, la concepción y la denominación cambio. Sin embargo, hoy la idea es que la hiperactividad tiene su origen en alguna disfunción cerebral, es decir, un funcionamiento inadecuado del sistema nervioso central. Los estudios neuroanatómicos del sistema nervioso central de los niños con TDAH realizados con TAC (Tomografía Axial Computerizada) no aportan datos claros que apoyen la existencia de una lesión cerebral. Por otra parte, un estudio de 1996 de F. Xavier Castellanos, Judith L. Rapoport y sus colegas, del Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos, que uso la técnica de formación de imágenes, encontró que en algunos niños hiperactivos determinadas zonas del cerebro, la corteza prefrontal derecha, dos de los ganglios basales (el núcleo caudado y el globo pálido) y algunas zonas del cuerpo calloso que vinculan las regiones cerebrales frontales y parietales, tienen un tamaño significativamente más reducido, en comparación con niños en general (Barkley, 2001).

Las áreas del cerebro que en estos pacientes se muestran recogidas son precisamente las que regulan la atención. La corteza prefrontal derecha interviene en la emisión de la conducta de un individuo, resistiendo a las distracciones y desarrollando la conciencia de la propia entidad y del tiempo. El núcleo caudado y el globo pálido contribuyen a desconectar las respuestas automáticas, posibilitando que la corteza delibere con más detenimiento y que se coordinen entre las diversas regiones de la corteza informaciones neurológicas.

### **1.2.3 LA HERENCIA GENÉTICA.**

Las indicaciones de que el TDAH se debe a fallos genéticos nos llegan del entorno familiar. Así, hay entre cinco y siete veces más de probabilidades de que el síndrome se desarrolle en los hermanos con TDAH que de que aparezca en niños de familias no afectadas. Diversos estudios muestran que existe del 20% al 35% de niños hiperactivos cuyos padres tuvieron problemas de hiperactividad en su niñez, porcentaje mucho más alto que el de los padres de niños no hiperactivos en las mismas circunstancias sociales. Según los datos del profesor Barkley (Barkley, 1998) <sup>6</sup>, los hijos de un progenitor con hiperactividad tienen hasta el 50% de probabilidades de experimentar las mismas dificultades. Además, los niños hiperactivos, no niñas, ya que estas parece que necesitan mayor número de genes que los niños para heredar la hiperactividad, comparados con sus compañeros normales, suelen tener hermanos del mismo sexo que también son hiperactivos. Y los niños que son hermanos por parte de ambos padres de niños hiperactivos suelen presentar hiperactividad con mucha mayor frecuencia que si solo son hermanos por parte de uno de los padres.

### **1.2.4 GENES Y NEUROTRANSMISORES.**

El profesor Barkley (1998) afirma, en función de diversas investigaciones, que probablemente los que dictan al cerebro la manera de emplear la “dopamina”. La dopamina es un neurotransmisor. Los neurotransmisores son productos químicos que secreta el organismo y que transmiten información a las neuronas. La dopamina es una sustancia química cerebral que ayuda a mantenernos preparados para la acción, pero sin dejar que los estímulos irrelevantes nos distraigan (M., A. y J. 2001)<sup>7</sup>. Los receptores de dopamina están en la superficie de ciertas neuronas; la dopamina entrega a las neuronas su mensaje

enlazándose con los receptores. Los transportadores de dopamina sobresalen de las neuronas que secreta el neurotransmisor y atrapan dopamina sin usar para que pueda utilizarse en otra ocasión (B. 1998) .

En síntesis se puede afirmar que el TDAH está muy probablemente ocasionado por un funcionamiento inadecuado de los lóbulos frontales y de los ganglios basales que son las regiones del cerebro que regulan la inhibición de las conductas inadecuadas y el autocontrol (B. 1998; M., A. y J. 2001). Por otra parte, el TDAH comporta una disponibilidad menor de dopamina que en los sujetos en general, lo que explica los problemas que tienen para retener la atención y para controlar las respuestas inadecuadas.

### **1.2.5 OTROS FACTORES**

Entre otras teorías se ha mencionado como una posible causa la presencia de problemas durante el embarazo y nacimiento, en donde probablemente se experimentó hemorragias vaginales, así como preclamsia, (caracterizado por hinchazón, presión sanguínea alta y proteínas en la orina).

Generalmente cuando nace un niño hiperactivo su peso suele ser inferior a comparación de un niño no hiperactivo, su peso suele ser inferior a los 2.400 g, parecidos al de un niño prematuro. Cabe mencionar que en el 10% y el 25% de los casos los niños hiperactivos son prematuros.

Por otro lado, el consumo constante del tabaco durante el embarazo es un tema relevante, diversos autores explican cierta importante relación ante el hecho de que la madre fume durante el periodo de gestacional y la hiperactividad de sus hijos.

Lo mismo puede decirse del consumo de diversas drogas y del alcohol. Lo que sabemos con seguridad es que sustancias como la nicotina y el alcohol causan anomalías



en algunas regiones del cerebro y que ello incrementa las conductas de hiperactividad, impulsividad y la falta de atención. La conclusión más relevante es que la madre puede incrementar el riesgo de que el niño tenga TDAH si fuma o bebe durante el embarazo y que este riesgo puede agravarse también si la madre presenta TDAH (Barkley, Niños hiperactivos. Cómo comprender y atender sus necesidades especiales., 1999).

### **1.2.6 INFLUENCIA DEL PLOMO**

El plomo es tóxico para el sistema nervioso y puede causar encefalopatía grave en los niños. La intoxicación por plomo puede causar fácilmente la muerte y, cuando se sobrevive, puede dejar daños neurológicos permanentes, así como un grave deterioro cognitivo y de la conducta.

La relación del plomo con el TDAH no vendría dada por estos casos claros de grave intoxicación por plomo, sino de una presencia menor, pero dañina. Hay datos de gran número de investigaciones que confirman que la presencia de valores de plomo inferiores a los que causan tales intoxicaciones puede provocar problemas cognitivos o conductuales en los niños en edad escolar o, al menos, contribuir a ellos. Esta relación es más fuerte cuando la exposición ocurre entre los 12 y los 36 meses de edad. En todo caso, la relación es más bien débil, aunque se encuentra, de manera consistente, en muchos estudios. En una escala del 1 al 100, la relación entre el valor de plomo en el cuerpo y la hiperactividad alcanza del 6 al 15 según los datos del profesor Barkley (Barkley, Niños hiperactivos. Cómo comprender y atender sus necesidades especiales., 1999).

El profesor Whalen (1986), además de estas suposiciones, aporta los datos de un estudio llevado a cabo con un grupo de niños que tenían en su cuerpo valores elevados de plomo y con otro que tenía muy bajo valor de plomo. Se encontraron diferencias

significativas, aunque pequeñas, en el CI y en otras medidas de rendimiento cognitivo, a favor de los niños con menos valor de plomo. Además, se vio que los niños más contaminados por plomo eran valorados más negativamente por sus profesores que los calificaban con adjetivos típicamente usados para la pauta de conducta hiperactiva: impulsivo, se distrae con facilidad y tiene gran tendencia a la frustración. Además, estas puntuaciones negativas aumentaban conforme iba creciendo el valor de plomo de los niños estudiados.

### **1.3 TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD**

En la década de los 70 fue cuando Douglas (1972) señaló la incapacidad de mantener la atención y la impulsividad como deficiencia básica de los niños afectados, por encima de la propia hiperactividad. Este argumento explica mejor la incapacidad que padecen, en términos de autorregulación, para adaptarse a las exigencias sociales imponiendo límites a su comportamiento. A esto suelen ir asociados la mayoría de los problemas que experimentan los menores hiperactivos. Hasta el momento presente se ha ido produciendo un acercamiento en la concepción del trastorno, que se concreta en los dos sistemas internacionales de clasificación que más se utilizan en la actualidad, la Clasificación Internacional de los Trastornos Mentales de la OMS (CIE) y el Manual Estadístico y Diagnóstico de los Trastornos Mentales (DSM). En las versiones actualizadas de ambos (CIE 10 y DSM-IV) se recoge un listado similar de 18 síntomas. En ambos sistemas se recogen los elementos relacionados con la inatención, la hiperactividad y la impulsividad. En los dos se plantea la necesidad de que los síntomas persistan a lo largo del tiempo y a través de las situaciones, con desajustes clínicamente significativos por lo menos en dos contextos diferentes. Con todo, no existe acuerdo total entre los dos códigos.

De manera específica, el CIE 10 considera como criterio de exclusión la presencia de otros trastornos, lo cual no es compartido por el DSM-IV. Antes bien, este último acepta la posibilidad de comorbilidad con otros trastornos.

El DSM-IV, por su parte, plantea que tanto la expresión de dificultades de atención como de hiperactividad-impulsividad pueden dar lugar a un diagnóstico positivo. A partir de aquí, ofrece la posibilidad de acceder a tres subtipos: uno predominantemente inatento, otro predominantemente hiperactivo-impulsivo y un tercero de carácter combinado, considerado éste último como el más grave.

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (en adelante TDAH) es un síndrome conductual con bases neurológicas y un fuerte componente genético. Afecta aproximadamente entre un 3-7% de la población (DSM-IV-TR, 2000), siendo tres veces más frecuente en varones. Los rasgos principales de este trastorno son, por una parte, la dificultad para mantener la concentración, especialmente en circunstancias que ofrecen baja estimulación (déficit de atención), y por otra, la falta de inhibición o control cognitivo sobre impulsos, asociado a inquietud motora (hiperactividad). Estos dos signos pueden aparecer juntos o separados.

El Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es una de las enfermedades psiquiátricas más frecuentes en la infancia (G., MS., BL, J., & LA., 2007). El TDAH puede persistir en la edad adulta en la mitad de los pacientes (Lara,C, y otros, 2009), con una prevalencia en esta población de entre 2,5 y 5% (Kessler RC, y otros, 2006). Algunos estudios sugieren que el TDAH incide negativamente a nivel académico, laboral, social, legal y familiar (Biederman J., y otros, 2012) y (Ruth Cunill & Xavier Castells, 2016).

## 1.4 SINTOMATOLOGÍA DEL TDAH

Los síntomas centrales de este trastorno son la hiperactividad, problemas de atención sostenida e impulsividad. Estos síntomas tienen dos características básicas (Shafer, Fisher y Dulcan, 1995; Sleator y Ulman, 1996):

Son incisivos, es decir, se presentan en la mayoría de los entornos del niño, como: la escuela, el hogar y en los de su desempeño social (amigos).

Son de duración prolongada, porque se manifiestan por un tiempo superior a seis meses.

Los síntomas principales del TDA son:

- Periodos cortos de atención para la edad mental del niño
- Impulsividad
- Hiperactividad

EL DSM es el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales), establece que el TDAH consiste en:

A- Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o desarrollo que se caracteriza por (1) y/o (2):

### INATENCIÓN

Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas/laborales:

NOTA: Los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso para comprender las tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (a partir de 17 años), se requiere un mínimo de 5 síntomas.

Con frecuencia falla en prestar la debida atención a los detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades (por ejemplo, se pasan por alto o se pierden detalles, el trabajo no se lleva a cabo con precisión).

Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas (por ejemplo, tiene dificultad para mantener la atención en clases, conversaciones o lectura prolongada).

Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente (por ejemplo, parece tener la mente en otras cosas, incluso en ausencia de cualquier distracción aparente).

Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales (por ejemplo, inicia tareas, pero se distrae rápidamente y se evade con facilidad).

Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades (por ejemplo, dificultad para gestionar tareas secuenciales; dificultad para poner los materiales y pertenencias en orden; descuido y desorganización en el trabajo; mala gestión del tiempo; no cumple los plazos).

Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (por ejemplo, tareas escolares o quehaceres domésticos; en adolescentes mayores y adultos, preparación de informes, completar formularios, revisar artículos largos).

Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades (por ejemplo, materiales escolares, lápices, libros, instrumentos, billetero, llaves, papeles de trabajo, gafas, móvil).

Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos (para adolescentes mayores y adultos, puede incluir pensamientos no relacionados).

Con frecuencia olvida las actividades cotidianas (por ejemplo, hacer las tareas, hacer las diligencias; en adolescentes mayores y adultos, devolver las llamadas, pagar las facturas, acudir a las citas).

## 2. HIPERACTIVIDAD E IMPULSIVIDAD

Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas/laborales:

NOTA: Los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso para comprender las tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (a partir de 17 años), se requiere un mínimo de 5 síntomas.

Con frecuencia juguetea o golpea con las manos o los pies o se retuerce en el asiento.

Con frecuencia se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado (por ejemplo, se levanta en clase, en la oficina o en otro lugar de trabajo, en situaciones que requieren mantenerse en su lugar.

Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado. (Nota: En adolescentes o adultos, puede limitarse a estar inquieto.).

Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas.

Con frecuencia está “ocupado”, actuando como si “lo impulsara un motor” (por ejemplo, es incapaz de estar o se siente incómodo estando quieto durante un tiempo

prolongado, como en restaurantes, reuniones; los otros pueden pensar que está intranquilo o que le resulta difícil seguirlos).

Con frecuencia habla excesivamente.

Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta (por ejemplo, termina las frases de otros; no respeta el turno de conversación).

Con frecuencia le es difícil esperar su turno (por ejemplo, mientras espera en la fila).

Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros (por ejemplo, se mete en las conversaciones, juegos o actividades; puede empezar a utilizar las cosas de otras personas sin esperar o recibir permiso; en adolescentes y adultos, puede inmiscuirse o adelantarse a lo que hacen los otros).

B- Algunos síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos estaban presentes antes de los 12 años.

C. Varios síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos están presentes en dos o más contextos (por ejemplo, en casa, en el colegio o el trabajo; con los amigos o familiares; en otras actividades).

D. Existen pruebas claras de que los síntomas interfieren con el funcionamiento social, académico o laboral, o reducen la calidad de estos.

E. Los síntomas no se producen exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia o de otro trastorno psicótico y no se explican mejor por otro trastorno

mental (por ejemplo, trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo, trastorno de la personalidad, intoxicación o abstinencia de sustancias). (Association, Manual Diagnostico y estadistico de los trastornos mentales , 2014).

#### ***1.4.1 HIPERACTIVIDAD.***

El niño con TDAH es inquieto en el hogar, en la escuela y fuera de ella, aunque por supuesto, hay situaciones que la exageran y otras que parecen ejercer influencia benéfica. En general, los ambientes que más estimulan los sentidos incrementando la mortilidad, en tanto a los lugares tranquilos, sin ruido u otros estímulos, tienden a mejorar la conducta del niño y a disminuir la actividad física.

La hiperactividad verbal es otra consecuencia de la hiperquinesia. Algunos de los niños que la sufren hablan tanto y muestran tal incapacidad para mantener el foco de su atención durante el discurso, que nos hacen recordar ciertos estados maniáticos del adulto en los cuales existe incluso fuga de ideas. Son pues, chicos hablantines que llegan a irritar a otros niños y especialmente a los adultos (Fernandez R. V., 2014).

Denhoff y Robinault (1970) dicen, por ejemplo, que en ocasiones la hiperactividad se incrementa durante la noche de manera tal que se dificulta iniciar el sueño; también puede ser que el niño se duerma pronto y despierte unas cuantas horas después. (Rafael, 2014).

Entre otras definiciones podemos encontrar que es un movimiento corporal continuo, existe un cambio de postura al estar sentados, continuamente mueven las piernas y las manos; realizan sonidos con el lápiz, suelen levantarse cuando se requiere estar sentado; corren o trepan de manera excesiva por lo que los accidentes son frecuentes;



presentan actividad desorganizada; no terminan actividades que comienzan; mantienen un habla excesiva y a veces con un tono alto. (M, 2009).

Mara Parellada describe la hiperactividad en niños como la necesidad de estar en continuo movimiento con cierta incapacidad de estar quietos, dicha necesidad se presenta de forma ruidosa ya sea saltando, gritando, corriendo con constantes accidentes.

La autora analiza la diferencia entre los niños activos, energéticos, vitales con los niños hiperactivos, los primeros pueden realizar una actividad rápido y pasan a otra de forma rápida, los segundos suelen tener una actividad desorganizada y constantemente no terminan lo que comienzan. Otra característica que distingue a los niños hiperactivos es su amplio repertorio al expresarse, se comunican de forma rápida y en ocasiones muy fuerte, suelen ser agotadores. En la escuela se les conoce por ser escandalosos, conversan con todos, no tienen contención con los adultos (Carretero Díaz, Revista Internacional Psicoanálisis on-line, 2009).

#### ***1.4.2 IMPULSIVIDAD***

La palabra impulsividad proviene del latín impulsus que significa “golpear o empujar”. Este término es adaptado por los mecanicistas franceses haciendo alusión a comportamientos primitivos que escapan al control voluntario. Históricamente, desde los inicios del siglo XIX, han sido investigadas las conductas impulsivas bajo el criterio de patología de la voluntad, concebida inicialmente como ligada a los sentimientos y al intelecto y, posteriormente, considerada como una función mental autónoma, la cual era susceptible de enfermar, lo que contribuyó a que se pensara la impulsividad como un signo

de diferentes trastornos psicológicos y se estudiará científicamente desde la medicina y la psicología (Haro, 2004)

El comportamiento impulsivo se entrelazan una serie de factores como son: el actuar sin pensar, la impaciencia, la velocidad incrementada o anticipada en sus respuestas sin permitir que se le termine de hacer la pregunta o sin razonarla, bajo control de sus impulsos, son agresivos hasta el grado de desafiar a sus padres, maestros o cualquier autoridad, presentan poca tolerancia a la frustración, todos estos aspectos interfieren en la comprensión que pueda tener el niño en cuanto a eventos, señales o consecuencias de sus actos, así como de distinguir los mensajes no verbales de las personas, además tienen problemas para lograr el autocontrol que le permitan respetar el espacio y actividades de las personas que le rodean lo que trae como consecuencia que tengan dificultades de sociabilizar con otros niños.

Sus conductas impulsivas se detectan porque estos niños hablan mucho, responden con atención, son intrusivos, poco nivel de tolerancia incapaces de esperar un turno en juegos u otras actividades.

Otro síntoma importante, pero poco considerado en el DSM-IV, es la impulsividad, entendida como la pérdida de la capacidad para inhibir una conducta. El niño hace lo que su impulso le indica, sin pensar en las consecuencias mediatas e inmediatas de sus actos. Da la impresión de no poder tolerar la menor demora en la satisfacción de sus demandas. Wender considera que la impulsividad incluye la baja tolerancia a la frustración, así como la llamada conducta antisocial, que comprende a su vez a la agresividad, la destructividad y la tendencia a cometer frecuentes hurtos.

La impulsividad del niño hace que se le tome por temerario; lo que sucede en realidad es que no mide el peligro, además, por su incapacidad para inhibir los impulsos, con frecuencia se ve involucrado en conflictos interpersonales y puede caer en la conducta antisocial. (Rafael, 2014)

Dentro de otras definiciones se encuentra Mara Parellada quien explica que la impulsividad es una característica del TDAH. En el niño hiperactivo no existe intención al dañar por eso suelen sentirse culpables con sus comportamientos si es que causan daño a los demás. Hacer o decir algo antes de pensarlo es frecuente en estos niños, su inhabilidad de contención a los impulsos se expresa de manera conductual como a nivel cognitivo y puede desarrollarse en las áreas de su vida.

La autora explica las diversas consecuencias que son causadas por la impulsividad en el ámbito escolar, la intolerancia a esperar, las constantes visitas a urgencias. Los niños con TDAH tienen dificultad para esperar los resultados a largo plazo de sus esfuerzos (positivos o negativos) por lo tanto es complicado regular los comportamientos (Carretero Díaz, Revista Internacional Psicoanálisis on-line, 2009).

También se define como impulsividad responder a los cuestionamientos antes de que la pregunta se haya terminado, las personas presentan cierta incapacidad de comprender enunciados largos, dificultad para esperar su turno, además suelen interrumpir en las conversaciones y presentan accidentes constantemente. (Sanz, 2010).

Los niños que presentan síntomas de impulsividad son: (Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH))

- Impacientes

- Hacen comentarios inapropiados, son muy expresivos y actúan sin percatarse de las consecuencias.
- Presentan dificultad al momento de esperar cosas que quieren
- Suelen interrumpir con frecuencia dentro de las conversaciones

## **CAPITULO II: VALORACIÓN CLÍNICA, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO**

### **2.1 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO**

Se ha descubierto a lo largo del tiempo que el uso de medicamentos ha jugado un papel muy importante en la mejora de los síntomas del TDAH. Dentro de los medicamentos más utilizados para el tratamiento de este tipo de trastorno se encuentra el metilfenidato. Cabe mencionar que actualmente existen ciertos tabúes referentes al uso de medicamentos en los niños con este trastorno ya que en general no es un tema fácil de aceptar para los padres que no están informados o que están mal informados.

Anteriormente el metilfenidato era utilizado para tratar la fatiga crónica, estados letárgicos y depresivos, también se recomendaba para tratar la conducta senil perturbada, psicosis asociada con la depresión y narcolepsia (Morton y Stockton, 2000). Aunque eso ha cambiado, ya que en la actualidad es el medicamento de mayor uso en tratamiento de personas con TDAH.

Existen dos presentaciones disponibles de metilfenidato para su uso en el tratamiento del TDAH en niños y adolescentes, los cuales se diferencian por su tasa de liberación: inmediata y prolongada. Existen otras presentaciones de metilfenidato para uso exclusivo en adultos, se conocen como de liberación modificada y cuyas dosis son de 10, 20,30 y 40 mg.

El metilfenidato se ha utilizado de modo terapéutico por más de 50 años, sin embargo, su mecanismo de acción durante este tiempo se entendía de manera muy pobre. (Volkow N.D. , y otros, 2001). El metilfenidato actúa bloqueando el recapturado de dopamina y noradrenalina, entre otros efectos, lo que ha supuesto un incremento en la liberación de ambos neurotransmisores en estructuras como la corteza prefrontal, además en el caso de la noradrenalina, también acrecienta su liberación en el ámbito hipocampal (Arnsten, 2006).

Esta molécula con propiedades anfetamínicas actúa como estimulante del sistema nervioso central, incrementando la disponibilidad de dopamina y noradrenalina en el espacio extraneuronal. Comercializado en España desde 1981, tiene genéricos en el mercado y experimentó un progresivo crecimiento en el consumo hasta 2014, cuando irrumpe la lisdexanfetamina. Los efectos a corto plazo del metilfenidato (unas pocas semanas) se conocen en profundidad desde hace tiempo (40): la atención sostenida mejora y la vigilancia se incrementa, facilitando una concentración más eficaz en tareas repetitivas de escasa complejidad. La actividad motora disminuye con, entre otras consecuencias, una mejor adaptación a las normas en clase. Al aplicar las escalas habituales, los resultados reflejan una buena respuesta por parte de los niños evaluados y el fármaco parece mostrar eficacia frente al trastorno diagnosticado. (Fernández., 2018)

El tratamiento con metilfenidato no es recomendable en niños menores de seis años o en infantes con signos de ansiedad, agitación o tensión, no se recomienda su uso en pequeños antecedentes familiares de síndrome de Tourette, hipertiroidismo o algún trastorno como hipertensión, arritmia cardíaca, cardiomiopatía o infarto al miocardio. **(NICE, 2000).**

### **2.1.1 ATOMOXETINA**

La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) de EE. UU. En el 2017 ha aprobado las primeras versiones genéricas del medicamento Strattera (atomoxetina) para tratar el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en pacientes pediátricos y adultos. (FDA Statement, 2017).

En su origen era administrado para el tratamiento de la depresión, pero al no ser tan efectivo se dejó de utilizar.

Recientemente es usado para el tratamiento de TDAH, la atomoxetina puede administrarse en una sola dosis o dividiendo la dosis en dos tomas en el transcurso del día.

Una de las ventajas del uso de atomoxetina para el tratamiento del TDAH es que algunos estudios muestran que el riesgo de abuso de este fármaco es muy bajo, en comparación con el metilfenidato (Garnock- Jones K, 2009); por tal motivo, a la fecha no se le considera una sustancia controlada en estados unidos.

La forma en cómo actúa la atomoxetina es a través del incremento de las concentraciones de noradrenalina en la corteza prefrontal; sin embargo, a pesar de ser un inhibidor selectivo de la recaptura de la noradrenalina, la aplicación de una dosis de 3 mg/kg intraperitoneal en ratas produce también un aumento en los niveles extracelulares de dopamina; este acrecentamiento es dosis dependiente, dado que las dosis altas de atomoxetina producen un intensificación a largo plazo tanto de la noradrenalina y la dopamina extracelular, siendo este aumento mayor al que provocan las dosis bajas ( Bymaster MS., y otros, 2002) y (Galicia, 2015).

Como alternativa farmacológica al uso de psicoestimulantes en el tratamiento del TDAH, se han comercializado diversas sustancias. En nuestro entorno se introdujo en 2008

la atomoxetina, un inhibidor de la recaptación de noradrenalina que, de forma indirecta, también incrementa los niveles de dopamina en el córtex prefrontal. Su utilización en la última década ha sido muy marginal. (Fernández., 2018)

## **2.2 TRATAMIENTO PSICOSOCIAL**

El tratamiento del trastorno por déficit de atención con hiperactividad debe ser multimodal, de forma que incluya la educación individual y de la familia, el asesoramiento individual y familiar, programas de tratamiento conductual y fármacos apropiados.

Si el profesional que lleva a cabo la primera evaluación no es el médico de atención primaria, es necesario que evalúe al niño en el marco de su especialidad y solicitar otras consultas a fin de evaluar otros trastornos que deben tomarse en cuenta. Una persona del equipo que lleve a cabo la evaluación formal o informal tendrá que ser la responsable de integrar todos los resultados y de desarrollar un plan de tratamiento. Esta persona debe asegurarse de que los padres entiendan los resultados y debe coordinar todas las intervenciones. (Silver, 2010).

### ***2.2.1 MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA.***

La modificación de la conducta es una terapia básica para tratar el TDAH y tiene un fundamento científico derivado de la teoría de las funciones ejecutivas que ha establecido como causas de este trastorno:

Una falla en el control de los impulsos, que impide que las funciones mentales superiores (ejecutivas) sean privadas (internas).

La imposibilidad de que las funciones mentales superiores (ejecutivas), como el razonamiento, se realicen en forma adecuada. (Barkley, 1998).

El mecanismo básico de una terapia de modificación de la conducta consiste en “trasplantar” al sujeto con TDA pensamientos y conductas correctos que lo ayuden a subsanar sus deficiencias. Sabemos que el sujeto con TDA no internaliza las reglas de conducta, es decir, no las almacena en la memoria para después utilizarlas en el momento oportuno, sino que simplemente sigue sus impulsos. Otro problema es que no deduce las conductas o pensamientos adecuados, por lo que se le debe “enseñar a pensar” en forma constructiva y antes de meterse en problemas (G. V. W., 2011).

### ***2.2.2 INTERVENCIÓN COGNITIVA CONDUCTUAL***

La Terapia de Conducta (TC) hace su aparición en el escenario de los tratamientos psicológicos a mediados de los años cincuenta del siglo pasado, como alternativa radical a las psicoterapias imperantes de la época, posicionándose especialmente frente al modelo psicoanalítico. La TC parte de la idea de que toda la conducta (adaptada y desadaptada) es aprendida y puede modificarse mediante los principios del aprendizaje (M<sup>a</sup> Ángeles Ruiz Fernandez).

La terapia Cognitivo Conductual (TCC) ha sido diseñada con base en la evidencia científica y tiene antecedentes de estudios clásicos a partir de Bandura (1977), Meichenbaum (1985), Kendall y Braswell (1993). (Mendoza Gonzales, 2010)

La TCC se basa en leyes de aprendizaje tanto clásico como operante, posibilitando la integración al repertorio conductual del niño(a) conductas que le permitirán adaptarse a un ambiente cambiante. Es un procedimiento terapéutico activo y estructurado, cuyas sesiones están limitadas temporalmente y dirigidas por el terapeuta (Beck, 1993), en el que se consideran algunas metas importantes: la primera es motivar al paciente para que permanezca en la terapia y la segunda es motivarlo para que empleen las técnicas



aprendidas y comenzar a tener una vida más satisfactoria, la tercera como lo señalan Nezu, Nezu y Lombardo (2006), es elaborar un plan de tratamiento que ayude a alcanzar sus metas, la cuarta es identificar los componentes y métodos y métodos del tratamiento que permitan al paciente cumplir con eficacia sus metas (Mendoza Gonzales, 2010).

Por otra parte, Mera (2015), Vernon y Doyle (2017) sostienen que la terapia cognitivo conductual es una de las mejores terapias que se encuentran en la actualidad. Esto es por tres motivos: primeramente, por ser la más investigada dentro del campo de la psicoterapia; como segundo punto, porque en sus estudios demuestra la eficacia en su intervención en comparación con otros modelos y; para finalizar, como tercer punto, los modelos que hay en TCC han sido bastante estudiados (Corbridge, Brummer y Coid, 2018; Ruiz y Ruiz, 2018; Taylor et al., 2019). Aunque la TCC es una terapia eficaz, aún se tiene presente su desarrollo y mejoramiento, ya que hay casos en que los pacientes no responden de forma satisfactoria a este enfoque o presentan recaídas (Fernandez).

### ***2.2.3 INTERVENCIÓN PSICOANALÍTICA.***

Desde los inicios del psicoanálisis, Freud nos mostró que la historia, o más bien la incapacidad para hacerla, tiene mucho que ver con la ruptura psíquica producida por los acontecimientos traumáticos. Freud (1914, 1988) indicaba que el “trabajo de reelaborar” (Durcharbeiten) es el que realmente permite que el paciente pueda dominar sus resistencias, recuperar sus recuerdos, cubrir sus lagunas mnésicas y dejar de repetir. Sólo a través de la reelaboración podemos restablecer las fracturas del psiquismo y sustraernos al poder que nos empuja hacia la repetición. (Alonso, 2009).

Salomonsson (2011) explica que uno de los mejores beneficios que se puede dar en el tratamiento psicológico con niños con TDAH es el crecimiento emocional y el avance

en el conocimiento sobre el mundo interno. En una de sus investigaciones encontró una fuerte relación entre el objeto interno y los comportamientos presentados. Concluyo que sería posible quizá, ignorar estas relaciones y mantener la posición de que esto se da por una base neurológica o que es un simple reflejo de las dificultades cognitivas, pero aun así se debe enfatizar el hecho de que estos comportamientos son provocados por factores internos y que el psicoanálisis puede ayudar a descubrir cuáles son. Además, señala, que las capacidades cognitivas y lingüísticas del niño, son a veces hasta deslumbrantes, lo cual le fue posible observar varias veces durante las conversaciones que mantuvieron en sus sesiones. (Vasquez, 2015)

Por otro lado, fue hace un siglo donde Freud hacia una comparación entre la psiquiatría y el psicoanálisis reconocía sus limitaciones en las capacidades terapéuticas. Según él la psiquiatría pretende caracterizar el síntoma mediante una propiedad esencial todavía sigue siendo válida, como se ha comprobado con el análisis que se ha hecho aquí de los manuales DSM. En efecto, los autores de estos manuales se han empeñado tanto en limitarse a los elementos descriptivos, que no faltan los profesionales que tildan lo que se hace con dichas herramientas, más bien como una “catalogación” que un “diagnóstico. (Vargas, 2019)

El trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad tiene bases neurológicas. Desde la perspectiva psicoanalítica se explica que el” TDAH” es el nombre por el cual se refiere a un grupo de síntomas los cuales son un parteaguas para determinar que existe alguna alteración, la parte más importante consiste en comprender los aspectos emocionales de los niños que presentan este trastorno, cuestionando lo siguiente ¿Cómo se está sintiendo?, ¿Qué es lo que le hace sufrir?, ¿Qué situación o situaciones le están

generando malestar? Cabe destacar que la intervención a nivel familiar es una parte fundamental en el tratamiento para poder entender y trabajar aspectos relacionados con la comunicación, vínculos y la regulación emocional (Madrid, 2013).

#### ***2.2.4 INTERVENCIÓN HUMANISTA***

El área social es una de las más afectadas en la vida de un niño con TDAH. Las habilidades sociales se pueden dar desde un enfoque gestáltico cambiando la percepción, la expresión y el contacto con los demás. Esta teoría permite trabajar técnicas supresivas, expresivas y de integración generando un cambio en la comunicación, además de permitir el autodescubrimiento y el mejoramiento de las relaciones interpersonales.

Con las técnicas expresivas logra facilitar la expresividad por medio del lenguaje no verbal como por ejemplo la realización de juegos utilizando títeres, la danza, cuentos, etc. Esto ayudara a mejorar la relación con los demás.

Mientras con las técnicas integrativas permiten el desarrollo personal del sujeto al integrar aspectos desconocidos o poco utilizados al permanecer ocultos, aquí se pueden utilizarse el dibujo, el trabajo con sueños, la técnica de la silla vacía.

Dentro del enfoque humanista encontramos la terapia Gestalt la cual permite afrontar los problemas, situaciones inconclusas o bloqueos que nos provocan una autoestima más baja de lo adecuado.

La Terapia Gestalt como terapia humanista que es tiene una concepción del niño muy positiva, tiene plena confianza en sus capacidades y en su creatividad. todas las emociones son válidas. No existen emociones buenas o malas. Las emociones son energía y la única energía que es negativa es la energía estancada. Por esta razón, es necesario

expresar las emociones negativas retenidas que pueden desencadenar problemas mayores (Malca).

Desde la perspectiva humanista se recalca la conciencia plena de vivir en el presente con el propósito de alcanzar el autocontrol e integración entre la mente y el cuerpo, especialmente en los niños con este tipo de trastorno. Se presentan resultados prácticos y efectivos a nivel psicológico, emocional, cognitivo para estos pacientes, la comunidad educativa y familiar a través de la aplicación de estas técnicas (Elizabeth C. Cabascango Paredes, 2021).

## **2.3 PRINCIPIOS DEL MANEJO POR PARTE DE LOS PADRES.**

### **2.3.1 Reforzar su autoestima.**

Numerosas investigaciones psicológicas y pedagógicas han demostrado que las personas con autoestima alta tienden a ser más asertivas en sus acciones y a esforzarse más para superar las dificultades, por ello es fundamental animar al niño a que construya su carácter sobre sus fortalezas y no sobre sus debilidades.

Un factor esencial, que con frecuencia no se analiza, es el amor con que cuentan los hijos, por parte de los padres. El amor positivo, inteligente y bien intencionado es el medicamento más poderoso para minimizar los problemas derivados del TDA. Por el contrario, la falta de amor de los padres dificulta en forma impresionante el tratamiento de los niños.

Tener buen autoconcepto y buena autoestima es necesario para funcionar bien en la vida. Los padres pueden cooperar en esa tarea resaltando los aspectos positivos de su conducta, lo que hacen bien, pero sin ser sobreprotectores.

### **2.3.2 Terapia para padres**

Si en la evaluación de la familia se detectan problemas en la dinámica familiar, entonces será necesario que asistan a terapia todos los individuos de la familia que lo requieran, ya sean los padres u otros hermanos.

### **2.3.3 Poner límites claros y adecuados a su edad y capacidad.**

La tolerancia a la frustración y el autocontrol se aprenden. El niño debe saber con claridad que puede hacer y qué no. Claro está que los padres deben ser conscientes de que pueden exigir al niño en función de su edad y desarrollo. No se puede pedir a un niño de dos años que permanezca sentado en su silla sin hacer nada. Al final, el autocontrol que adquiere el niño tiene mucho que ver con la actitud de los padres y con su capacidad para poner límites claros y adecuados.

### **Negociar normas y sus consecuencias**

Las reglas fundamentales deben ser formuladas de manera clara y concisa. Cuando el niño no cumpla la norma, debe repetírsela y actuar en consecuencia, sin dejarse ablandar por las protestas y lloros. Las consecuencias deben ser específicas y conocidas por el niño. Si es posible, hay que implicar al niño tanto en la selección de las normas como de sus consecuencias. No se debe perder la calma cuando se incumplan las normas y comenzar a chillar.

### **2.3.4 Dar refuerzo frecuente**

Los niños con TDAH necesitan mayor frecuencia de refuerzos que los que no son. Cuando hacen las cosas bien, hay que reconocérselo. El problema es que tenemos tendencia a prestar atención a la mala conducta y a castigarla, pero no tanto a la buena para reforzarla. Ana Miranda dice que (M., A., y J, 2001)<sup>22</sup>, el secreto de la buena disciplina es

reconocer y recompensar la buena conducta, disciplinar es lograra que uno lo haga lo que debe, modificar el comportamiento inadecuado para conseguir buena conducta. El elogio, el reconocimiento de lo bien hecho, es fundamental para ello. (Silver, 2010).

### **CAPITULO III. TRASTORNO DE ANSIEDAD**

#### **3.1 ANSIEDAD GENERALIZADA**

El trastorno de ansiedad generalizada reconocido por sus siglas TAG cuya definición se basa en la preocupación excesiva experimentada por un sujeto debido a diversos acontecimientos o actividades de la vida cotidiana (Ejemplo, responsabilidades laborales, fallas académicas menores, temas económicos y otros) durante la mayoría de los días, al menos por un periodo de seis meses. Una característica fundamental de las preocupaciones que se desarrollan en el TAG que la diferencia de las preocupaciones que cualquier persona puede tener es que son difíciles de controlar, son consideradas excesivas y son claramente desproporcionadas con las posibles consecuencias que puedan derivarse de la situación o acontecimientos temidos; además están asociadas a síntomas somáticos variados como sudoración de manos, temblor, tensión muscular, irritabilidad, alteraciones del sueño, cefalea y sensación de inquietud, y muchas veces pueden ser estos síntomas prominentes en niños y adolescentes. (Cardenas, Feria, Palacios, & de la Peña, 2010).

Las preocupaciones se centran generalmente en la aprobación, la competencia, los eventos futuros y otras situaciones nuevas o poco familiares. Los niños que presentan este trastorno buscan contantemente la aprobación externa por parte de las demás personas, lo cual logra aliviar leve y temporalmente su ansiedad. Pueden quejarse de imposibilidad para estar relajados, sensación de vivir en el límite y suelen ponerse irritables cuando están preocupados. (Tayeh, Agámez González, & Chaskel, s.f.).

En la rama de la psiquiatría se define a la ansiedad como un estado emocional desagradable donde se encuentra una sensación subjetiva de un malestar, peligro, tensión, acompañado de una carga neurovegetativa y cuya causa no es reconocida por la persona (Ticas).

El DSM-V (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) define a la ansiedad como una preocupación excesiva (anticipación excesiva), que se produce durante mas días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar), al individuo se le dificulta controlar la preocupación (Psiquiatría, 2014)

### **3.2 LA ANSIEDAD EN LA INFANCIA**

La prevalencia de los trastornos de ansiedad en la edad pediátrica oscila entre un 3% y un 21%, siendo frecuente la coocurrencia de varios trastornos ansiosos en el mismo paciente y/o la comorbilidad con otros procesos psiquiátricos. La ansiedad y los trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia constituyen el primer diagnóstico psiquiátrico a estas edades, muy por encima de los trastornos de conducta y de la depresión (G. Ochando Perales, 2017).

#### ***3.2.1 El niño ansioso.***

Cuando un niño comienza a mostrarse ansioso a tal grado que este síntoma provoque una respuesta desmedida, su mente y cuerpo sufren considerablemente. Si la ansiedad es pesada o irritante, el pequeño dejara de actuar de la manera adecuada. Los síntomas que puede presentar son los siguientes:

- Dolor abdominal
- Boca seca

- Sensación de desmayo
- Necesidad frecuente de orinar
- Náuseas
- Respiración superficial y rápida
- Aceleración del ritmo cardíaco
- Sudoración
- Tensión muscular

Un niño ansioso es muy probable que presente la necesidad de complacer a los demás, además puede tener un buen comportamiento, callado y estudioso. Tal vez necesite que de continuo se le diga que todo está bien, y que está haciendo todo del modo correcto. Estos signos tempranos de ansiedad son los primeros indicios de que el niño se encuentra en una situación de angustia.

A un niño que muestre una persistente ansiedad le resulta difícil hacerse de amigos y disfrutar de ellos, y relajarse en situaciones sociales porque se preocupa en demasía sobre su desempeño (esta situación puede afectar su desarrollo educativo, por estar demasiado preocupado por sus propias tribulaciones para lograr concentrarse). Es posible que se menosprecie y se sienta fracasado, y que piense que sus padres no lo querrán o no tendrá amigos si no mejora, lo cual disminuye su autoestima. Lo ideal es lograr que el niño esté feliz y pleno de confianza; ninguna otra cosa importa si sabemos que el otro camino implica pánico, miedo e incapacidad de manejarse en forma independiente de los padres (Csóti, 2011).



### **3.2.2 ETIOPATOGENIA.**

Dentro de varias investigaciones se han encontrado diversos factores que contribuyen a la aparición de la ansiedad a continuación se presentaran algunos factores que posiblemente sean desencadenantes:

Factores genéticos y constitucionales. Aunque parece que los trastornos de ansiedad se agrupan en determinadas familias, aún no se ha establecido si la transmisión es genética o determinada por la crianza.

Temperamento: los niños que son inhibidos comportamentalmente, tímidos o tendentes a la retracción en los primeros años tienen más tendencia a desarrollar trastornos de ansiedad posteriormente.

Estilos parentales: la sobre-protección que, en ocasiones, es debida a las propias ansiedades parentales, tales como ansiedad de separación, viene a contribuir a la génesis en el niño de un sentido de sí mismo como alguien indefenso, que está en peligro y desprovisto de los recursos personales para protegerse, defenderse ni sobreponerse a las situaciones difíciles. Por su parte, las actitudes parentales críticas o los estilos educativos excesivamente punitivos pueden ser intimidatorios e interferir en el desarrollo de un concepto de sí, seguro y capaz. Algunos miedos específicos pueden ser transmitidos por los padres e incorporados por los chicos a través de mecanismos identificatorios básicos.

Acontecimientos vitales estresantes: algunos miedos pueden ser iniciados por algún acontecimiento inusualmente aterrador (la experiencia de una tormenta). Además, la elaboración cognitiva (explicación) que de una experiencia atemorizante haga el niño influirá en que éste pueda desarrollar un trastorno de ansiedad en el futuro. (Sancho & Lago Pita, 2005).

Los ambientes sociales desfavorables (grandes adversidades, económicas o condiciones de vida, etc.) generan un clima de inseguridad crónica que puede contribuir al desarrollo de un trastorno de ansiedad. (Freud, 1992).

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en sus siglas TDAH es uno de los trastornos más frecuentes en la población infantil, ya sea que se presente de manera aislada o se relacione con otros trastornos psicológicos. Es un trastorno infantil que presenta un impacto enorme en el medio personal del niño, pues afecta el área social, familiar y académica. Se trata de un trastorno del neurodesarrollo, que según la (Association, 2015) se caracteriza por problemas significativos de inatención, conducta desorganizada, hiperactividad y/o impulsividad que interfiere en el funcionamiento de quien lo padece.

La ansiedad por otra parte es un estado emocional en donde se presenta angustia y desesperación, es una respuesta adaptativa ante las distintas amenazas, sean reales o imaginarias, que ayudan al organismo a prepararse para enfrentar situaciones de peligro. Al ser un estado emocional normal puede presentar variantes psicopatológicas, como los trastornos de ansiedad que tienen en común miedo y ansiedad excesivos junto a conductas que refuerzan el trastorno.

Los trastornos de ansiedad según el DSM-V se diferencian del miedo o la ansiedad normal propios del desarrollo por ser excesivos o en su defecto persistir más allá de los periodos de desarrollo apropiados, desarrollándose por lo general durante la infancia y persistiendo en el tiempo si no son tratados.

Ambos trastornos son considerados hoy en día como los trastornos más comunes en la infancia y adolescencia. Es así como si un niño presenta TDAH su diagnóstico suele

ser sencillo; sin embargo, cuando se presenta asociado a otro trastorno, como por ejemplo un trastorno de ansiedad, el diagnóstico diferencial es mucho más complicado, pues es más difícil determinar cuál de los dos es el trastorno que prevalece, o en ocasiones las manifestaciones ansiosas pasan desapercibidas.

En psiquiatría ansiedad se define como un estado emocional desagradable en las que hay sensación subjetiva de un peligro, malestar, tensión o aprensión, acompañado de una descarga neurovegetativa y cuya causa no está claramente reconocida para la persona. En el miedo existe similar respuesta fisiológica que la ansiedad, pero se diferencia en que hay una causa, un peligro real, consiente, externo, que está presente o que amenaza con materializarse (Kaplan).

Barlow (2002), en su influyente volumen sobre los trastornos de ansiedad, afirmaba que “el miedo es una alarma primitiva en respuesta a un peligro presente, caracterizado por una intensa activación y por las tendencias a la acción”. La ansiedad, por el contrario, se definía como “una emoción orientada hacia el futuro, caracterizada por las percepciones de incontrolabilidad e impredecibilidad con respecto a sucesos potencialmente aversivos y con un cambio rápido en la atención hacia el foco de acontecimientos potencialmente peligrosos o hacia la propia respuesta afectiva ante tales sucesos” (Barlow & H, 2002).

### **3.3 TDAH CON TRASTORNOS DE ANSIEDAD**

Con base a los estudios realizados a lo largo de la historia se concluye que el Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad y los trastornos de ansiedad son los problemas psiquiátricos más destacables de la infancia y la adolescencia, (Anderson JC., Williams S., McGee R., Silva A.P., & PhD., 1987), (Yoo HI., Cho SC., & Kim BN., 2005). Generalmente, estos dos trastornos suelen parecer con mayor frecuencia en la misma

persona: el TDAH y los trastornos de ansiedad aparecen juntos en el 25-33% de los pacientes en varias muestras epidemiológicas y clínicas (Biederman et al., 1991b; Jensen et al., 2001) (Biederman J., Newcorn J., & Sprich S., 1991).

Los niños con TDAH y trastornos de ansiedad comórbidos son «aprensivos». En un llamativo contraste con los niños no ansiosos con TDAH, los que tienen TDAH y trastornos de ansiedad comórbidos se preocupan por su competencia y su rendimiento en las áreas de las situaciones académicas, atléticas y sociales. Incluso se preocupan por su conducta. También se preocupan por los acontecimientos futuros, como citas con médicos o dentistas, exámenes en el colegio y nuevas actividades, incluyendo actividades de aprendizaje (Thomas E. Brown & Ph.D., 2010).

## **CAPITULO IV. MODELO TEÓRICO DE LA TERAPIA COGNITIVO**

### **CONDUCTUAL.**

#### **4.1 HISTORIA DE LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL.**

Como ya se explicó anteriormente los niños que presentan este tipo de trastorno recurren a conductas impulsivas, lo cual llega afectar en el ambiente social ya que en muchas ocasiones pueden ser conductas no tan adecuadas. La terapia cognitivo conductual suele utilizarse con más frecuencia para el tratamiento de este tipo de trastorno ya que muestra mejores resultados, debido a la disminución de las conductas mencionadas. Uno de los propósitos más esenciales del tratamiento del TDAH en niños con base a la terapia cognitivo conductual se centra en que el niño aprenda a fortalecer sus habilidades y reducir los comportamientos que pueden llegar a ser problemáticos.

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) puede definirse actualmente con la aplicación clínica de la ciencia de la psicología, que se fundamenta en principios y procedimientos validados empíricamente (Plaud, 2001).

Según Stallard (Stallard, 2001) el nombre de la TCC se utiliza para describir las intervenciones que tienen por objeto reducir el malestar psicológico y las conductas desadaptativas mediante la modificación de los procesos cognitivos

La Terapia de Conducta (TC) comienza a partir de los tratamientos psicológicos aproximadamente a mediados de los años cincuenta del siglo pasado, surge como una alternativa a las psicoterapias que se utilizaban en ese tiempo, oponiéndose al modelo psicoanalítico. La TC parte del pensamiento que las conductas ya sean adaptadas o desadaptadas suelen ser aprendidas y pueden modificarse mediante los principios del aprendizaje.

Los intentos por ayudar a las personas a solucionar problemas conductuales mediante maniobras semejantes a las utilizadas por la TCC tienen una larga historia. Ya Plinio el Viejo, durante el primer siglo de la existencia de Roma, trataba de curar a aquellos que abusaban del alcohol colocando arañas muertas en descomposición en los vasos dónde bebían. Esta técnica en la actualidad es denominada condicionamiento aversivo. En el siglo XVIII el “niño salvaje de Aveyron” fue enseñado a hablar con maniobras y técnicas que actualmente con conocidas como modelado, instigación, refuerzo positivo, retirada de reforzadores, etc. En el siglo XIX, el equivalente actual a un guardián de prisiones, Alexander Maconchi, usaba lo que conocemos hasta el día de hoy como economía de fichas, con el objetivo de conseguir que los internos del Royal British Penal obedecieran las reglas del penal. (Maria Angeles Ruiz, 2012).

## 4.2 INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL EN UN NIÑO CON TDAH

Las técnicas de manejo conductual suelen ser muy útiles, especialmente en niños pequeños (O'Donohue & Fisher, 2009) a lo largo del tiempo se ha demostrado que este tipo de técnicas son las favoritas para el tratamiento de los síntomas relacionados con el TDAH.

Es común usar las técnicas conductuales con sujetos que tienen TDAH, además se ha confirmado que este tipo de terapia es la más eficaz para el tratamiento de este trastorno, ya que pone énfasis en el refuerzo de las conductas positivas del niño, por otra parte, incluye intervenciones en el ámbito familiar y educativo.

Los métodos de terapia conductual incluyen habilidades de manejo para los padres y maestros, manejo de la contingencia (como tiempos fuera y refuerzo positivo) y tratamientos que apunten a las habilidades sociales y a la solución de problemas. La constancia y el seguimiento son componentes importantes de un tratamiento exitoso con la terapia conductual. (Rickel, 2008) Y (Angeles Ruiz, Díaz, & Villalobos, 2012).

Antes de comenzar el tratamiento conductual, se debe establecer un registro de conductas para identificar las características de los problemas (P.J., 2008). En dicho registro, que puede ser elaborado por padres, educadores o tutores, se debe especificar:

Las características de la conducta anómala y todas sus particularidades importantes.

La intensidad de los síntomas, incluyendo: - Su consistencia. - La frecuencia.

La expresión de los síntomas en relación con el entorno. En qué situaciones empeoran o mejoran.

La evolución a lo largo del tiempo. Cuando se identifican las conductas problemáticas, se planifican las estrategias a utilizar, que presentan como características

más importantes las siguientes consideraciones (Rodríguez Hernández & Barrau Alonso , 2012):

Las técnicas de modificación de la conducta se deben aplicar de manera continua. No se pueden establecer descansos (por ejemplo, los fines de semana), ya que suponen un retroceso en los logros.

Es necesario una minuciosa coordinación sobre las pautas utilizadas para aplicarlas en todos los entornos (escolar, en casa, etc.). De nada sirve que se aplique una técnica en un sitio y no en otro, por lo que todos los implicados deben estar informados.

No existen programas de intervención universales. Hay que evaluar los problemas del niño de manera individual, priorizando las actuaciones sobre aquellos problemas más importantes. Programas iguales aplicados sobre niños con síntomas similares pueden producir efectos contrarios, por lo que hay que reevaluar de manera periódica la efectividad de la intervención.

Hay que tener en cuenta que estamos realizando un aprendizaje, no un castigo. Siempre aclarar al niño que le damos disciplina y que no significa que no tengamos cariño por él (Rodríguez Hernández & Criado Gutierrez, 2014).

#### ***4.2.1 ACOMPAÑAMIENTO CON LOS PADRES***

El entrenamiento a padres como técnica de modificación de conducta para intervenir en conductas disruptivas resulta ser una de las técnicas más eficaces. El entrenamiento a padres persigue el desarrollo de habilidades y técnicas en éstos para modificar la conducta de sus hijos en casa, modificando la interacción padres-hijos, con el fin de potenciar la conducta social y disminuir las conductas desadaptativas (Maciá, 2012). La economía de fichas resulta muy útil, con el fin de que se produzca la adquisición de

conductas adecuadas y la eliminación de conductas inadecuadas (Loro-Lopez, 2009). Otro enfoque de la intervención es la modificación cognitiva de la conducta, basada en el entrenamiento en estrategias de autorregulación, con el objetivo de hacer consciente al niño de sus limitaciones y posibilitar así a que contribuya de forma activa en su intervención (Miranda, 2010) y (Nieves-Fiel., 2015).

#### ***4.2.2 INTERVENCIÓN EN LA ESCUELA***

Para la intervención con niños con TDAH se recomienda utilizar una serie de herramientas que ayuden a identificar metas específicas de la conducta en la escuela, por ejemplo, las “tarjetas de informe diaria” la cual tiene como propósito proporcionar información acerca del comportamiento del niño, así como también se puede utilizar recompensas cada vez que se llegue a la meta deseada.

Los maestros eligen las metas para cada niño basado en los comportamientos que presentan mayor dificultad para él. Las metas pueden consistir en trabajo académico (como terminar tareas), comportamiento con sus compañeros (dejar de molestar o pelear) y adherirse a las reglas de clase (no interrumpir, mantenerse en su asiento, seguir las instrucciones). El maestro puntúa diariamente el grado de cumplimiento en cada una de las metas. Recibe una estrella por cada comportamiento positivo, y si recibe suficientes a lo largo del día, habrá un premio para él cuando llegue a casa, como ver la televisión o alguna otra pequeña recompensa (Miller, 2020).

#### **4.3 INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL EN UN NIÑO CON TDAH Y ANSIEDAD.**

La terapia cognitiva es una modalidad de psicoterapia basada en la teoría con un fuerte compromiso hacia el empirismo científico. Las características que la definen no



deben encontrarse en una serie de estrategias de intervención únicas sino en su concepción cognitiva de la psicopatología y del proceso terapéutico de cambio. (Clark & Beck, 2012).

## **CAPITULO V. MÉTODO-PROPUESTA DE TALLER GRUPAL PARA NIÑOS CON TDAH.**

### **5.1 JUSTIFICACIÓN**

La presente investigación se enfocará en crear una propuesta de taller psicoterapéutico especializado en el TDAH el cual se llevará a cabo en niños que actualmente son pacientes del hospital general de Ecatepec “Las Américas”, debido a la alta demanda presentada en los últimos años de pacientes con dicho trastorno.

Así, el presente trabajo permitirá mostrar cambios a nivel conductual en los niños que padezcan de esta patología con el fin de desarrollar ciertas habilidades con lo cual podrán tener un óptimo proceso de adaptación a ciertas circunstancias de su ambiente.

La investigación de esta problemática se realizó debido al interés de crear un método el cual servirá de guía para profesionales de la salud mental con el fin implementar un taller para el manejo de la ansiedad el cual favorecerá a niños que presentan TDAH, en este taller se encontraran una serie de estrategias que potencializaran habilidades relacionadas con la atención, hiperactividad, conductas disruptivas y de ansiedad.

### **5.2 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN**

¿Es la ansiedad un factor que influye en la conducta en los niños con TDAH?

¿Es el “Taller para el mejoramiento de la atención y la disminución de la ansiedad” una herramienta útil para los objetivos establecidos?

¿Es el “Taller para el mejoramiento de la atención y la disminución de la ansiedad” una herramienta útil para la dinámica familiar?

### **5.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El tratamiento del déficit de atención e hiperactividad en niños ha intentado mejorar los indicadores de calidad de vida de los pacientes, poniendo diferentes profesionistas de la salud al servicio de la atención de dicha condición... Sin embargo, en las últimas décadas se ha incrementado el número de casos diagnosticados, rebasando así la capacidad de respuesta de los centros de salud, lo que ha generado consecuencias negativas para la salud de los niños y sus padres.

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) se ha vuelto más común en los niños en los últimos 20 años, según un nuevo estudio. La prevalencia del trastorno en menores de EE. UU. ha aumentado del 6,1 por ciento en 1997 al 10,2 por ciento en 2016, según el estudio publicado en el *Journal of the American Medical Association* (JAMA).

"El diagnóstico y la evaluación del TDAH han evolucionado en las últimas décadas. Los criterios de diagnóstico que usamos ahora son un poco más liberales y capturan casos que los criterios anteriores habrían dejado de lado", dijo la Dra. Neha Chaudhary, psiquiatra infantil de Hospital General de Massachusetts / Escuela de Medicina de Harvard y cofundador de Stanford Brainstorm, en una entrevista con ABC News.

En México, la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica señala que 1 millón 600 mil niños en el país tendría Trastorno por Déficit de Atención e

Hiperactividad (TDAH), es decir, hasta el 6 por ciento de la población de 6 a 16 años; sólo 8 por ciento es atendido.

De acuerdo con dicho documento, la estructura del sistema de salud nacional es insuficiente para atender a los niños con TDAH, a lo que se suma la carencia de recursos económicos, tanto institucionales como familiares, para enfrentar el problema cuando no es tratado a tiempo.

Es preciso recabar información cualitativa y cuantitativa respecto a esta situación, ya que en la actualidad las propuestas de intervención y tratamiento son poco prácticas y efectivas. Es por lo que resulta importante hacer notar esta necesidad de talleres dirigidos a esta población y analizar esta temática para de esta forma sentar las bases para que abra el camino a otras modalidades y territorios de atención.

#### **5.4 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA**

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) actualmente es un problema de salud mental que con el paso del tiempo ha adquirido mayor popularidad dentro de nuestra sociedad especialmente en los niños, ya que cada vez es más frecuente escuchar a los padres hacer comentarios referentes a conductas relacionadas con el TDAH, sin embargo aún existe una gran controversia ya que en ocasiones no se le hace un buen diagnóstico al paciente, se cae en el error de creer que este tipo de conductas son normales en los niños sin darse cuenta de la profundidad del caso.

Este trastorno en la mayoría de los casos suele ir acompañado de otros trastornos, ya sea que estén relacionados con el aprendizaje, trastorno bipolar y/o depresión, etc. se

diagnóstica detectando un conjunto de comportamientos relacionados con una dificultad en el rendimiento escolar, conflictos en el entorno familiar o con los amigos.

Debido a las características que actualmente presenta nuestra sociedad, donde los padres muestran un tipo de educación permisiva, en la cual se les proporciona a los niños pocos límites a una conducta inadecuada, este tipo de papás suelen ser muy cariñosos y hacen poco para disciplinar a sus hijos. Es por lo que es de interés particular conocer

¿Cuál es la propuesta de taller psicoterapéutico para niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad del hospital general de Ecatepec “Las Américas”?

## **5.5 OBJETIVOS**

### **5.5.1 Objetivo General**

Crear una propuesta de taller psicoterapéutico basado en técnicas de tipo cognitivo conductual con el fin de potencializar las habilidades de atención y disminuir la ansiedad en niños cuyo diagnóstico sea TDAH mediante la aplicación de estrategias de intervención relacionadas con la terapia de juego para modificar la conducta de los menores y reducir su nivel de comportamientos disruptivos además de optimizar su atención a diversos estímulos.

### **5.5.2 Objetivos Específicos**

Realizar diversas dinámicas enfocadas en las necesidades que presenta un niño con TDAH orientadas en determinar límites y consecuencias respecto a una conducta.

Mejorar la calidad de vida del usuario con el fin de ampliar el conocimiento y fomentar estrategias conductuales que mejoren el tratamiento terapéutico de un niño con TDAH.

## **5.6 HIPÓTESIS**

Si se aplica “Taller para el mejoramiento de la atención y de la disminución de la ansiedad”, se logrará disminuir las conductas impulsivas de los niños diagnosticados con TDAH.

### **5.6.1 ALTERNA**

Si se aplica “Taller para el mejoramiento de la atención y de la disminución de la ansiedad”, se logrará que los niños con TDAH respeten los límites y las reglas.

### **5.6.2 NULA**

Si no se aplica “Taller para el mejoramiento de la atención y de la disminución de la ansiedad”, no se logrará que los niños con TDAH respeten los límites y las reglas.

## **5.7 VARIABLES DE INTERÉS**

Variable dependiente: Atención y ansiedad.

Variable independiente: Taller para el mejoramiento de la atención y de la disminución de la ansiedad. (14-16 sesiones).

## **5.8 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

Cuasi experimental de intrasujetos, se realizó un pre-test y post-test, de un solo grupo de niños, a este mismo grupo se le aplicaron dos pruebas al inicio y al término del taller, la duración del taller será de 3 a 4 meses.

### **5.8.1 PARTICIPANTES**

Para la realización del “Taller para el mejoramiento de la atención y de la disminución de la ansiedad” se utilizará la participación de quince sujetos con el fin de hacer un estudio de caso, los sujetos deberán tener como edad mínima 9 años, además

deberán estar diagnosticados con TDAH, estar inscritos al sistema de atención del Hospital General de Ecatepec “Las Américas”.

### **5.8.2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

Los criterios de inclusión que se han propuesto para la selección de la población se mencionan a continuación:

- Los sujetos deben contar con una edad mínima de 9 años.
- Los sujetos pueden ser de ambos sexos (femenino o masculino).
- Deben ser pacientes del Hospital General de Ecatepec “Las Américas”
- Deben estar diagnosticados con TDA o TDAH.

### **5.8.3 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

Los criterios de exclusión son los siguientes:

- Los niños que cuentan con una edad menor de 9 años.
- Los sujetos que no sean pacientes del Hospital General de Ecatepec “Las Américas”
- Niños que no estén diagnosticados con TDA O TDAH.

### **5.8.4 ESCENARIO**

“El taller para el mejoramiento de la atención y la disminución de la ansiedad” se realizará en el hospital General de Ecatepec de las Américas el cual se encuentra ubicado en la avenida Simón Bolívar 1, Fraccionamiento “Las Américas”, manzana 10, en el municipio de Ecatepec de Morelos. El taller se presentará en el departamento de psicología en el área de consulta externa.

El consultorio cuenta con cuatro lámparas eléctricas las cuales mejoran la luz del lugar, tiene un ventilador eléctrico, un escritorio de madera, una computadora tipo

escritorio, además de contar con cuatro sillas, 6 bancos, una cortina la cual puede dividir a la mitad el consultorio.

### **5.8.5 MATERIALES**

Para la aplicación del “taller para el mejoramiento de la atención y de la disminución de la ansiedad” se utilizará:

- La Escala de Ansiedad Infantil de Spence elaborada en 1997.
- Hojas blancas tamaño carta
- Hojas de colores tamaño carta
- Plumones de diferentes colores
- Lápices
- Colores

### **5.8.6 INSTRUMENTOS**

Se utilizó la Escala de Ansiedad para Niños de Spence (Spence Children’s Anxiety Scale, SCAS) (Spence, 1997). Está compuesta por 44 ítems referidos a síntomas de ansiedad, presenta cuatro opciones tipo Likert: nunca (0), a veces (1), muchas veces (2) y siempre (3). Incluye, además, 6 ítems positivos de relleno para contrarrestar el sesgo negativo de los anteriores, y cuya calificación no se califica, ni se toma en cuenta en los análisis. Se califica mediante la suma de los puntos obtenidos para cada ítem. A mayor puntaje, más ansiedad.

### **5.8.7 VALIDEZ**

Se utilizó la escala de ansiedad para niños de Spence (SCAS) mide los trastornos de ansiedad en la niñez y en la adolescencia. La SCAS ha mostrado poseer buena validez

convergente, presentando su puntuación total correlaciones entre 0,70 y 0.80 con varias pruebas de ansiedad general, como el STAIC.

Además, las correlaciones de las escalas de la SCAS con las escalas equivalentes del SCARED suelen ser de 0,70 o superior, excepto para la escala de fobia social, donde fluctúan en torno a 0,40.

La validez discriminante de las puntuaciones de la SCAS con respecto a la depresión parece ser baja o moderada.

### **5.8.8 CONFIABILIDAD**

La consistencia interna (alfa de Cronbach) de la escala fluctúa entre 0,92-0,94, tanto en poblaciones de escolares, como en poblaciones clínicas.

La consistencia interna de las subescalas suele arrojar índices en torno a:

- 0,80 para la escala de pánico-agorafobia
- 0,70 y 0,80 para las escalas de obsesiones-compulsiones, ansiedad generalizada, ansiedad de separación y fobia social.
- 0,53 y 0,61 para la escala de miedo al daño físico, que posee solo cinco ítems.



**Tabla 1**

6. 1 Propuesta de taller para el manejo de la ansiedad en niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad del hospital general de Ecatepec “Las Américas”.

Objetivo	Propósito	Tema	Actividad	Material	Tiempo
<b>PRIMERA SESIÓN</b>					
Explicar la forma de trabajo que se realizara en el programa del taller, explicando los objetivos y contenidos.	Crear un ambiente de confianza entre los miembros del grupo.	FASE 1. Presentación.	En esta sesión el terapeuta explicará los objetivos del taller al grupo.	Ninguno	10 minutos
Investigar la organización perceptual, la atención y memoria visual inmediata.	Determinar el nivel de desarrollo intelectual y el nivel de atención de los	FASE 2. Aplicación de pruebas. *Figura compleja de Rey	La prueba consiste en copiar y después reproducir un dibujo geométrico complejo.	*Manual para las figuras A y B *Lamina para las figuras A y B *Hojas blancas tamaño carta	10 minutos

	sujetos antes de comenzar el taller.			*Colores *Lápiz *Goma *Cronómetro	
Evaluar la posible existencia de los diferentes trastornos de ansiedad en niños con TDAH.	Determinar los niveles de ansiedad que presentan los sujetos antes de aplicar el taller.	Fase 3. Aplicación de pruebas. *Escala de Ansiedad Infantil de Spence	Este instrumento que corresponde a una escala de tipo Likert de 4 puntos. El evaluado ha de situar su respuesta a cada ítem entre las categorías que van desde Nunca hasta Siempre, indicando así la frecuencia con que le ocurre cada una de las afirmaciones.	*Cuestionario *Sacapuntas *Goma *Lápiz	10 a 15 minutos

Objetivo	Propósito	Tema	Actividad	Material	Tiempo
<b>SEGUNDA SESIÓN</b>					
Estimular la atención sostenida y la eficacia atencional.	Potencializar la atención visual y la motricidad gruesa	Fase 4. “A colorear”	Se le dará a cada niño una hoja del ejercicio. Cada hoja contiene una serie de círculos pequeños que deberán colorear sin salirse del margen y de uno en uno.	*Hojas de estímulo *Colores	15 minutos
Estimular la atención, reflexión y análisis en los niños.	Generar la competencia entre los niños.	Fase 5. “Atiendo, toco y aprendo”	Se trabaja con un tablero que presenta al niño figuras de diferentes colores y tamaños. Se pega a una distancia considerable y a la vista de todos. La indicación es la siguiente: “te voy a decir una instrucción, escucha, piensa, observa y actúa”. El niño escuchara la indicación, por	*Pizarra con figuras estímulo diferentes tamaños y colores para variar las instrucciones.	15 y 20 minutos

			ejemplo, “toca el cuadro rojo” (se comienza con instrucciones simple y cortas para aumentar la complejidad y la cantidad de información que se debe procesar, esto también depende de la edad del niño). El niño observa la pizarra con todos los estímulos juntos y toca lo que se le indica.		
Objetivo	Propósito	Tema	Actividad	Material	Tiempo
		TERCERA	SESIÓN		
Que el niño identifique sus miedos y busque soluciones para enfrentarlos.	Cuestionar sobre los miedos que logran tener los sujetos día a día.	Fase 6. Carlos vence sus miedos	Se pide a los niños que mediante un dibujo den a conocer sus miedos.  Posteriormente se les lee el cuento “Carlos vence sus miedos”, que	*Hojas blancas  *Colores  *Hoja de colores	20 minutos

			<p>se relaciona con lo comentado previamente.</p> <p>Por último, se les pregunta que cosas hacen para vencer sus miedos y se les habla de la importancia de enfrentarlos.</p>		
--	--	--	---	--	--

<p>Identificar emociones positivas a través del arte.</p>	<p>Desarrollar la imaginación, la creatividad y recordar sensaciones de felicidad.</p>	<p>Fase 7. “Pintando mi felicidad”</p>	<p>Se les proporciona a los niños un papel bond, posteriormente se le indica al niño que realice un dibujo expresando sus miedos. Posteriormente se le da un papel bond pero ahora se le indica que dibuje un lugar que lo haga sentir seguro y feliz. A continuación, se le cuestionara sobre el lugar que eligió (¿A que huele?, ¿Qué sonidos hay?, ¿Hay texturas o sabores, etc.?)</p> <p>Se le debe explicar al niño que puede cerrar los ojos e imaginarse estando en este lugar en momentos en los que está asustado o ansioso. El</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Pinturas</li> <li>* Plumas</li> <li>*Plumones</li> <li>*Crayolas</li> <li>*Papel de colores</li> <li>*Recortes de revistas</li> <li>*Pegamento</li> <li>*Tijeras</li> </ul>	<p>20 a 24 minutos.</p>
---	--	--	--	---	-------------------------

			<p>collage puede ser utilizado como una herramienta de apoyo que le recuerde este lugar en aquellos momentos de ansiedad.</p>		
--	--	--	---	--	--

Objetivo	Propósito	Tema	Actividad	Material	Tiempo
<b>CUARTA SESIÓN</b>					
Potencializar en el niño la capacidad de focalizar su atención mediante el juego y observar detenidamente los estímulos.	Lograr que el grupo preste atención a diversos estímulos ya sean auditivos y visuales.	Fase 8. “El Chef”	Se utilizarán 6 figuras de los diferentes ingredientes para preparar una hamburguesa. Se colocarán en una superficie plana y se les da a los niños 10 segundos a los niños para que observen como deben preparar la hamburguesa. Posteriormente deberán resolver una operación matemática (suma o resta), una vez resuelta, pasarán a cocinar la hamburguesa.	*Plantillas de diferentes ingredientes para una hamburguesa (Tocino, cebolla, carne, jitomate, pan, lechuga, pepinillos, etc.)  *Tarjetas con diferentes preparaciones para una hamburguesa	15 a 20 minutos



Estimular la atención visual a través de una sopa de letras con fórmulas matemáticas.	Potencializar el pensamiento matemático.	Fase 9. “Buscando los resultados en la sopa”	Se le entregara a cada uno de los niños la plantilla número 1, la cual contiene una serie de operaciones matemáticas como sumas y restas, posteriormente el niño deberá resolver las operaciones, además coloreara el resultado en la sopa de números, una vez que haya terminado, se le pasara la siguiente plantilla.	*Plantillas de sopa de letras *Colores *Plumones	15 a 25 minutos
		QUINTA	SESIÓN		
Estimular los músculos del cuerpo con la finalidad de relajarlos.	Relacionar la caída de las burbujas con la relajación, esta actividad puede ser	Fase 10. “Relajación con pelotitas”	Se comienza creando un ambiente de relajación (prender una luz tenue, poner música suave) y se invita al niño a que se acueste en el suelo sobre su espalda. Antes de	*Pelotas de unicel (dos por cada niño) *Almohadas *Colchonetas *Aromatizante	20 a 25 minutos

	recordada en momentos de ansiedad.		empezar la actividad el psicólogo deberá darla a cada uno de los niños una pelota de unicel. Posteriormente los niños comenzaran a masajear su cuerpo con ayuda de las pelotas de unicel, comenzaran por la cara, el cuello, brazos, así hasta llegar a los pies, los niños deben concentrarse en lo que sienten en su cuerpo.	*Música relajante *Bocina	
		SEXTA	SESIÓN		
Proponer técnicas de respiración con el fin de reducir la ansiedad	Aprender diferentes formas para inhalar y exhalar aire.	Fase 11. "Jugando con Burbujas"	Se les comenta a los niños que existen diferentes formas en las que se pueden soplan las burbujas, por ejemplo:	*Agua para burbujas	10 a 15 minutos

<p>llevando más oxígeno al cerebro.</p>			<p>Si respiro y saco el aire rápido, no salen muchas burbujas</p> <p>“Si respiro profundo y saco el aire con fuerza, se hacen más burbujas”</p> <p>“Pero si respiro profundo y saco el aire lentamente, tan lento que no se alcance a escuchar la respiración se hará una burbuja muy grande”</p>		
---	--	--	---	--	--

<p>Disminuir la ansiedad con el fin de llegar a un nivel de relajación.</p>	<p>Aprender hacer la respiración diafragmática.</p>	<p>Fase 12. “Aprendiendo a respirar”</p>	<p>Se les pide a los niños que formen un círculo, una vez que está formado deben colocar una mano en su pecho y la otra en su estómago, para estar seguro de llevar el aire a la parte de debajo de los pulmones, sin mover el pecho.</p> <p>Al tomar el aire, lentamente lo llevas hacia abajo, inflando un poco el estómago, sin mover el pecho, retienes un momento el aire en esa posición, posteriormente sueltas el aire lentamente, hundiendo un poco el estómago, sin mover el pecho, poco a poco el cuerpo comenzara a relajarse.</p>	<p>*Música de relajación. *Grabadora o celular *Bocinas *Aromatizante</p>	<p>15 minutos.</p>
---	---	--	--	---	--------------------

SÉPTIMA SESIÓN					
Identificar los miedos que sienten en su vida diaria	Hacer conciencia sobre los motivos por los cuales se originó su miedo.	Fase 13. “Los Supervillanos”	<p>Se les pide a los niños que piensen en una situación donde hayan experimentado un miedo muy grande.</p> <p>Posteriormente se les entrega los materiales, la siguiente instrucción consiste en mencionarles que deberán representar ese miedo en un "villano".</p> <p>Una vez que los niños hayan terminado la actividad se dialoga con ellos sobre su miedo ¿Cómo se sintieron en ese momento? ¿Es muy frecuente?</p>	*Hojas blancas *Colores *Plumones	20 minutos

<p>Analizar posibles soluciones para enfrentar su miedo</p>	<p>Afrontar los miedos e identificar sensaciones y emociones.</p>	<p>Fase 14. “Los Superhéroes”</p>	<p>Nuevamente se les entrega los diferentes materiales a los niños, se les da la indicación que ahora deberán crear un “super héroe” quien los ayudara a combatir su miedo.</p> <p>Una vez que hayan terminado cada niño hará la presentación del “super héroe” creado, enfatizando en como derrotar al “supervillano” (miedo).</p> <p>Dentro de la retroalimentación cabe destacar que los miedos son emociones que experimentan las personas pero que existen diversas estrategias para afrontarlo.</p>	<p>*Mascaras de *Disfraces de superhéroes</p>	<p>20 minutos</p>
---	---	---------------------------------------	---	---	-------------------

		OCTAVA	SESIÓN		
Evaluar la organización perceptual, la atención y memoria visual inmediata. Así como determinar los niveles de ansiedad	Obtener los resultados correspondientes a los niveles de atención y ansiedad con el fin de observar algún cambio después de la aplicación del taller	Fase 15. Cierre. Aplicación de re- test *Figura compleja de Rey *Escala de Ansiedad Infantil de Spence	Nuevamente se le repiten las instrucciones de cada una de las pruebas a los participantes.	*Se utilizarán los mismos materiales usados en la primera sesión.	25 minutos

## 6.2 ANÁLISIS DE LA ENTREVISTA

Para la realización sobre el análisis de la entrevista se utilizó seudónimos con el fin de cuidar la confidencialidad y privacidad de las personas entrevistadas. En la primera entrevista quedo asentado el nombre de María quien represento el rol materno, Agustín será el nombre del paciente, él es un niño que actualmente se encuentra cursando el quinto año de primaria en la localidad de Ecatepec, Estado de México, cuenta con 10 años al día del taller, vive con su mamá (María) de 45 años y su hermano mayor de 18 años con quien tiene una relación conflictiva ya que constantemente se encuentran peleando.

Posteriormente se le presentó una entrevista a María donde se le cuestionó sobre aspectos relevantes del desarrollo de su hijo Agustín, por ejemplo, el diagnóstico actualizado, datos personales, contexto familiar, tratamiento farmacéutico, desarrollo motor, así como los cambios de conductas que ha observado en su hijo en los últimos días. La madre refiere que a la edad de 6 años Agustín fue diagnosticado con TDAH, lleva tratamiento farmacéutico donde debe ingerir 10mg de Atomexetina, además mencionó que en actualidad también presenta ansiedad.

María explica que fue un embarazo inesperado, no fue planeado debido a que medicamente no podía tener hijos a causa de un accidente donde sufrió severas lesiones en la parte de la espalda. Durante su embarazo experimento varios cambios emocionales, constantemente se encontraba llorando, se mostraba triste, enojada, la razón por la cual se encontraba así se debe a una infidelidad por parte del padre de Agustín, lo que llevo a una separación.

El paciente Agustín fue canalizado al taller debido a que María refirió que el niño presentaba miedo a la muerte de su mamá ya que está programada para realizarle una cirugía



en dicha institución. Al inicio del taller el niño se mostraba inatento a las indicaciones que se le daban, requería de apoyo para terminar las actividades.

Al finalizar el taller María refiere que mejoro la capacidad de atención de su hijo, además por medio de las técnicas de respiración impartidas durante el taller el niño logra tranquilizarse y relajarse en momentos de estrés, se nota un cambio a nivel escolar en Agustín, ya que logra terminar sus trabajos y tareas, en casa se muestra tranquilo, es más tolerante a la frustración.

Para la segunda entrevista se utilizó el nombre de Matilde para referirnos a la madre de la paciente, ella refiere que su hija fue diagnosticada con TDAH a los 5 años, posteriormente fue diagnosticada por Ansiedad y Depresión. Para los padecimientos que presenta la niña debe tomar tres tipos de medicamentos, los cuales son: Atomoxetina, Lamotrigina y Sertralina.

Frida al día del taller tiene 9 años, en la actualidad cursa el tercer grado de primaria, vive con su papá de 37 años, su mamá de 40 años y su hermana menor de 6 años, ambos padres se dedican al comercio de una tienda de abarrotes en el Estado de México.

En la entrevista inicial se le cuestiono a Matilde sobre el desarrollo de su hija, quien explico que Frida fue una niña muy deseada, debido a que anteriormente sufrió un aborto, su embarazo solo fue de 8 meses debido a que comenzó a dilatar, nació por cesárea y no lloro, a los 7 días de nacida, Frida fue operada por una hernia diafragmática, fue dada de alta hasta los 3 ½ meses. Durante su desarrollo motor cabe mencionar que Frida logró gatear al año y medio, mientras que a los 11 meses logró caminar, además se refiere que constantemente camina de puntitas.

Dentro de la dinámica familiar Matilde mencionó que suele ser conflictiva, ya que existen peleas constantes con su esposo, debido a supuestas infidelidades. El papá hace

diferencias entre las dos hijas, ya que suele dar preferencia a la hija menor, existe problemas entre los padres al momento de dar las órdenes a las menores, Frida tiene conflictos con su hermana, ya que en la mayoría del tiempo se encuentran peleando, la comunicación con su figura paterna es breve, mientras que con su mamá tiene mayor comunicación.

La madre explica que su hija desde hace aproximadamente 6 meses presenta conductas como: rebeldía, ansiedad, ya que en situaciones de conflicto se muerde las uñas, es grosera y abusiva con su hermana, Matilde cree que el factor que desencadenó estos comportamientos fueron las constantes peleas que hay entre ella y su esposo.

Una vez terminado el taller, se le pidió a Matilde contestar un cuestionario donde evalué la eficacia del antes mencionado. De acuerdo a los resultados obtenidos, la madre logró notar cambios en el comportamiento de su hija, del 1 al 5 mencionó que Frida mejoró en un 4 su capacidad de atención, además gracias a los ejercicios aprendidos durante el taller, la niña comienza a controlar sus emociones, en este momento cuando algo le molesta, se retira, piensa las cosas y me explica el motivo por el cual se molestó ya sea con su hermana o conmigo, ya no lastima con sus palabras, gracias a los ejercicios de respiración que realiza sola cuando se enoja.

Se realizó la tercera entrevista, en esta ocasión se utilizó seudónimo de Maribel para referirnos a la madre del paciente, actualmente está casada, tiene 30 años, vive con su esposo de 35 años, su suegro, sus dos hijos; su hija de 5 años y su hijo de 9 años al día del taller, quien es el que acude al taller, nos referiremos de él con el nombre de Diego para guardar su confidencialidad.

Maribel refiere que a los 7 años su hijo Diego fue diagnosticado con TDAH, actualmente tiene un tratamiento con el medicamento de Metilfenidato de liberación prolongada de 18 mg.

La madre mencionó que su hijo fue deseado por el matrimonio, ya que anhelaban formar una familia, nunca planearon el sexo del bebé, solo esperaba que naciera saludable, los primeros meses del embarazo fue tranquilo, fue a partir de los 6 meses cuando se complicó, debido a la presencia de piedras en la vesícula, por lo cual fue internada de emergencia y se realizó una cesárea.

En el desarrollo motor del niño, se explica que él no gateo, logró sostener la cabeza a los 5 meses, a los 9 meses alcanzó a sentarse solo, posteriormente comenzó a caminar a partir del primer año, en pocas ocasiones se tropieza.

En el ámbito familiar, Maribel describe el ambiente armonioso, aunque llega haber conflictos entre ella y Diego. Además, menciona que desde hace tres meses ha notado cambios en el comportamiento de su hijo, se lastima, grita, cuando se enoja golpea y lanza las cosas.

Al término del taller, los resultados que observo Maribel en su hijo consisten en el cambio de comportamiento, obtuvo un avance personal, Diego es más optimista consigo mismo, su capacidad de concentración mejoró, logró tranquilizarse y calmarse en el momento en el que se siente ansioso o enojado, realiza sus ejercicios de relajación, sus conductas de auto lastimarse disminuyeron, es más tolerante a la frustración, esto le ayuda al momento de jugar.

Para la cuarta entrevista se empleó el nombre de Rosa el cual cubrirá la identidad de la madre, Mary será el nombre con el cual se identificó al paciente, quien es una niña que actualmente cursa el cuarto año de primaria, al día del taller cuenta con 9 años, vive en la comunidad de Ecatepec, Estado de México, junto con su papa (47 años), su mamá (44 años), sus tres hermanas (de 28, 26 y 18 años) y su sobrino de (11 meses).

Posteriormente se le mostró una entrevista a Rosa donde se le comenzó a cuestionar sobre aspectos relevantes del desarrollo de su hija Mary por ejemplo, el diagnóstico actualizado, datos personales, contexto familiar, tratamiento farmacéutico, desarrollo motor, así como los cambios de conductas que ha observado en su hija en los últimos días. La madre refiere que ha tenido varios diagnósticos dentro de los cuales se destacan: comunicación intraventricular, diagnosticada a los 5 meses, ansiedad diagnosticada a los 3 años y conducto arterial persistente a los 5 meses. Actualmente no utiliza ningún tipo de medicamento para el tratamiento de estas enfermedades.

Rosa mencionó que el embarazo fue inesperado, fue de alto riesgo, su duración fue de 8 meses, presentó una posible amenaza de aborto a los 5 meses, debido a que se quedó sin líquido amniótico.

En el contexto familiar la madre refiere que existen problemas en casa, pero sin embargo describió la relación estable, explico que existen diferencias entre las hermanas mayores, pero con Mary no existen conflictos.

Mary estuvo propensa a padecer asma, le realizaron una operación a los 20 días de nacida para el reflujo, aproximadamente estuvo 1 ½ hospitalizada. Rosa ha notado comportamientos de rebeldía en Mary desde que nació su sobrino.

Una vez culminado el taller se procede a ejecutar un cuestionario a la madre con el fin de identificar el progreso de Mary, donde explico que ha modificado su conducta ya que anteriormente su ansiedad se podía notar al comer dulces en exceso, además constantemente se mordía las uñas de las manos, este tipo de conductas han disminuido debido a las técnicas de relajación, logra controlar sus emociones, la capacidad de atención mejoró.

En la quinta entrevista se usó el apelativo de Christopher para cuidar la identidad del paciente, es un niño que al día del taller cuenta con 9 años, en la actualidad vive con su mamá

quien por motivos de seguridad se utilizó el nombre de Cathy de 42 años, también vive con su padre (43 años), sus dos hermanos de 18 y 11 años.

Christopher cursa el cuarto año de primaria en el municipio de Ecatepec de Morelos, Estado de México. Para el inicio del taller se le realizó una entrevista a la madre, donde explicó que en el mes de abril del año 2019 su hijo fue diagnosticado con TDA y ansiedad, el niño debe seguir su tratamiento farmacológico con Metilfenidato por las mañanas.

Durante el embarazo Cathy explica que tuvo varios problemas emocionales, ya que tuvo varios conflictos con el padre de sus hijos, por lo que constantemente se mostraba preocupada y enojada, la duración del embarazo fue de 9 meses, no fue planeado por las continuas discusiones con su pareja. Cabe mencionar que a los 8 meses de nacido logró sostener la cabeza, al año alcanzó a sentarse y gatear, al año cuatro meses comenzó a caminar y a los 2 años logró correr. Aproximadamente hace unos dos meses se le realizó una cirugía correctiva llamada Frenotomía con el fin de quitar el frenillo que el niño presentaba, estuvo hospitalizado durante 6 horas.

La madre sostiene que la relación que tiene con su expareja suele ser distanciada después del divorcio, actualmente los dos se encuentran en un proceso legal donde se lleva a cabo una demanda para determinar quién de las dos partes se queda con la casa que se construyó durante el matrimonio.

Cathy menciona que no existe una figura de autoridad en casa, ya que a ella se le dificulta poner reglas, límites y consecuencias cuando sus hijos hacen algo inadecuado, continuamente consiente a Chris. En los últimos días ha observado a su hijo aburrido, se distrae fácilmente, constantemente tiene sueño, se muerde las uñas cuando está ansioso.

Al término del taller la madre reconoce haber notado cambios de comportamiento en su hijo, debido a que pone más atención cuando se le da una instrucción, Cathy explicó

“Christopher cambio mucho porque antes de tomar las terapias era muy distraído, se le olvidaban las cosas, todo rompía, ahora con las terapias ha aprendido a estar más tranquilo, a relajarse y concentrarse.”

Para el sexto paciente se usó el nombre de Ismael es un niño de 9 años con diagnóstico de TDA, al día del taller tiene 9 años, debido a la inasistencia del niño, no se le pudo realizar la entrevista a la madre del paciente para el estudio del taller, solo se realizó a la aplicación de las pruebas psicométricas.

En el caso del séptimo paciente al cual llamaremos Alex con el fin de ocultar su identidad, no se logra aplicar la entrevista pertinente con los datos generales del niño, por falta en el incumplimiento en el seguimiento del taller.

### **6.3 FUNDAMENTOS TEORICOS DE LA ENTREVISTA**

Nahoum refiere que "la entrevista psicológica es una entrevista conducida con fines profesionales que sigue ciertas reglas y que tiene como propósito resolver problemas específicos derivados de: la selección y orientación profesional, la investigación psicológica, así como del examen de la personalidad".

En la entrevista psicológica una de las partes toma una función técnica de entrevistador que incluye: escuchar, observar, preguntar, registrar; entre el entrevistado y el entrevistador se establece una interacción, de la cual surgen directrices por trabajar. El objetivo fundamental de la entrevista es el conocimiento del sujeto para determinado fin previamente acordado; así se establece una metodología que se ha constituido en un instrumento bastante confiable para el conocimiento del sujeto en diversas áreas de la psicología. En el campo psicológico la entrevista se ha perfeccionado en función de matices de especialización, objetivos y tiempos. Las áreas que más han desarrollado métodos propios son: laboral, clínica, infantil, educativa, psicología médica y deportiva. Hoy día algunos

formularios son contestados de forma escrita o vía Internet por la persona entrevistada. El objetivo de enseñar a entrevistar es proporcionar al estudioso, medios y técnicas para la tarea específica que se propone, a éstas sumamos nuevas tecnologías que favorecen la aplicación masiva y estandarizada de entrevistas.

Charles Nahoum, La entrevista psicológica, Biblioteca de psicología contemporánea, Kapelusz, Buenos Aires, 1961.

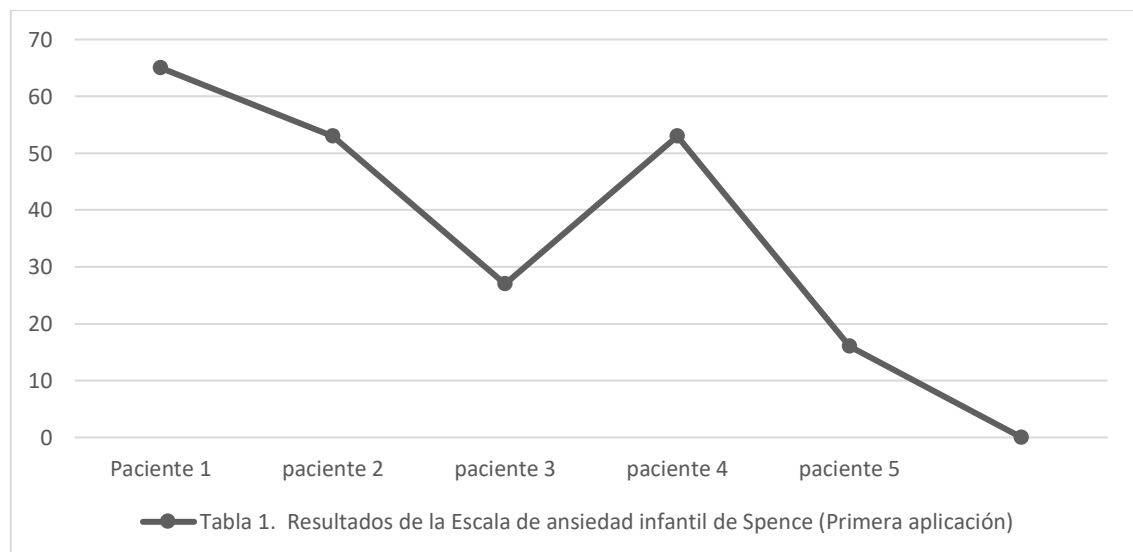
#### 6.4 ANÁLISIS DE RESULTADOS

Con el fin de lograr los objetivos planteados en dicha tesis se recapitulo la siguiente información obtenida por medio de “**LA ESCALA DE ANSIEDAD INFANTIL DE SPENCE**” y “**FIGURA COMPLEJA DE REY**” para un mejor análisis y comprensión del problema planteado.

A continuación, se presentarán los resultados obtenidos respondiendo a los objetivos expuestos:

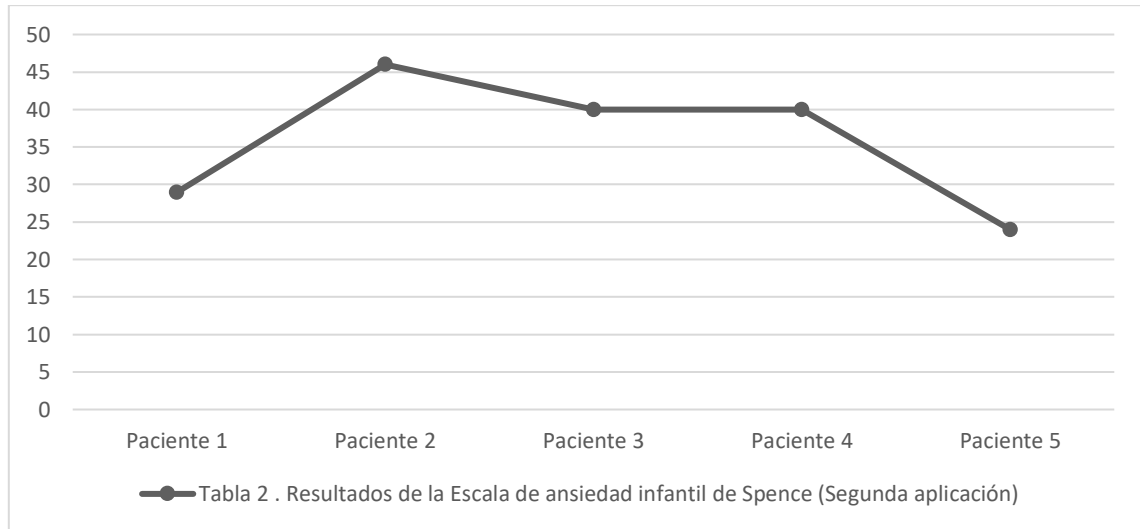
##### **Ilustración 1**

*Resultados de la Escala de Ansiedad infantil de Spence (primera aplicación)*

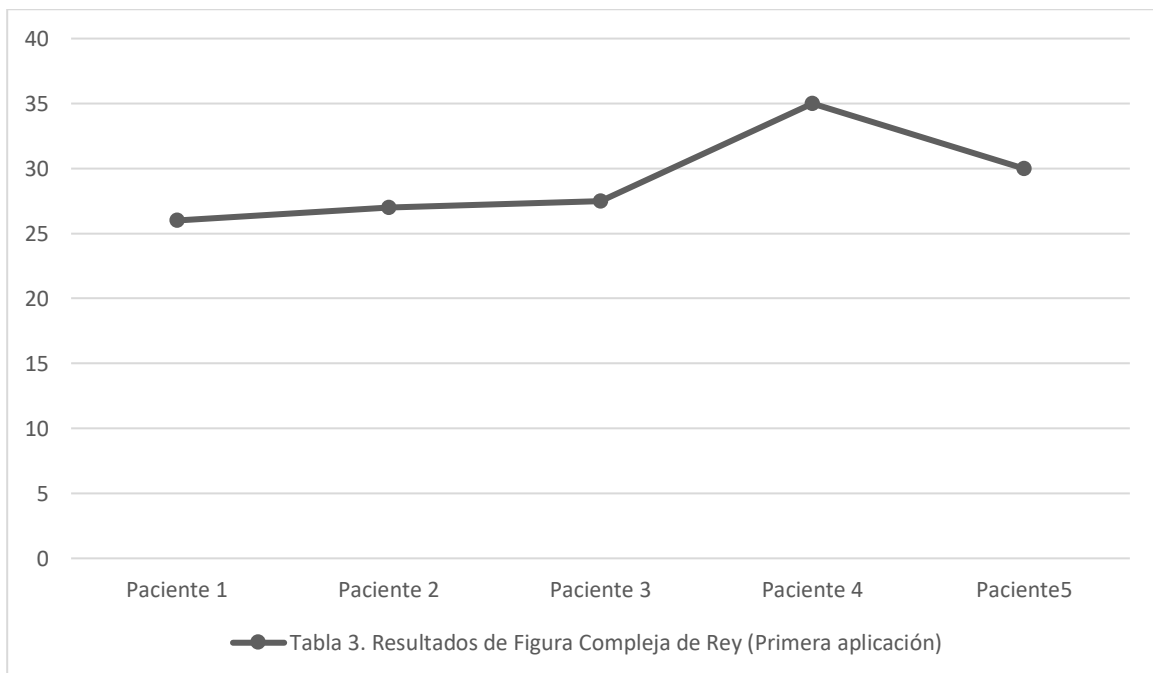


**Ilustración 2.**

Resultados de la Escala de Ansiedad infantil de Spence (Segunda aplicación)

**Ilustración 3.**

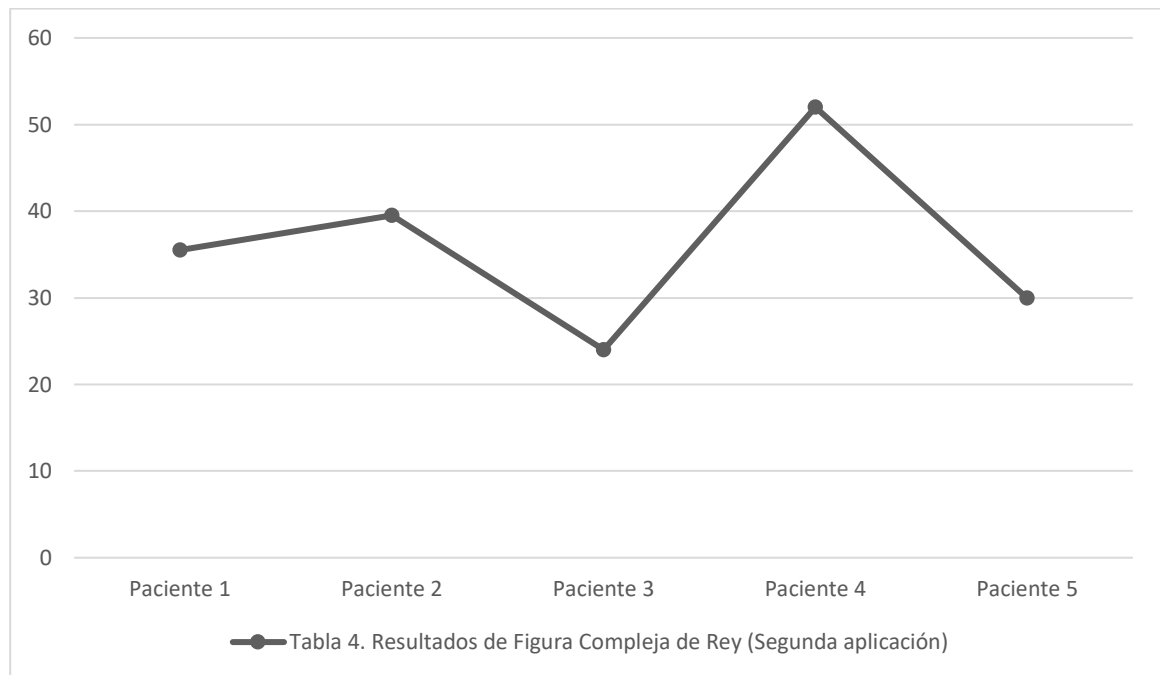
Resultados de Figura Compleja de Rey (Primera aplicación)





**Ilustración 4.**

Resultados de Figura Compleja de Rey (Segunda aplicación)



Como se puede observar en la tabla 2 hubo una disminución en cuanto a los niveles de ansiedad en la mayoría de los pacientes en comparación con la tabla 1.

Por lo tanto, en la tabla 4 se muestra un cambio en la puntuación a comparación de la tabla 3, esto indica que los pacientes presentan mejor atención a los estímulos presentados en la prueba después de haber realizado el taller.

Con base a los resultados obtenidos se responde al objetivo general expuesta en esta investigación.

Se recomienda al especialista en salud mental tener un diagnóstico claro donde se especifique todas las patologías que presenta el paciente lo cual favorecerá al momento de presentar el tratamiento que se llevara a cabo para dicha condición.

## 6.5 RESULTADOS DE LA ESCALA DE ANSIEDAD INFANTIL DE SPENCE.

(Primera aplicación)

### CORRECTOR DE LA ESCALA DE ANSIEDAD INFANTIL DE SPENCE (8 A 17 años)

NOMBRE: AGUSTIN      EDAD: 10 años

OJO: a mayor puntaje mayor ansiedad, la calificación es: Nunca-0, A veces-1, Muchas veces-2, siempre-3. FACTORES:

#### I.- Ataques de pánico y agorafobia

N° pregt	1	2	2	3	3	3	3	3	3	total
Puntos	3	1	1	3	3	1	0	0	3	15

#### II.-trastorno de ansiedad por separación

N° pregt	5	8	1	1	1	4	total
Puntos	3	3	3	3	1	3	16

#### III.- fobia social

N° pregt	6	7	9	1	2	3	total
Puntos	3	1	3	0	0	3	10

#### IV.- miedos

N° pregt	2	1	2	2	3	total
Puntos	3	0	3	0	0	6

#### V.- trastorno obsesivo-compulsivo

N° pregt	1	1	2	4	4	4	total
Puntos	0	3	0	3	1	0	7

#### VI.- trastorno de ansiedad generalizada

N° pregt	1	3	4	2	2	2	total
	1	1	3	3	3	0	11

TOTAL DE LA ESCALA ptaje máx: 114, promedio: 57, ptaje min: 0.

TOTAL: 65

### **CORRECTOR DE LA ESCALA DE ANSIEDAD INFANTIL DE SPENCE (8 A 17 AÑOS)**

NOMBRE: FRIDA

EDAD: 9 años.

OJO: a mayor puntaje mayor ansiedad, la calificación es: Nunca-0, A veces-1, Muchas veces-2, siempre-3. FACTORES:

I.- Ataques de pánico y agorafobia

N° pregt	1	2	2	3	3	3	3	3	3	total
Puntos	3	1	8	0	2	4	6	7	9	11

II.- trastorno de ansiedad por separación

N° pregt	5	8	1	1	1	4	total
Puntos	2	2	2	1	0	3	10

III.- fobia social

N° pregt	6	7	9	1	2	3	total
Puntos	3	0	3	3	1	0	10

IV.- miedos

N° pregt	2	1	2	2	3	total
Puntos	1	8	3	5	3	6

V.- trastorno obsesivo-compulsivo

N°	1	1	2	4	4	4	total
----	---	---	---	---	---	---	-------

pregt	4	9	7	0	1	2	
Puntos	1	0	1	0	1	1	4

## VI.- trastorno de ansiedad generalizada

N° pregt	1	3	4	2	2	2	total
	2	0	2	0	2	4	
				3	3	2	12

TOTAL DE LA ESCALA ptaje máx: 114, promedio: 57, ptaje min: 0. TOTAL: 53

### CORRECTOR DE LA ESCALA DE ANSIEDAD INFANTIL DE SPENCE (8 A 17 AÑOS)

NOMBRE: DIEGO

EDAD: 9 años

OJO: a mayor puntaje mayor ansiedad, la calificación es: Nunca-0, A veces-1,

Muchas veces-2, siempre-3. FACTORES:

## I.- Ataques de pánico y agorafobia

N° pregt	1	2	2	3	3	3	3	3	3	total
	3	1	8	0	2	4	6	7	9	
Puntos	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2

## II.-trastorno de ansiedad por separación

N° pregt	5	8	1	1	1	4	total
	5	2	5	6	4		
Puntos	0	3	3	0	0	0	6

## III.- fobia social

N° pregt	6	7	9	1	2	3	total
	0	0	0	0	9	5	
Puntos	0	0	0	1	1	1	3

## IV.- miedos

N° pregt	2	1	2	2	3	total
	8	3	5	3		
Puntos	0	0	1	0	1	2

## V.- trastorno obsesivo-compulsivo

N° pregt	1	1	2	4	4	4	total
	4	9	7	0	1	2	
Puntos	1	1	2	3	0	0	7

## VI.- trastorno de ansiedad generalizada

N° pregt	1	3	4	2	2	2	total
	1	0	1	0	3	2	
							7

TOTAL DE LA ESCALA ptaje máx: 114, promedio: 57, ptaje min: 0. TOTAL: 27

**CORRECTOR DE LA ESCALA DE ANSIEDAD INFANTIL DE SPENCE (8 A 17 AÑOS)**

NOMBRE: MARY

EDAD: 9 años

FACTORES:

## I.- Ataques de pánico y agorafobia

N° pregt	1	2	2	3	3	3	3	3	3	total
	3	1	8	0	2	4	6	7	9	
Puntos	1	0	2	2	0	0	0	0	0	5

## II.-trastorno de ansiedad por separación

N° pregt	5	8	1	1	1	4	total
	3	3	2	5	6	4	
Puntos	3	3	3	2	3	1	15

## III.- fobia social

N° pregt	6	7	9	1	2	3	total
	0	0	3	0	9	5	
Puntos	0	0	3	2	0	1	6

## IV.- miedos

N° pregt	2	1	2	2	3	total
	3	8	3	5	3	
Puntos	3	2	2	2	3	12

## V.- trastorno obsesivo-compulsivo

N° pregt	1	1	2	4	4	4	total
Puntos	4	9	7	0	1	2	6

## VI.- trastorno de ansiedad generalizada

N° pregt	1	3	4	2	2	2	total
Puntos	2	0	2	1	2	2	9

TOTAL DE LA ESCALA ptaje máx: 114, promedio: 57, ptaje min: 0. Total: 53

### CORRECTOR DE LA ESCALA DE ANSIEDAD INFANTIL DE SPENCE (8 A 17 AÑOS)

NOMBRE: CHRISTOPHER

EDAD: 9 años

OJO: a mayor puntaje mayor ansiedad, la calificación es: Nunca-0, A veces-1,

Muchas veces-2, siempre-3. FACTORES:

## I.- Ataques de pánico y agorafobia

N° pregt	1	2	2	3	3	3	3	3	3	total
Puntos	3	1	8	0	2	4	6	7	9	1

## II.-trastorno de ansiedad por separación

N° pregt	5	8	1	1	1	4	total
Puntos	0	0	2	5	6	4	1

## III.- fobia social

N° pregt	6	7	9	1	2	3	total
Puntos	1	1	0	0	9	5	6

## IV.- miedos

N° pregt	2	1	2	2	3	total
Puntos	0	8	3	5	3	0

## V.- trastorno obsesivo-compulsivo

N° pregt	1 4	1 9	2 7	4 0	4 1	4 2	total
Puntos	0	0	0	0	3	0	3

## VI.- trastorno de ansiedad generalizada

N° pregt	1 0	3 1	4 3	2 1	2 0	2 4	total
Puntos	0	1	3	1	0	0	5

TOTAL DE LA ESCALA ptaje máx: 114, promedio: 57, ptaje min: 0. TOTAL: 16

### CORRECTOR DE LA ESCALA DE ANSIEDAD INFANTIL DE SPENCE (8 A 17 AÑOS)

NOMBRE: ALEX

EDAD: 9 años

OJO: a mayor puntaje mayor ansiedad, la calificación es: Nunca-0, A veces-1,

Muchas veces-2, siempre-3. FACTORES:

## I.- Ataques de pánico y agorafobia

N° pregt	1 3	2 1	2 8	3 0	3 2	3 4	3 6	3 7	3 9	total
Puntos	1	1	0	1	2	0	2	1	1	9

## II.-trastorno de ansiedad por separación

N° pregt	5 1	8 1	1 2	1 5	1 6	4 4	total
Puntos	1	1	1	2	3	2	10

## III.- fobia social

N° pregt	6 0	7 1	9 1	1 0	2 9	3 5	total
Puntos	0	1	1	1	2	3	8

## IV.- miedos

N° pregt	2 8	1 3	2 5	2 5	3 3	total
Puntos	2	8	3	5	3	ta

							1
Puntos	2	1	0	0	1		4

## V.- trastorno obsesivo-compulsivo

N° pregt	1	1	2	4	4	4	total
	4	9	7	0	1	2	
Puntos	0	0	0	0	0	0	0

## VI.- trastorno de ansiedad generalizada

N° pregt	1	3	4	2	2	2	total
	2	1	1	1	0	4	
						2	7

Total de LA ESCALA ptaje máx: 114, promedio: 57, ptaje min: 0. TOTAL: 38

### CORRECTOR DE LA ESCALA DE ANSIEDAD INFANTIL DE SPENCE (8 A 17 AÑOS) RE-TEST

NOMBRE: AGUSTIN EDAD: 10 años

OJO: a mayor puntaje mayor ansiedad, la calificación es: Nunca-0, A veces-1,

Muchas veces-2, siempre-3. FACTORES:

## I.- Ataques de pánico y agorafobia

N° pregt	1	2	2	3	3	3	3	3	3	total
	3	1	8	0	2	4	6	7	9	
Puntos	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2

## II.-trastorno de ansiedad por separación

N° pregt	5	8	1	1	1	4	total
	3	3	2	5	6	4	
Puntos	3	3	0	1	1	1	9

## III.- fobia social

N° pregt	6	7	9	1	2	3	total
	1	1	3	0	9	5	
Puntos	1	1	3	0	1	1	7

## IV.- miedos



N° pregt	2	1	2	2	3	to
		8	3	5	3	ta
Puntos	1	1	0	0	1	l
						3

## V.- trastorno obsesivo-compulsivo

N° pregt	1	1	2	4	4	4	total
	4	9	7	0	1	2	
Puntos	2	0	1	1	1	1	6

## VI.- trastorno de ansiedad generalizada

N° pregt	1	3	4	2	2	2	total
	1	0	1	0	2	4	
							2

TOTAL DE LA ESCALA ptaje máx: 114, promedio: 57, ptaje min: 0. TOTAL: 29

### CORRECTOR DE LA ESCALA DE ANSIEDAD INFANTIL DE SPENCE (8 A 17 AÑOS)

NOMBRE: FRIDA

EDAD: 9 años

OJO: a mayor puntaje mayor ansiedad, la calificación es: Nunca-0, A veces-1,

Muchas veces-2, siempre-3. FACTORES:

## I.- Ataques de pánico y agorafobia

N° pregt	1	2	2	3	3	3	3	3	3	total
	3	1	8	0	2	4	6	7	9	
Puntos	1	0	0	3	1	0	0	3	2	10

## II.-trastorno de ansiedad por separación

N° pregt	5	8	1	1	1	4	total
			2	5	6	4	
Puntos	2	2	1	1	0	3	9

## III.- fobia social

N° pregt	6	7	9	1	2	3	total
				0	9	5	

Puntos	3	0	3	2	1	0	9
--------	---	---	---	---	---	---	---

## IV.- miedos

N° pregt	2	1	2	2	3	total
		8	3	5	3	ta
Puntos	1	1	1	0	1	l
						4

## V.- trastorno obsesivo-compulsivo

N° pregt	1	1	2	4	4	4	total
	4	9	7	0	1	2	
Puntos	1	0	1	0	2	1	5

## VI.- trastorno de ansiedad generalizada

N° pregt	1	3	4	2	2	2	total
				0	2	4	
	1	0	1	3	3	1	9

TOTAL DE LA ESCALA ptaje máx: 114, promedio: 57, ptaje min: 0. TOTAL: 46

## CORRECTOR DE LA ESCALA DE ANSIEDAD INFANTIL DE SPENCE (8 A 17 AÑOS)

NOMBRE: DIEGO

EDAD: 9 años

OJO: a mayor puntaje mayor ansiedad, la calificación es: Nunca-0, A veces-1, Muchas veces-2, siempre-3. FACTORES:

## I.- Ataques de pánico y agorafobia

N° pregt	1	2	2	3	3	3	3	3	3	total
	3	1	8	0	2	4	6	7	9	
Puntos	3	1	0	0	0	0	0	0	0	4

## II.-trastorno de ansiedad por separación

N° pregt	0	0	1	1	1	4	total
	5	8	2	5	6	4	
Puntos	0	2	3	0	0	3	8

## III.- fobia social

N° pregt	0	0	0	1	2	3	total
	6	7	9	0	9	5	
Puntos	1	0	2	2	1	2	8

## IV.- miedos

N° pregt	2	1	2	2	3	total
		8	3	5	3	ta l
Puntos	0	1	0	0	3	4

## V.- trastorno obsesivo-compulsivo

N° pregt	1	1	2	4	4	4	total
	4	9	7	0	1	2	
Puntos	0	1	3	1	3	1	9

## VI.- trastorno de ansiedad generalizada

N° pregt	1	3	4	2	2	2	total
				0	2	4	
	1	1	0	0	3	2	7

TOTAL DE LA ESCALA ptaje máx: 114, promedio: 57, ptaje min: 0. TOTAL: 40

### CORRECTOR DE LA ESCALA DE ANSIEDAD INFANTIL DE SPENCE (8 A 17 AÑOS)

NOMBRE: MARY

EDAD: 9 años

OJO: a mayor puntaje mayor ansiedad, la calificación es: Nunca-0, A veces-1,

Muchas veces-2, siempre-3. FACTORES:

## I.- Ataques de pánico y agorafobia

N° pregt	1	2	2	3	3	3	3	3	total
	3	1	8	0	2	4	6	7	9
Puntos	1	0	1	1	0	0	0	0	3

## II.-trastorno de ansiedad por separación

N° pregt	5	8	1	1	1	4	total
			2	5	6	4	

Puntos	3	3	3	1	3	1	14
--------	---	---	---	---	---	---	----

## III.- fobia social

N° pregt	6	7	9	10	29	35	total
Puntos	0	0	3	1	0	1	5

## IV.- miedos

N° pregt	2	18	23	25	33	total
Puntos	3	1	1	1	3	9

## V.- trastorno obsesivo-compulsivo

N° pregt	14	19	27	40	41	42	total
Puntos	1	1	0	1	1	0	4

## VI.- trastorno de ansiedad generalizada

N° pregt	1	3	4	20	22	24	total
	1	0	1	1	1	1	5

TOTAL DE LA ESCALA ptaje máx: 114, promedio: 57, ptaje min: 0. TOTAL: 40

### CORRECTOR DE LA ESCALA DE ANSIEDAD INFANTIL DE SPENCE (8 A 17 AÑOS)

NOMBRE: CHRISTOPHER

EDAD: 9 años

OJO: a mayor puntaje mayor ansiedad, la calificación es: Nunca-0, A veces-1, Muchas veces-2, siempre-3. FACTORES:

## I.- Ataques de pánico y agorafobia

N° pregt	13	21	28	30	33	33	33	33	33	total
Puntos	0	1	0	0	0	0	1	1	0	3

## II.-trastorno de ansiedad por separación

N° pregt	5	8	1	1	1	4	total
Puntos	1	1	1	2	0	1	6

## III.- fobia social

N° pregt	6	7	9	1	2	3	total
Puntos	1	1	0	0	1	1	4

## IV.- miedos

N° pregt	2	1	2	2	3	total
Puntos	1	0	1	0	0	2

## V.- trastorno obsesivo-compulsivo

N° pregt	1	1	2	4	4	4	total
Puntos	1	1	3	1	0	0	6

## VI.- trastorno de ansiedad generalizada

N° pregt	1	3	4	2	2	2	total
Puntos	1	0	1	0	0	1	3

TOTAL DE LA ESCALA ptaje máx: 114, promedio: 57, ptaje min: 0. TOTAL: 24

## 6.6 INTERPRETACIÓN Y CALIFICACIÓN DE LA PRUEBA “FIGURA

### COMPLEJA DE REY” (Primera aplicación)

#### *ANEXO 1: PROTOCOLO DE REGISTRO TEST DE COPIA Y REPRODUCCIÓN DE MEMORIA DE FIGURAS GEOMÉTRICAS COMPLEJAS, FIGURA A*

NOMBRE: AGUSTIN

EDAD: 10 años

CRITERIOS	DE	PUNTUACIÓN
PUNTOS	Precisión	Localización

2	Buena	Buena
1	Buena	Mala
1	Mala	Buena
0.5	Mala, reconocible	Mala
0	Mala, irreconocible	Mala

ELEMENTOS	COPIA	MEMORIA
1 Cruz exterior contigua al ángulo superior izquierdo.	2	0.5
2 Rectángulo grande, armazón de la figura.	0.5	0
3 Cruz de San Andrés, diagonales del rectángulo grande.	1	0
4 Mediana horizontal del rectángulo grande 2.	2	1
5 Mediana vertical del rectángulo grande 2.	2	0
6 Pequeño rectángulo interior del rectángulo grande.	1	1
7 Pequeño segmento sobre el rectángulo 6.	0	0
8 Cuatro líneas paralelas en triangulo superior izquierdo.	1	0.5
9 Triangulo rectángulo sobre rectángulo grande (a la derecha).	0	0.5
10 Pequeña perpendicular en cuadrante superior derecha	1	0

---

11 Circulo con tres puntos en cuadrante superior derecha.	1	0.5
12 Cinco líneas paralelas en cuadrante inferior derecha.	1	0
13 Dos lados externos del triángulo isósceles de la derecha.	2	0.5
14 Pequeño rombo en vértice extremo del triángulo 13.	1	0.5
15 Segmento vertical en el interior del triángulo 13.	0	0
16 Prolongación de la mediana horizontal, altura triangulo 13.	1	0.5
17 Cruz en extremo inferior del rectángulo 2.	2	1
18 Cuadrado y diagonal en extremo inferior izquierda.	1	0
<b>Total: 26</b>	<b>19.5</b>	<b>6.5</b>

---

PUNTUACIÓN	<input type="text"/>	<input type="text"/>	BRUTA
PERCENTIL	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

---

Pc	COPIA	MEMORIA
99		
90		

---

---

80		
75		
70		
60		
50		
40		
30		
25	x	
20		
10		x
1		

---

**6.6 INTERPRETACIÓN Y CALIFICACIÓN DE LA PRUEBA “FIGURA  
COMPLEJA DE REY” (Primera aplicación)**

**ANEXO 1: PROTOCOLO DE REGISTRO TEST DE COPIA Y REPRODUCCIÓN  
DE MEMORIA DE FIGURASGEOMÉTRICAS COMPLEJAS, FIGURA A**

NOMBRE: FRIDA      EDAD: 9 años

CRITERIOS	DE	PUNTUACIÓN
PUNTOS	Precisión	Localización
2	Buena	Buena
1	Buena	Mala
1	Mala	Buena

---



0.5	Mala, reconocible	Mala
0	Mala, irreconocible	Mala

ELEMENTOS	COPIA	MEMORIA
1 Cruz exterior contigua al ángulo superior izquierdo.	2	2
2 Rectángulo grande, armazón de la figura.	1	0.5
3 Cruz de San Andrés, diagonales del rectángulo grande.	0	0.5
4 Mediana horizontal del rectángulo grande 2.	0	0
5 Mediana vertical del rectángulo grande 2.	1	0
6 Pequeño rectángulo interior del rectángulo grande.	0.5	0
7 Pequeño segmento sobre el rectángulo 6.	0	0
8 Cuatro líneas paralelas en triangulo superior izquierdo.	0.5	0.5
9 Triangulo rectángulo sobre rectángulo grande (a la derecha).	0	1
10 Pequeña perpendicular en cuadrante superior derecha	0.5	0
11 Circulo con tres puntos en cuadrante superior derecha.	2	0.5

---

12 Cinco líneas paralelas en cuadrante inferior derecha.	0.5	0.5
13 Dos lados externos del triángulo isósceles de la derecha.	2	0.5
14 Pequeño rombo en vértice extremo del triángulo 13.	1	1
15 Segmento vertical en el interior del triángulo 13.	1	0
16 Prolongación de la mediana horizontal, altura triángulo 13.	2	0
17 Cruz en extremo inferior del rectángulo 2.	2	2
18 Cuadrado y diagonal en extremo inferior izquierda.	1	1
Total: 27	17	10

---

PUNTUACIÓN PERCENTIL	BRUTA	
	50	IV
Pc	COPIA	MEMORIA
99		
90		
80		
75		
70		

---

---

60		
50		
40		
30		
25	x	
20		x
10		
1		

---

**INTERPRETACIÓN Y CALIFICACIÓN DE LA PRUEBA “FIGURA COMPLEJA DE REY” (Primera aplicación)**

***ANEXO 1: PROTOCOLO DE REGISTRO TEST DE COPIA Y REPRODUCCIÓN DE MEMORIA DE FIGURAS GEOMÉTRICAS COMPLEJAS, FIGURA A***

NOMBRE: DIEGO

EDAD: 9 años

CRITERIOS	DE	PUNTUACIÓN
PUNTOS	Precisión	Localización
2	Buena	Buena
1	Buena	Mala
1	Mala	Buena
0.5	Mala, reconocible	Mala
0	Mala, irreconocible	Mala

---

ELEMENTOS	COPIA	MEMORIA
1 Cruz exterior contigua al ángulo superior izquierdo.	2	0.5
2 Rectángulo grande, armazón de la figura.	1	0
3 Cruz de San Andrés, diagonales del rectángulo grande.	2	0.5
4 Mediana horizontal del rectángulo grande 2.	1	0
5 Mediana vertical del rectángulo grande 2.	1	0
6 Pequeño rectángulo interior del rectángulo grande.	1	0.5
7 Pequeño segmento sobre el rectángulo 6.	0.5	0
8 Cuatro líneas paralelas en triángulo superior izquierdo.	1	0
9 Triángulo rectángulo sobre rectángulo grande (a la derecha).	1	0.5
10 Pequeña perpendicular en cuadrante superior derecha	0.5	0.5
11 Círculo con tres puntos en cuadrante superior derecha.	2	0.5
12 Cinco líneas paralelas en cuadrante inferior derecha.	1	0.5

13 Dos lados externos del triángulo isósceles de la derecha.	0.5	0.5
14 Pequeño rombo en vértice extremo del triángulo 13.	0.5	0.5
15 Segmento vertical en el interior del triángulo 13.	1	0
16 Prolongación de la mediana horizontal, altura triangulo 13.	0.5	0
17 Cruz en extremo inferior del rectángulo 2.	2	2
18 Cuadrado y diagonal en extremo inferior izquierda.	2	0.5
Total: 27.5	20.5	7

PUNTUACIÓN		BRUTA
PERCEPTIL		
Pc	COPIA	MEMORIA
99		
90		
80		
75		
70		
60		
50	x	

---

40	
30	
25	
20	
10	
1	x

---

**INTERPRETACIÓN Y CALIFICACIÓN DE LA PRUEBA “FIGURA COMPLEJA DE REY” (Primera aplicación)**

***ANEXO 1: PROTOCOLO DE REGISTRO TEST DE COPIA Y REPRODUCCIÓN DE MEMORIA DE FIGURAS GEOMÉTRICAS COMPLEJAS, FIGURA A***

NOMBRE: MARY      EDAD: 9 años

CRITERIOS	DE	PUNTUACIÓN
PUNTOS	Precisión	Localización
2	Buena	Buena
1	Buena	Mala
1	Mala	Buena
0.5	Mala, reconocible	Mala
0	Mala, irreconocible	Mala

ELEMENTOS	COPIA	MEMORIA
-----------	-------	---------

---

1 Cruz exterior contigua al ángulo superior izquierdo.	2	0
2 Rectángulo grande, armazón de la figura.	2	1
3 Cruz de San Andrés, diagonales del rectángulo grande.	1	0.5
4 Mediana horizontal del rectángulo grande 2.	0.5	0
5 Mediana vertical del rectángulo grande 2.	2	1
6 Pequeño rectángulo interior del rectángulo grande.	1	0.5
7 Pequeño segmento sobre el rectángulo 6.	2	0
8 Cuatro líneas paralelas en triángulo superior izquierdo.	0.5	0.5
9 Triángulo rectángulo sobre rectángulo grande (a la derecha).	1	1
10 Pequeña perpendicular en cuadrante superior derecha	0.5	0
11 Circulo con tres puntos en cuadrante superior derecha.	2	0.5
12 Cinco líneas paralelas en cuadrante inferior derecha.	1	0.5
13 Dos lados externos del triángulo isósceles de la derecha.	1	1

---

14 Pequeño rombo en vértice extremo del triángulo 13.	1	1
15 Segmento vertical en el interior del triángulo 13.	2	0
16 Prolongación de la mediana horizontal, altura triangulo 13.	1	1
17 Cruz en extremo inferior del rectángulo 2.	2	1
18 Cuadrado y diagonal en extremo inferior izquierda.	2	1
Total: 35	24.5	10.5

PUNTUACIÓN		BRUTA
PERCEPTIL		
Pc	COPIA	MEMORIA
99		
90		
80	x	
75		
70		
60		
50		



---

40	
30	
25	x
20	
10	
1	

---

**INTERPRETACIÓN Y CALIFICACIÓN DE LA PRUEBA “FIGURA COMPLEJA DE REY” (Primera aplicación)**

***ANEXO 1: PROTOCOLO DE REGISTRO TEST DE COPIA Y REPRODUCCIÓN DE MEMORIA DE FIGURAS GEOMÉTRICAS COMPLEJAS, FIGURA A***

NOMBRE: CHRISTOPHER      EDAD: 9 años

CRITERIOS	DE	PUNTUACIÓN
PUNTOS	Precisión	Localización
2	Buena	Buena
1	Buena	Mala
1	Mala	Buena
0.5	Mala, reconocible	Mala
0	Mala, irreconocible	Mala

ELEMENTOS	COPIA	MEMORIA
-----------	-------	---------

---

1 Cruz exterior contigua al ángulo superior izquierdo.	2	2
2 Rectángulo grande, armazón de la figura.	1	0.5
3 Cruz de San Andrés, diagonales del rectángulo grande.	0.5	0
4 Mediana horizontal del rectángulo grande 2.	0	0
5 Mediana vertical del rectángulo grande 2.	0.5	1
6 Pequeño rectángulo interior del rectángulo grande.	1	0
7 Pequeño segmento sobre el rectángulo 6.	2	0.5
8 Cuatro líneas paralelas en triangulo superior izquierdo.	1	0.5
9 Triangulo rectángulo sobre rectángulo grande (a la derecha).	0.5	0.5
10 Pequeña perpendicular en cuadrante superior derecha	0	0
11 Circulo con tres puntos en cuadrante superior derecha.	1	0.5
12 Cinco líneas paralelas en cuadrante inferior derecha.	1	0.5
13 Dos lados externos del triángulo isósceles de la derecha.	2	1

---

---

14 Pequeño rombo en vértice extremo del triángulo 13.	1	0.5
15 Segmento vertical en el interior del triángulo 13.	1	0
16 Prolongación de la mediana horizontal, altura triángulo 13.	1	0
17 Cruz en extremo inferior del rectángulo 2.	2	2
18 Cuadrado y diagonal en extremo inferior izquierda.	2	1
Total: 30	19.5	10.5

---

PUNTUACIÓN	_____	BRUTA
PERCEPTIL	_____	
	_____	

---

Pc	COPIA	MEMORIA
99		
90		
80		
75		
70		
60		
50		
40	x	

---

---

30	
25	x
20	
10	
1	

---

**INTERPRETACIÓN Y CALIFICACIÓN DE LA PRUEBA “FIGURA COMPLEJA DE REY” (Segunda aplicación)**

***ANEXO 1: PROCOTOCOLO DE REGISTRO TEST DE COPIA Y REPRODUCCIÓN DE MEMORIA DE FIGURASGEOMÉTRICAS COMPLEJAS, FIGURA A***

NOMBRE: AGUSTIN

EDAD: 10 años

CRITERIOS	DE	PUNTUACIÓN
PUNTOS	Precisión	Localización
2	Buena	Buena
1	Buena	Mala
1	Mala	Buena
0.5	Mala, reconocible	Mala
0	Mala, irreconocible	Mala

ELEMENTOS	COPIA	MEMORIA
1 Cruz exterior contigua al ángulo superior izquierdo.	2	0

---

2 Rectángulo grande, armazón de la figura.	1	0
3 Cruz de San Andrés, diagonales del rectángulo grande.	1	0
4 Mediana horizontal del rectángulo grande 2.	0.5	0.5
5 Mediana vertical del rectángulo grande 2.	1	1
6 Pequeño rectángulo interior del rectángulo grande.	1	0.5
7 Pequeño segmento sobre el rectángulo 6.	2	0
8 Cuatro líneas paralelas en triangulo superior izquierdo.	2	0.5
9 Triangulo rectángulo sobre rectángulo grande (a la derecha).	1	0
10 Pequeña perpendicular en cuadrante superior derecha	2	0
11 Circulo con tres puntos en cuadrante superior derecha.	2	1
12 Cinco líneas paralelas en cuadrante inferior derecha.	2	0.5
13 Dos lados externos del triángulo isósceles de la derecha.	1	2
14 Pequeño rombo en vértice extremo del triángulo 13.	1	1

---

13.	15 Segmento vertical en el interior del triángulo	1	2
	16 Prolongación de la mediana horizontal, altura triángulo 13.	2	0
	17 Cruz en extremo inferior del rectángulo 2.	2	1
	18 Cuadrado y diagonal en extremo inferior izquierda.	1	0
	Total: 35.5	25.5	10

PUNTUACIÓN		BRUTA	
PERCEPTIL			
Pc	COPIA	MEMORIA	
99			
90			
80			
75			
70			
60	x		
50			
40			
30		x	
25			
20			

---

 10

 1
 

---

**INTERPRETACIÓN Y CALIFICACIÓN DE LA PRUEBA “FIGURA COMPLEJA DE REY” (Segunda aplicación)**

***ANEXO 1: PROCOTOCOLO DE REGISTRO TEST DE COPIA Y REPRODUCCIÓN DE MEMORIA DE FIGURASGEOMÉTRICAS COMPLEJAS, FIGURA A***

NOMBRE: FRIDA

EDAD: 9 años

CRITERIOS	DE	PUNTUACIÓN
PUNTOS	Precisión	Localización
2	Buena	Buena
1	Buena	Mala
1	Mala	Buena
0.5	Mala, reconocible	Mala
0	Mala, irreconocible	Mala

ELEMENTOS	COPIA	MEMORIA
1 Cruz exterior contigua al ángulo superior izquierdo.	2	1
2 Rectángulo grande, armazón de la figura.	1	1
3 Cruz de San Andrés, diagonales del rectángulo grande.	2	0.5

---

---

4 Mediana horizontal del rectángulo grande	2	2
2.		
5 Mediana vertical del rectángulo grande 2.	2	0
6 Pequeño rectángulo interior del rectángulo grande.	1	0.5
7 Pequeño segmento sobre el rectángulo 6.	2	0
8 Cuatro líneas paralelas en triángulo superior izquierdo.	0	0.5
9 Triángulo rectángulo sobre rectángulo grande (a la derecha).	1	0
10 Pequeña perpendicular en cuadrante superior derecha	1	0
11 Circulo con tres puntos en cuadrante superior derecha.	1	0.5
12 Cinco líneas paralelas en cuadrante inferior derecha.	2	0
13 Dos lados externos del triángulo isósceles de la derecha.	2	1
14 Pequeño rombo en vértice extremo del triángulo 13.	1	2
15 Segmento vertical en el interior del triángulo 13.	2	1

---



16 Prolongación de la mediana horizontal, altura triangulo 13.	2	2
17 Cruz en extremo inferior del rectángulo 2.	1	1
18 Cuadrado y diagonal en extremo inferior izquierda.	1	0.5
Total: 39.5	26	13.5

PUNTUACIÓN	BRUTA	
PERCEPTIL		
Pc	COPIA	MEMORIA
99		
90		
80	x	
75		
70		
60		
50		
40		x
30		
25		
20		
10		

1

**INTERPRETACIÓN Y CALIFICACIÓN DE LA PRUEBA “FIGURA COMPLEJA DE REY” (Segunda aplicación)**

**ANEXO 1: PROCOTOCOLO DE REGISTRO TEST DE COPIA Y REPRODUCCIÓN DE MEMORIA DE FIGURAS GEOMÉTRICAS COMPLEJAS, FIGURA A**

NOMBRE: DIEGO      EDAD: 9 años

CRITERIOS	DE	PUNTUACIÓN
PUNTOS	Precisión	Localización
2	Buena	Buena
1	Buena	Mala
1	Mala	Buena
0.5	Mala, reconocible	Mala
0	Mala, irreconocible	Mala

ELEMENTOS	COPIA	MEMORIA
1 Cruz exterior contigua al ángulo superior izquierdo.	1	1
2 Rectángulo grande, armazón de la figura.	1	0.5
3 Cruz de San Andrés, diagonales del rectángulo grande.	1	0.5
4 Mediana horizontal del rectángulo grande 2.	1	0.5
5 Mediana vertical del rectángulo grande 2.	1	0.5

---

6 Pequeño rectángulo interior del rectángulo grande.	1	0.5
7 Pequeño segmento sobre el rectángulo 6.	0.5	0.5
8 Cuatro líneas paralelas en triángulo superior izquierdo.	1	0
9 Triángulo rectángulo sobre rectángulo grande (a la derecha).	1	0.5
10 Pequeña perpendicular en cuadrante superior derecha	2	0
11 Circulo con tres puntos en cuadrante superior derecha.	2	0
12 Cinco líneas paralelas en cuadrante inferior derecha.	1	0.5
13 Dos lados externos del triángulo isósceles de la derecha.	0.5	0
14 Pequeño rombo en vértice extremo del triángulo 13.	0.5	0.5
15 Segmento vertical en el interior del triángulo 13.	1	0
16 Prolongación de la mediana horizontal, altura triangulo 13.	0	0
17 Cruz en extremo inferior del rectángulo 2.	1	0.5

---

---

18 Cuadrado y diagonal en extremo inferior izquierda.	1	0.5
Total: 24	17.5	6.5

---

PUNTUACIÓN	_____		BRUTA
PERCEPTIL	_____		
Pc	COPIA	MEMORIA	
99			
90			
80			
75			
70			
60			
50			
40			
30	x		
25			
20			
10			
1		x	

---

**INTERPRETACIÓN Y CALIFICACIÓN DE LA PRUEBA “FIGURA COMPLEJA DE REY” (Segunda aplicación)**

***ANEXO 1: PROCOTOCOLO DE REGISTRO TEST DE COPIA Y REPRODUCCIÓN DE MEMORIA DE FIGURASGEOMÉTRICAS COMPLEJAS, FIGURA A***

NOMBRE: MARY      EDAD: 9 años

CRITERIOS	DE	PUNTUACIÓN
PUNTOS	Precisión	Localización
2	Buena	Buena
1	Buena	Mala
1	Mala	Buena
0.5	Mala, reconocible	Mala
0	Mala, irreconocible	Mala

ELEMENTOS	COPIA	MEMORIA
1 Cruz exterior contigua al ángulo superior izquierdo.	2	2
2 Rectángulo grande, armazón de la figura.	2	2
3 Cruz de San Andrés, diagonales del rectángulo grande.	1	0
4 Mediana horizontal del rectángulo grande 2.	1	2
5 Mediana vertical del rectángulo grande 2.	2	2
6 Pequeño rectángulo interior del rectángulo grande.	1	1

---

7 Pequeño segmento sobre el rectángulo 6.	2	0
8 Cuatro líneas paralelas en triangulo superior izquierdo.	2	0.5
9 Triangulo rectángulo sobre rectángulo grande (a la derecha).	1	2
10 Pequeña perpendicular en cuadrante superior derecha	1	0
11 Circulo con tres puntos en cuadrante superior derecha.	2	0.5
12 Cinco líneas paralelas en cuadrante inferior derecha.	2	0
13 Dos lados externos del triángulo isósceles de la derecha.	2	2
14 Pequeño rombo en vértice extremo del triángulo 13.	2	2
15 Segmento vertical en el interior del triángulo 13.	1	0
16 Prolongación de la mediana horizontal, altura triangulo 13.	2	2
17 Cruz en extremo inferior del rectángulo 2.	2	2
18 Cuadrado y diagonal en extremo inferior izquierda.	2	2
Total: 52	30	22

---

PUNTUACIÓN		BRUTA	
PERCEPTIL			
Pc	COPIA	MEMORIA	
99			
90	x	x	
80			
75			
70			
60			
50			
40			
30			
25			
20			
10			
1			

**INTERPRETACIÓN Y CALIFICACIÓN DE LA PRUEBA “FIGURA COMPLEJA DE REY” (Segunda aplicación)**

***ANEXO 1: PROCOTOCOLO DE REGISTRO TEST DE COPIA Y REPRODUCCIÓN DE MEMORIA DE FIGURAS GEOMÉTRICAS COMPLEJAS, FIGURA A***

NOMBRE: CHRISTOPHER

EDAD: 9 años

CRITERIOS	DE	PUNTUACIÓN
PUNTOS	Precisión	Localización
2	Buena	Buena
1	Buena	Mala
1	Mala	Buena
0.5	Mala, reconocible	Mala
0	Mala, irreconocible	Mala

ELEMENTOS	COPIA	MEMORIA
1 Cruz exterior contigua al ángulo superior izquierdo.	1	1
2 Rectángulo grande, armazón de la figura.	1	0
3 Cruz de San Andrés, diagonales del rectángulo grande.	1	0
4 Mediana horizontal del rectángulo grande 2.	1	1
5 Mediana vertical del rectángulo grande 2.	2	0
6 Pequeño rectángulo interior del rectángulo grande.	1	0



---

7 Pequeño segmento sobre el rectángulo 6.	0.5	0
8 Cuatro líneas paralelas en triangulo superior izquierdo.	0.5	0.5
9 Triangulo rectángulo sobre rectángulo grande (a la derecha).	1	0.5
10 Pequeña perpendicular en cuadrante superior derecha	1	0
11 Circulo con tres puntos en cuadrante superior derecha.	1	0.5
12 Cinco líneas paralelas en cuadrante inferior derecha.	1	0
13 Dos lados externos del triángulo isósceles de la derecha.	1	0.5
14 Pequeño rombo en vértice extremo del triángulo 13.	2	0.5
15 Segmento vertical en el interior del triángulo 13.	2	1
16 Prolongación de la mediana horizontal, altura triangulo 13.	2	1
17 Cruz en extremo inferior del rectángulo 2.	2	0.5
18 Cuadrado y diagonal en extremo inferior izquierda.	1	1
Total: 30	22	8

---

PUNTUACIÓN		BRUTA	
PERCEPTIL			
Pc	COPIA	MEMORIA	
99			
90			
80			
75			
70			
60	x		
50			
40			
30			
25			
20			
10		x	
1			

## **6.7 INFORME DE LA FIGURA COMPLEJA DE REY**

- ***OBSERVACIONES DE LA APLICACIÓN DE LA PRUEBA***

NOMBRE: AGUSTIN

Se realiza la aplicación de la prueba en el consultorio de la psicóloga Santa Eréndira Rivera Perea ubicado en el Hospital General de Ecatepec “Las Américas”. Actualmente el sujeto se encuentra recibiendo terapias psicológicas en dicho establecimiento debido al diagnóstico que presenta de Trastorno por Déficit de atención con Hiperactividad.

En la fase de copia se observa un contacto adecuado del sujeto con la entrevistadora, presta atención a las indicaciones, pero al momento de realizar la prueba el sujeto comienza a inquietarse, en constantes ocasiones pone cierta resistencia al dibujar comentando lo siguiente: “yo no sé dibujar”, también realiza preguntas como: “¿lo puedo calcar?”, ejecuta dibujos no referentes al solicitado, se le retira la hoja y nuevamente se le da la indicación por lo que comienza a dibujar de forma rápida.

En la fase de memoria el niño se muestra ansioso al terminar la primera fase y tener que esperar para continuar con la prueba, durante la realización de la actividad, el sujeto se presenta concentrado para poder recordar los elementos de la figura, el dibujo suele ser rápido.

### **ANÁLISIS DE DATOS**

- ***FASE COPIA:***

La copia es poco precisa, hay olvidos, el tiempo de ejecución es, a menudo, corto: se puede entrever una tendencia a realizar el trabajo a prisa, a no tomar la prueba en serio y, a veces, una cierta torpeza gráfica de ejecución a pesar de que la elaboración perceptiva global este desarrollada.

- ***FASE DE REPRODUCCIÓN DE MEMORIA:***

El proceso de copia ha sido claramente inferior, la reproducción es muy pobre. En este caso falla tanto el recuerdo como la percepción. La insuficiencia de la reproducción confirma el nivel inferior de la elaboración viso- espacial. Sin embargo, en relación con la copia defectuosa, la pobreza de la reproducción puede ser tan marcada que debe mantenerse la sospecha de falta de memoria.

### **INFORME DE LA FIGURA COMPLEJA DE REY**

- ***OBSERVACIONES DE LA APLICACIÓN DEL TEST:***

NOMBRE: FRIDA

Se comienza la aplicación de la prueba en tiempo y forma a lo establecido, el sujeto reside en el municipio de Ecatepec de Morelos junto con su hermana menor de 6 años, su madre de 40 años y su padre de 37 años.

Mientras se realiza la fase de copia se pudo observar al sujeto con ciertos rasgos de ansiedad ya que constantemente se encontraba mordiendo las uñas, al no comprender bien las indicaciones, le pregunta a la facilitadora lo que debe de hacer.

En la etapa de memoria la persona se observa concentrada y pensativa al comienzo posteriormente comienza a tener conductas ansiosas en esta ocasión se ven reflejadas en el continuo movimiento de sus pies.

### **ANÁLISIS DE LOS DATOS**

- ***FASE DE COPIA:***

La reproducción del tiempo de copia es larga por lo que nos habla de un sujeto con cierta dificultad intelectual y con una percepción de confusión visual y problemas en el

análisis visoespacial. La copia no es tan precisa presenta algunas alteraciones en las figuras y en el lugar de estas.

- ***FASE DE REPRODUCCIÓN DE MEMORIA:***

Se presenta un figura defectuosa con un tiempo largo de copia por lo que nos habla de un sujeto que presenta problemas a nivel intelectual.

### **INFORME DE LA FIGURA COMPLEJA DE REY**

- ***OBSERVACIONES DE LA APLICACIÓN DEL TEST:***

NOMBRE: DIEGO

Se realiza la prueba en un lugar apropiado por las instalaciones, ya que cuenta con una buena iluminación, sin tantos distractores que puedan interferir en la aplicación de la prueba.

Durante la etapa de copia el sujeto se muestra cooperativo y entusiasmado al iniciar la prueba, conforme pasa el tiempo se percibe concentrado en los detalles de la figura que se le presenta.

En la etapa de memoria, se observa nuevamente concentrado y atento por tratar de recordar la forma de la figura, realiza varias borraduras.

### **ANÁLISIS DE LOS DATOS**

- ***FASE DE COPIA:***

La reproducción es defectuosa, el tiempo de copia largo, en general se habla de un sujeto probablemente poco desarrollado desde el punto de vista intelectual; dispraxia de construcción gráfica, percepción visual confusa, sincretismo y dificultad de análisis visoespacial. En los niños pequeños estas dificultades son normales.

- ***FASE DE REPRODUCCIÓN DE MEMORIA:***

El proceso de copia ha sido claramente inferior, la reproducción es muy pobre. En este caso falla tanto el recuerdo como la percepción. La insuficiencia de la reproducción confirma el nivel inferior de la elaboración viso- espacial. Sin embargo, en relación con la copia defectuosa, la pobreza de la reproducción puede ser tan marcada que debe mantenerse la sospecha de falta de memoria.

### **INFORME DEL TEST FIGURA COMPLEJA DE REY**

- ***OBSERVACIONES DE LA APLICACIÓN DEL TEST:***

NOMBRE: MARY

El sujeto reside en el municipio de Ecatepec de Morelos con sus dos padres, sus dos hermanas, un hermano y su sobrino, con respecto a su situación socioeconómica, se encuentra dentro de un nivel medio, sus ingresos monetarios son obtenidos por su padre quien se dedica al comercio en una tienda de abarrotes.

Al inicio de la prueba el sujeto se retasa en cuanto a la hora destinada de la prueba con la explicación de tener un percance en la escuela, por lo que se decide a continuar con la aplicación, en la fase de copia el sujeto pone atención a cada una de las instrucciones y las ejecuta de forma tranquila.

Por consiguiente, en la fase de memoria el sujeto se muestra pensativo, analítico, con disposición para finalizar la prueba.

## **ANÀLISIS DE DATOS**

- ***FASE COPIA:***

Tiempo de copia largo, se trata de un sujeto cuidadoso, aplicado, con dificultades para analizar rápida y racionalmente las estructuras espaciales.

- ***FASE DE REPRODUCCIÒN DE MEMORIA***

El proceso de copia ha sido normal o superior, aunque la reproducción es claramente: en este caso, puesto que no existe problema en la percepción y la organización manifiesta claramente la del recuerdo visual, aunque también puede ser causa de esta deficiencia un bloqueo originado por una escrupulosidad exagerada o, en ciertos casos, por el interés que podría tener el sujeto en disimular una falta de memoria.

## **INFORME DEL TEST DE LA FIGURA COMPLEJA DE REY**

- ***OBSERVACIONES DE LA APLICACIÓN DEL TEST:***

NOMBRE: CHRISTOPHER

En la fase de copia se observa un buen contacto del sujeto hacia la entrevistadora, se muestra con disposición para realizar la prueba, pero con cierto cansancio, el niño argumenta que una noche antes no durmió debido a que se encontraba jugando a altas horas de la noche.

Durante la fase de memoria, el niño mostraba cierta resistencia para continuar con la prueba ya que cada vez era más notorio el cansancio que presentaba el sujeto.

## **ANÀLISIS DE LOS DATOS**

- ***FASE COPIA:***

La reproducción es defectuosa, el tiempo de copia es largo lo que posiblemente nos hable de un sujeto probablemente con ciertos problemas en el desarrollo intelectual, dispraxia

de construcción gráfica, presenta una percepción visual confusa. La copia es poco precisa, existen olvidos, se puede entrever que existe una tendencia a no tomar la prueba en serio y en algunas ocasiones se observa cierta dificultad grafica de ejecución.

- ***FASE DE REPRODUCCIÒN DE MEMORIA:***

Se observaron generalmente con deterioro mental, añadiduras y sobrecargas: ciertos elementos se repiten, existe una tendencia a llenar superficies a engrosar todas las líneas repasándolas.

## **INFORME DEL RE-TEST DE LA FIGURA COMPLEJA DE REY**

### **ANÀLISIS DE DATOS**

NOMBRE: AGUSTIN

- ***FASE COPIA:***

El tiempo de copia anormalmente corto se caracteriza por presentar una posible incapacidad de análisis, el tiempo muy corto corresponde a la copia de un solo elemento fácil o aun garabato rápido que el sujeto considera suficiente.

- ***FASE DE REPRODUCCIÒN DE MEMORIA:***

El proceso de copia es inferior, la reproducción suele ser muy pobre, por medio de la representación gráfica se puede notar un fallo en el recuerdo como en la percepción del sujeto. Debido a la pobreza de la reproducción puede ser tan marcada que se debe mantener la sospecha de una falta de memoria.



## **INFORME DEL RE-TEST DE LA FIGURA COMPLEJA DE REY**

### **ANÀLISIS DE DATOS**

NOMBRE: FRIDA

- ***FASE COPIA:***

Durante esta fase el sujeto muestra más cuidado a la elaboración de la figura, el tiempo de copia es largo por lo que muestra más precisión en la reproducción de la figura.

- ***FASE DE REPRODUCCIÓN DE MEMORIA:***

En la fase de memoria se muestra una reproducción con poca insuficiencia en los trazos por lo que representa cierto avance en la elaboración visoespacial.

## **INFORME DEL RE-TEST DE LA FIGURA COMPLEJA DE REY**

### **ANÀLISIS DE LOS DATOS**

NOMBRE: DIEGO

- ***FASE COPIA:***

La copia es poco precisa, el dibujo no presenta algunos elementos, se ejecuta en un tiempo normal, en ciertas ocasiones se puede considerar una posible incapacidad grafica sin importar que la elaboración perceptiva este desarrollada.

- ***FASE DE REPRODUCCIÓN DE MEMORIA:***

La reproducción es insuficiente, no existe un problema en la percepción, la pobreza de la reproducción manifiesta claramente la del recuerdo visual, esto puede deberse a la tendencia del sujeto al tratar de disimular una falta de memoria.

## **INFORME DEL RE-TEST DE LA FIGURA COMPLEJA DE REY**

### **ANÀLISIS DE LOS DATOS**

NOMBRE: MARY

- ***FASE COPIA:***

El tiempo estimado de la copia suele ser largo lo que nos indica una persona cuidadosa en los detalles, con ciertas dificultades para el análisis rápido en las estructuras espaciales.

- ***FASE DE REPRODUCCIÓN DE MEMORIA:***

En la figura se muestran ciertos elementos olvidados, el proceso de reproducción es pobre, lo que indica una dificultad en el recuerdo relacionado con la percepción.

## **INFORME DEL RE-TEST DE LA FIGURA COMPLEJA DE REY**

### **ANÀLISIS DE LOS DATOS**

NOMBRE:CHRISTOPHER

- ***FASE COPIA:***

El tiempo de la copia suele ser largo, esto es un indicador que refiere a una persona cuidadosa con los detalles que presenta dificultades para la racionalización de las estructuras espaciales.

- ***FASE DE REPRODUCCIÓN DE MEMORIA:***

La imagen presenta un cambio de posición del modelo. El sujeto coloca el modelo en sentido vertical antes de comenzar la copia por lo que el rombo queda arriba con el vértice hacia la derecha, colocada de esta forma toma la figura de una casa, se considera un signo primitivo o infantil.

## 6.8 CONCLUSIONES

La presente investigación se realizó con base a la detección de necesidades realizada en el departamento de psicología del hospital general de Ecatepec “Las Américas”, en el cual se encontró un aumento de casos sobre pacientes con TDAH en los últimos años, por tal razón se desarrolló el interés por crear una base que sirva de apoyo para el tratamiento de este tipo de alteraciones.

Una vez realizado el estudio de caso los resultados obtenidos han brindado una apertura para el tratamiento de niños con déficit de atención e hiperactividad, el enfoque cognitivo conductual ha sido de gran apoyo en la actualidad para este proceso por su alta eficacia en el cambio comportamental de los pacientes a corto y largo plazo.

El hecho de presentar cualquier trastorno, en este caso TDAH genera un gran cambio en la vida de los sujetos y esto se ve reflejado en la percepción que tiene sobre el mundo, por lo tanto, gracias a los estudios se ha logrado demostrar que la terapia cognitivo conductual permite disminuir las habilidades de inatención, impulsividad e hiperactividad, evitando conductas disruptivas en los diferentes entornos en los que se desenvuelve el niño, como lo es la escuela, casa, algún club, etc.

Muchas de las investigaciones acerca del TDAH se han realizado en diversas partes del mundo, uno de los más destacados se encuentra en Estados Unidos con Barkley, esta investigación puede ser un parteaguas a futuras investigaciones para casos sobre el tratamiento de TDAH en México.

Por otro lado, se observó una disminución en cuanto a los niveles de ansiedad presentados por los niños, debido a la implementación de diversas técnicas psicoterapéuticas, generando así una calidad de vida optima donde el niño logro desarrollarse y adaptarse más

fácilmente en cualquier entorno presentando síntomas leves relacionados a la ansiedad y al TDAH.

## BIBLIOGRAFÍA

- (30 de Mayo de 2017). Obtenido de FDA Statement: <https://www.fda.gov/news-events/comunicados-de-prensa/la-fda-aprueba-los-primeros-medicamentos-genericos-de-strattera-para-el-tratamiento-del-trastorno>
- Alonso, F. J. (2009). *EL PSICOANÁLISIS 1919-1933: CONSOLIDACIÓN, EXPANSION E INSTITUCIONALIZACION*. Madrid: Facultad de Filosofía.
- American Psychiatric Association*. (1980).
- American Psychiatric Association*. . (1994).
- Anderson JC., Williams S., McGee R., Silva A.P., & PhD. (1987). DSM-III disorders in preadolescent children: prevalence in a large sample from the general population. . *Arch Gen Psychiatry*, 69-76.
- Angeles Ruiz, M., Díaz, M., & Villalobos, A. (2012). *Manual de tecnicas de intervención cognitivo conductuales*. Desclee de Brouwer.
- Arnsten. (2006). Stimulants: Therapeutic Actios in ADHD. *Neuropsychopharmacology*, 2376-2383.
- Association, A. P. (1968). *Manual Diagnostico y estadistico de los trastornos mentales II*. Estados Unidos: Panamericana.
- Association, A. P. (2014). *Manual Diagnostico y estadistico de los trastornos mentales* . Estados Unidos: Panamericana.
- Barkley. (1998).
- Barkley. (1999). *Niños hiperactivos. Cómo comprender y atender sus necesidades especiales*. Barcelona: Paidós.
- Barkley. (2001).
- Barkley, M. A. (s.f.).

- Barlow, & H, D. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic, 2ª ed.* New York: Guilford Press.
- Biederman J., Newcorn J., & Sprich S. (1991). Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety, and other disorders. . *Am J Psychiatry* , 564–577.
- Biederman J., Petty CR., Woodworth KY., Lomedico A., Hyder LL., & Faraone SV. (2012). Adult outcome of attention-deficit/hyperactivity disorder: a controlled 16-year follow-up study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 941.
- Bymaster MS., Katner J., Nelson D., Hemrick- Luecke S., Threlkeld P., Heiligenstein J., . . . Perry K. (2002). Atomoxetine Increases Extracellular Levels of Norepinephrine and Dopamine in Prefrontal Cortex of Rat: A Potential Mechanism for Efficacy in Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Neuropsychopharmacology*, 699–711.
- Cardenas, E. M., Feria, M., Palacios, L., & de la Peña, F. (2010). *Guía clínica para los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes.* México: Intituto Nacional de Psiquiatria Ramón de la Fuente Muñiz.
- Carretero Díaz, M. V. (2009). *Revista Internacional Psicoanálisis on-line.* Obtenido de <http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=0000694>
- Carretero Díaz, M. V. (2009). *Revista Internacional Psicoanálisis on-line.* Obtenido de <http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=0000694>
- Clark, D. A., & Beck, A. T. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad.* España: Descleé de Brouwer.
- Csóti, M. (2011). *Fobia Escolar, Ataques de Pánico y ansiedad en niños.* Buenos Aires.: Lumen.

- Elizabeth C. Cabascango Paredes, L. R. (15 de Marzo de 2021). *Aplicación de técnicas artísticas con niños diagnosticados con el TDAH en un ambiente psicoterapeutico*.  
Obtenido de Universidad Internacional SEK:  
<https://repositorio.uisek.edu.ec/bitstream/123456789/4195/1/Cabascango%20Paredes%20Elizabeth%20Cristina.pdf>
- Fernandez, I. M. (s.f.). Obtenido de  
[https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/8907/Terapia\\_MendozaFernandez\\_Ingrid.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/8907/Terapia_MendozaFernandez_Ingrid.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Fernández., S. (2018). Psicoestimulantes para el TDAH: análisis integral para una medicina basada en la prudencia. *Asociación Española Psiquiatría*, 301-330.
- Freud, S. (1992). Sigmund Freud. Obras completas. Presentacion autobiográfica.  
Inhibición, síntoma y angustia. Buenos Aires: Amorrortu.
- G. Ochando Perales, S. P. (2017). *Actualización de la ansiedad en la edad pediátrica*.  
Obtenido de  
<https://www.adolescenciasema.org/ficheros/PEDIATRIA%20INTEGRAL/Ansiedad%20en%20la%20edad%20pediatrica.pdf>
- G., P., MS., d. L., BL, H., J., B., & LA., R. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. . *American Journal of Psychiatry*, , 942-948.
- G., V. W. (2011). *Deficit de atencion con hiperactividad*. México: Trillas.
- Galicia, O. R. (2015). *Trastorno por déficit de atención e hiperatividad*. Mexico, D.F.: Manual Moderno.
- Garnock- Jones K, K. G. (2009). *Atomoxetine: a review of its use in attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents*. *Pedriatric Drugs*.

- Gómez, M. I. (2014). *Programa de intervención en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y familia*. España.: Badajoz.
- Haro, G. C. (2004). *Revisión histórica de la impulsividad desde una perspectiva artística, filosófica y psicopatológica*. instituto nacional de psiquiatria Ramon de la Fuente.
- Kessler RC, Adler L., Barkley R., Biederman J., Conners CK., Demler O., . . . Zaslavsky AM. (2006). The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *American Journal of Psychiatry*, 716-723.
- L.B, S. (2010). *Trastorno por deficit de atencion e hiperactividad*. Washington: American Psychiatric.
- Lara,C, Fayyad J., de Graaf R., kessler RC., Aguilar-Gaxiola S., Angermeyer M., . . . Sampson N. (2009). Childhood predictors of adult attention-deficit/hyperactivity disorder: results from the World Health Organization World Mental Health Survey. *Biological Psychiatry*, 46-54.
- Loro-Lopez, M. Q.-G.-C.-L. (2009). Actualizacion en el tratamiento del trastorno por deficit de atencion/hiperactividad. *Revista de Neurologia* 49 (5), 257-264.
- M, P. (2009). *TDAH. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. De la infancia a la edad adulta*. Madrid: Alianza .
- Mª Ángeles Ruiz Fernandez, M. I. (s.f.). *Manual de tecnicas de intervencion Cognitivo Conductuales*. Obtenido de <https://www.edescllee.com/img/cms/pdfs/9788433025357.pdf>
- Maciá, D. (2012). *TDAH en la infancia y la adolescencia. Concepto, evaluación y tratamiento*. Madrid, España: Pirámide.



- Madrid, A. P. (28 de Febrero de 2013). *Aesthesis. Terapia Psicologica*. Obtenido de El psicoanálisis y el trastorno por déficit de atención e hiperactividad:  
<https://www.psicologosmadridcapital.com/blog/deficit-atencion-hiperactividad/>
- Malca, M. d. (s.f.). *Intervencion en Trastorno de TDAH*. Obtenido de  
<https://gestaltperu.com/wp-content/uploads/2021/05/INTERVENCION-EN-TRASTORNO-DE-TDAH.pdf>
- Maria Angeles Ruiz, M. I. (Mayo de 2012). *Manual de tecnicas de intervencion cognitivo conductuales*. Obtenido de [https://kupdf.net/download/manual-de-t-eacute-cnicas-de-intervenci-oacute-n-cognitiva-conductuales\\_5af760e4e2b6f51d3e4beb44\\_pdf](https://kupdf.net/download/manual-de-t-eacute-cnicas-de-intervenci-oacute-n-cognitiva-conductuales_5af760e4e2b6f51d3e4beb44_pdf)
- Mendoza Gonzales, B. (2010). *Manual de Autocontrol del Enojo*. Mexico : El manual moderno.
- Millán, R. (s.f.). *Manuela abreviado del Rey: Test de copia y reproduccion de memoria de figuras geometricas complejas*. Obtenido de Academia. edu:  
[https://www.academia.edu/8657255/Manual\\_abreviado\\_de\\_la\\_figura-de-rey](https://www.academia.edu/8657255/Manual_abreviado_de_la_figura-de-rey)
- Miller, C. (2020). *Child Mind Institute*. Obtenido de <https://childmind.org/article/terapia-conductual-para-ninos-con-tdah/>
- Miranda, A. y. (2010). Tratamientos psicosociales Eficaces para el Trastorno por Decifit de Atencion con Hiperactividad. Informacion psicologica. Obtenido de  
<https://dialnet.unirioja.es/metricas/documento/ARTREV/3642841>
- Nieves-Fiel., M. I. (2015). Tratamiento cognitivo-conductual de un niño con TDAH no especificado. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 163-168.
- O'Donohue, W., & Fisher, J. (2009). En *General Principles and Empirically*. NJ. Johnson Wiley and.
- PJ., R. (2008). Trastornos del comportamiento. *Pediatría Integral*.

- Plaud, J. (2001). Clinical science and human behavior. . *Journal of Clinical Psychology*, 57, 1089-1102.
- Psiquiatria, A. E. (2014). *Manual diagnostico y estadistico de los trastornos mentales*. Estados Unidos: Editorial Medica Panamericana.
- Rafael, V. F. (2014). *El trastorno por deficit de atención con hiperquinesia. Pruebas psicologicas, tratamiento multimodal, la situacion en el hogar*. México: Trillas.
- Rickel, A. U. (2008). *Trastorno por deficit de atencion con hiperactividad en niños y adultos*. Manual Moderno.
- Rodriguez Hernandez, P. J., & Barrau Alonso , V. M. (2012). Trastornos del comportamiento. *Pediatría Integral*.
- Rodriguez Hernandez, P. J., & Criado Gutierrez, I. (2014). Plan de tratamiento multimodal del TDAH. Tratamiento psicoeducativo. *Pediatría Integral*.
- Ronald T. Brown. (2008). Trastorno por deficit de atencion con hiperactividad en niños y adultos. En R. T. Annefte U. Rickel. *El Manual Moderno*.
- Ruth Cunill, & Xavier Castells. (2016). Tratamiento del TDAH Dual: una Gota en el Desierto. *Adicciones*, 131.
- Sancho, A. M., & Lago Pita, B. (2005). Trastorno de Ansiedad en la infancia y en la adolescencia. Madrid: AEPap. curso de actualizacion en Pediatria.
- Santana, Z. C. (2002). Pequeño manual de reglas basicas. ¿Cómo escribir una tesis? *Ciencias No.65*, 75.
- Santos, M. A. (2016). *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad en las escuelas de San Pedro Sula, 2016*. San Pedro Sula, Cortes.
- Sanz, C. S. (2010). *Manual de Psiquiatría del Niño y del Adolescente*. Médica Panamericana.

- Silver, L. B. (2010). *Trastorno por deficit de atencion e hiperactividad. Una guia clinica de diagnostico y tratamiento para profesionales de la salud y la salud mental.* Washington: American psychiatric.
- Smith, V., & Castro. (2014). *Cuadernos Metodologicos. Compendio de Instrumentos de Medicion.* Costa Rica.: IIP-UCR.
- Stake, R. (1999). *Investigación con estudio de casos.* Madrid: Morata.
- Stallard, P. (2001). *Pensar bien-Sentirse bien: Manual práctico de terapia cognitivoconductual para niños y adolescentes.* EUA: Descleé de Brawer.
- Tayeh, P., Agámez González, P. M., & Chaskel, R. (s.f.). *Trastornos de ansiedad en la infancia y la adolescencia.* Obtenido de [http://inprf-cd.gob.mx/guiasclinicas/trastornos\\_de\\_ansiedad.pdf](http://inprf-cd.gob.mx/guiasclinicas/trastornos_de_ansiedad.pdf)
- Thomas E. Brown, & Ph.D. (2010). *COMORBILIDADES DEL TDAH: Manual de las complicaciones del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños y adultos.* España: Masson.
- Ticas, J. R. (s.f.). *Trastornos de Ansiedad guia practica para diagnostico y tratamiento.* Obtenido de <http://www.bvs.hn/Honduras/pdf/TrastornoAnsiedad.pdf>
- Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH).* (s.f.). Institutos Nacionales de la Salud.
- Vargas, M. E. (2019). *TDAH: DEL DIAGNÓSTICO DSM.* UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA.
- Vasquez, D. F. (2015). *MÁS ALLÁ DEL SÍNTOMA. ALGUNOS APUNTES SOBRE EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCIONAL CON HIPERACTIVIDAD.* Costa Rica: Escuela de psicología.

- Vazquez, L. d. (2018). *Taller para padres de familia que tienen hijos con TDAH en la primaria del Colegio Fernando de Alva Ixtlixóchitl*. Ciudad de México: UNAM, Direccion General de Bibliotecas.
- Volkow N.D. , Chang L., Wang GJ., Fowler JS., Franceschi D., Sedler M., . . . Logan J. (2001). *Journal of Neuroscience*, 1-5.
- Yoo HI., Cho SC., & Kim BN. (2005). Psychiatric morbidity of second and third grade primary school children in Korea. *Child Psychiatry Hum Dev* , 215–225.

# **ANEXOS**

## HOJA DE CONSENTIMIENTO

Fecha: \_\_\_\_\_

Yo: \_\_\_\_\_

padre o madre de familia responsable de (nombre del hijo):

\_\_\_\_\_ que

acudimos constantemente al Hospital General de Ecatepec “Las Américas” acepto de manera voluntaria que entrevisten a mi hijo y a mí como objeto de estudio en el proyecto de investigación realizado por la pasante en psicología Yarely Flores Basilio, luego de haber conocido y comprendido en su totalidad la información presentada sobre dicho proyecto con fines de aplicar estrategias para reducir los niveles de ansiedad en niños con TDAH, afirmo mi participación por lo que soy consciente que esta investigación no pone en riesgo la salud física ni mental de mi hijo y mío.

Nombre y Firma del entrevistado

\_\_\_\_\_

## ENTREVISTA INICIAL

### DATOS GENERALES DEL TUTOR

NOMBRE:	
EDAD:	
ESTADO CIVIL:	
ESCOLARIDAD:	
DOMICILIO:	
LUGAR DE NACIMIENTO:	

### DATOS GENERALES DEL NIÑO.

NOMBRE:	
EDAD:	
ESTADO CIVIL:	
ESCOLARIDAD:	
DOMICILIO:	
LUGAR DE NACIMIENTO:	

#### 1. MOTIVO DE CONSULTA:

---

---

2. MENCIONE EL DIAGNÓSTICO ACTUAL DE SU HIJO:

---

---

3. ¿CUÁNDO FUE DIAGNOSTICADO SU HIJO CON TDAH?

---

---

4. NOMBRE EL TIPO DE MEDICAMENTO QUE UTILIZA SU HIJO:

---

---

CONTEXTO FAMILIAR.

En este cuadro anote a las personas que habitan en el lugar de forma ascendente.

Nombre	Parentesco	Edad	Escolaridad	Edo. Civil	Ocupación	Líneas de comunicación

5. ¿Qué hacen los padres cuando el niño hace algo indebido?

---

---

---



6. ¿El niño coopera en tareas cotidianas en casa? Si/ no. ¿Cuáles?

---

---

---

#### ANTECEDENTES EN SU DESARROLLO

7. ¿Fue planeado su embarazo? Si/ No. ¿Por qué?

---

---

---

8. ¿Del sexo deseado?

---

9. ¿Cuántos años tenía cuando se embarazo?

---

10. Mencione ¿Cómo fue su embarazo? (duración, complicaciones, etc.)

---

---

11. ¿Cuánto peso al nacer? \_\_\_\_\_

12. ¿Lloró al nacer? \_\_\_\_\_

#### DESARROLLO MOTOR

13. ¿A qué edad logró detener la cabeza?

---

14. ¿A qué edad logró sentarse solo?

---

15. ¿A qué edad logró gatear?

---

16. ¿A qué edad logró caminar?

---

17. ¿A qué edad logró correr?

---

18. ¿Tropieza con frecuencia?

---

### **DINÁMICA FAMILIAR**

19. Describa la relación entre los padres (armoniosos, conflictivos, inestables):

---

---

20. ¿En el núcleo familiar existen peleas constantes? ¿Entre quienes?

---

---

21. ¿Existe alguna diferencia en el trato con los niños? ¿Por qué?

---

---

22. ¿Quién se encarga de dar las órdenes en casa? ¿Por qué?

---

---

### **ASPECTOS DE LA SALUD**

23. ¿Qué enfermedades tiene o ha padecido su hijo?

---

---

24. ¿Se le ha realizado una operación? ¿Por qué?

---

---

25. ¿Ha estado hospitalizado? ¿Cuándo y por qué?

---

---

26. ¿Ha sufrido convulsiones?

---

---

27. ¿Pérdida del conocimiento?

---

28. ¿Cuánto pesa? \_\_\_\_\_

29. ¿Cuánto mide? \_\_\_\_\_

**SITUACIÓN ACTUAL**

30. Cuénteme ¿Qué es lo que ha observado en su hijo(a) últimamente? (malestares, síntomas, sensaciones, conductas, temores, pensamientos, etc.)

---

---

31. ¿Hace cuánto tiempo noto que su hijo se siente así?

---

---

32. ¿Cuál piensa usted que sea la causa o las razones del comportamiento de su hijo?

---

---

33. ¿Maneja algún tipo de reglamento con su hijo?

---

---



Centro de Estudios Agustiniano  
"FRAY ANDRÉS DE URDANETA"  
INTERIORE HOMINE HABITAT VERITAS



## ENTREVISTA FINAL

### Evaluación de taller

#### Información general

Nombre del

padre o tutor:

Fecha:

/ /

Nombre del

paciente:

Edad del

paciente:

¿Asistió a todas las sesiones?

Si

No

## Rango de calidad

Para las  
preguntas  
cerradas use la  
leyenda  
“insuficiente”  
como no y la  
leyenda “Muy  
buena” como sí.

Insuficiente      Regular      Satisfactoria      Buena      Muy buena

---

¿Cómo

considera la

calidad del

taller impartido?                             

¿Hubo cambio

en el

comportamiento

de su hijo(a)?                             

Si su respuesta

fue sí, ¿cómo lo

evaluaría?                             

¿Cómo fue el

desempeño de

la Psicóloga al  
impartir el  
taller?

¿Cómo percibe  
la calidad de  
atención que  
presta su hijo(a)  
después de  
tomar el taller?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Tomando como  
insuficiente 1 y

Muy buena

como 5, ¿Qué  
tanto  
recomendaría

este taller?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

---

¿Cuántas sesiones del taller asistió el paciente?

¿Cuáles eran sus expectativas sobre este taller?

¿El taller cumplió con sus expectativas?

¿Cómo describiría el desempeño de la psicóloga al impartir el taller?

¿Qué tanto mejoró la capacidad de atención de su hijo(a) después de tomar el taller?

¿Si faltó a alguna sesión del taller considera que, de haber tomado todas las sesiones, el progreso hubiera sido mayor?

Comparta con nosotros una experiencia que refleje el cambio que percibió en su hijo(a) durante o después de tomar el taller.



## Escala de Ansiedad Infantil de Spence

NOMBRE..... FECHA.....

Marca con una X la frecuencia con la que te ocurren las siguientes situaciones. No hay respuestas buenas ni malas.

- |   |                                |                                  |                                       |                                  |
|---|--------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|
| 1. Hay cosas que me preocupan.....  | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Muchas veces | <input type="checkbox"/> Siempre |
| 2. Me da miedo la oscuridad.....  | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Muchas veces | <input type="checkbox"/> Siempre |
| 3. Cuando tengo un problema noto una sensación<br>extraña en el estómago.....   | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Muchas veces | <input type="checkbox"/> Siempre |
| 4. Tengo miedo.....   | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Muchas veces | <input type="checkbox"/> Siempre |
| 5. Tendría miedo si me quedara solo en casa.....  | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Muchas veces | <input type="checkbox"/> Siempre |
| 6. Me da miedo hacer un examen.....   | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Muchas veces | <input type="checkbox"/> Siempre |
| 7. Me da miedo usar aseos públicos.....   | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Muchas veces | <input type="checkbox"/> Siempre |
| 8. Me preocupo cuando estoy lejos de mis padres.....  | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Muchas veces | <input type="checkbox"/> Siempre |
| 9. Tengo miedo de hacer el ridículo delante de la gente..   | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Muchas veces | <input type="checkbox"/> Siempre |
| 10. Me preocupa hacer mal el trabajo de la escuela.....   | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Muchas veces | <input type="checkbox"/> Siempre |
| 11. Soy popular entre los niños y niñas de mi edad.....   | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Muchas veces | <input type="checkbox"/> Siempre |
| 12. Me preocupa que algo malo le suceda a alguien de<br>mi familia.....   | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Muchas veces | <input type="checkbox"/> Siempre |
| 13. De repente siento que no puedo respirar sin motivo..  | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Muchas veces | <input type="checkbox"/> Siempre |
| 14. Necesito comprobar varias veces que he hecho bien<br>las cosas (como apagar la luz, o cerrar la puerta con<br>llave)..... | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Muchas veces | <input type="checkbox"/> Siempre |
| 15. Me da miedo dormir solo.....  | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Muchas veces | <input type="checkbox"/> Siempre |
| 16. Estoy nervioso o tengo miedo por las mañanas<br>antes de ir al colegio.....   | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Muchas veces | <input type="checkbox"/> Siempre |
| 17. Soy bueno en los deportes.....  | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Muchas veces | <input type="checkbox"/> Siempre |
| 18. Me dan miedo los perros.....  | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Muchas veces | <input type="checkbox"/> Siempre |
| 19. No puedo dejar de pensar en cosas malas o tontas...   | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Muchas veces | <input type="checkbox"/> Siempre |
| 20. Cuando tengo un problema mi corazón late muy<br>fuerte.....   | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Muchas veces | <input type="checkbox"/> Siempre |
| 21. De repente empiezo a temblar sin motivo.....  | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Muchas veces | <input type="checkbox"/> Siempre |
| 22. Me preocupa que algo malo pueda pasarme.....  | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Muchas veces | <input type="checkbox"/> Siempre |
| 23. Me da miedo ir al médico o al dentista.....   | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Muchas veces | <input type="checkbox"/> Siempre |

24. Cuando tengo un problema me siento nervioso.....  Nunca  A veces  Muchas veces  Siempre
25. Me dan miedo los lugares altos o los ascensores.....  Nunca  A veces  Muchas veces  Siempre
26. Soy una buena persona.....  Nunca  A veces  Muchas veces  Siempre
27. Tengo que pensar en cosas especiales (por ejemplo en un número o en una palabra) para evitar que pase algo malo.....  Nunca  A veces  Muchas veces  Siempre
28. Me da miedo viajar en coche, autobús o tren.....  Nunca  A veces  Muchas veces  Siempre
29. Me preocupa lo que otras personas piensan de mí...  Nunca  A veces  Muchas veces  Siempre
30. Me da miedo estar en lugares donde hay mucha gente (como centros comerciales, cines, autobuses, parques).....  Nunca  A veces  Muchas veces  Siempre
31. Me siento feliz.....  Nunca  A veces  Muchas veces  Siempre
32. De repente tengo mucho miedo sin motivo.....  Nunca  A veces  Muchas veces  Siempre
33. Me dan miedo los insectos o las arañas.....  Nunca  A veces  Muchas veces  Siempre
34. De repente me siento mareado o creo que me voy a desmayar sin motivo.....  Nunca  A veces  Muchas veces  Siempre
35. Me da miedo tener que hablar delante de mis compañeros de clase.....  Nunca  A veces  Muchas veces  Siempre
36. De repente mi corazón late muy rápido sin motivo...  Nunca  A veces  Muchas veces  Siempre
37. Me preocupa tener miedo de repente sin que haya nada que temer.....  Nunca  A veces  Muchas veces  Siempre
38. Me gusta como soy.....  Nunca  A veces  Muchas veces  Siempre
39. Me da miedo estar en lugares pequeños y cerrados (como túneles o habitaciones pequeñas).....  Nunca  A veces  Muchas veces  Siempre
40. Tengo que hacer algunas cosas una y otra vez (como lavarme las manos, limpiar, o poner las cosas en un orden determinado).....  Nunca  A veces  Muchas veces  Siempre
41. Me molestan pensamientos tontos o malos, o imágenes en mi mente.....  Nunca  A veces  Muchas veces  Siempre
42. Tengo que hacer algunas cosas de una forma determinada para evitar que pasen cosas malas.....  Nunca  A veces  Muchas veces  Siempre
43. Me siento orgulloso de mi trabajo en la escuela.....  Nunca  A veces  Muchas veces  Siempre
44. Me daría miedo pasar la noche lejos de mi casa.....  Nunca  A veces  Muchas veces  Siempre
45. ¿Hay algo más que realmente te dé miedo?
- Sí  No
- Escribe qué es.....
- ¿Con qué frecuencia te pasa?.....  Nunca  A veces  Muchas veces  Siempre

**CORRECTOR DE LA ESCALA DE ANSIEDAD INFANTIL DE  
SPENCE**

NOMBRE:

EDAD:

OJO: a mayor puntaje mayor ansiedad, la calificación es: Nunca-0, A veces-1, Muchas

veces-2, siempre-3. FACTORES:

I.- Ataques de pánico y agorafobia

N° pregt	13	21	28	30	32	34	36	37	39	total
Puntos										

II.- trastorno de ansiedad por separación

N° pregt	5	8	12	15	16	44	total
Puntos							

III.- fobia social

N° pregt	6	7	9	10	29	35	total
Puntos							

IV.- miedos

N° pregt	2	18	23	25	33	total
Puntos						

V.- trastorno obsesivo-compulsivo

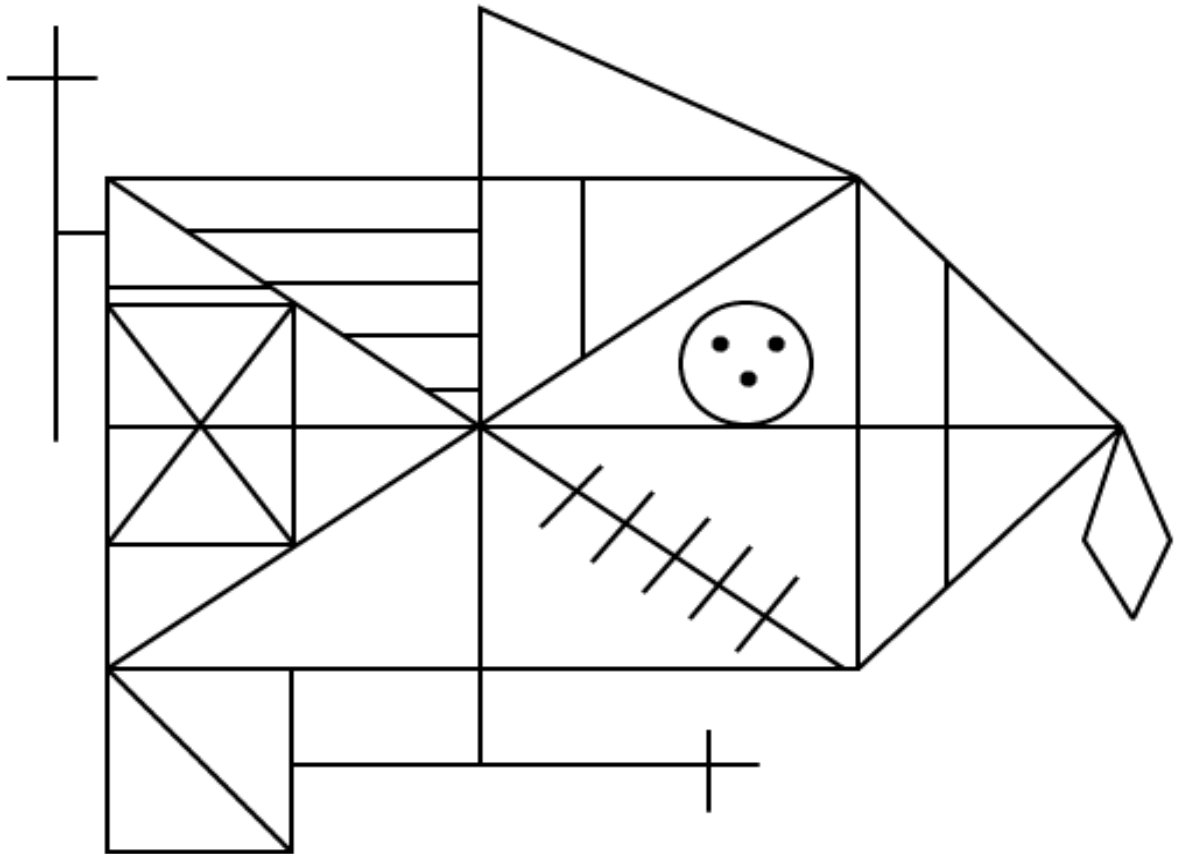
N° pregt	14	19	27	40	41	42	total
Puntos							

VI.- trastorno de ansiedad generalizada

N° pregt	1	3	4	20	22	24	total
Puntos							

Total de LA ESCALA ptaje máx: 114, promedio: 57, ptaje min: 0.

TEST FIGURA COMPLEJA DE REY



**INTERPRETACIÓN Y CALIFICACIÓN DE LA PRUEBA “FIGURA COMPLEJA  
DE REY”**

ANEXO 1: PROTOCOLO DE REGISTRO TEST DE COPIA Y REPRODUCCIÓN DE  
MEMORIA DE FIGURASGEOMÉTRICAS COMPLEJAS, FIGURA A

NOMBRE:                      EDAD:

CRITERIOS	DE	PUNTUACIÓN
PUNTOS	Precisión	Localización
2	Buena	Buena
1	Buena	Mala
1	Mala	Buena
0.5	Mala, reconocible	Mala
0	Mala, irreconocible	Mala

ELEMENTOS	COPIA	MEMORIA
1 Cruz exterior contigua al ángulo superior izquierdo.		
2 Rectángulo grande, armazón de la figura.		
3 Cruz de San Andrés, diagonales del rectángulo grande.		
4 Mediana horizontal del rectángulo grande 2.		
5 Mediana vertical del rectángulo grande 2.		
6 Pequeño rectángulo interior del rectángulo grande.		

- 
- 7 Pequeño segmento sobre el rectángulo 6.
- 8 Cuatro líneas paralelas en triángulo superior izquierdo.
- 9 Triángulo rectángulo sobre rectángulo grande (a la derecha).
- 10 Pequeña perpendicular en cuadrante superior derecha
- 11 Circulo con tres puntos en cuadrante superior derecha.
- 12 Cinco líneas paralelas en cuadrante inferior derecha.
- 13 Dos lados externos del triángulo isósceles de la derecha.
- 14 Pequeño rombo en vértice extremo del triángulo 13.
- 15 Segmento vertical en el interior del triángulo 13.
- 16 Prolongación de la mediana horizontal, altura triángulo 13.
- 17 Cruz en extremo inferior del rectángulo 2.
- 18 Cuadrado y diagonal en extremo inferior izquierda.
- Total:
-

PUNTUACIÓN \_\_\_\_\_ BRUTA

PERCENTIL \_\_\_\_\_

Pc	COPIA	MEMORIA
99		
90		
80		
75		
70		
60		
50		
40		
30		
25		
20		
10		
1		