

UNIVERSIDAD PANAMERICANA

Facultad de Humanidades

Licenciatura en Psicología Educativa



**Estudio de caso de niño de 8 años referido por dificultades de atención y
rendimiento académico atendido en AMG Internacional, Colonia Verbena de
la Ciudad Capital**

(Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida)

Patricia Maribel Castillo González

El Naranjo, septiembre 2019

**“Estudio de caso de niño de 8 años referido por dificultades de atención y
rendimiento académico atendido en AMG Internacional, Colonia Verbena de
la Ciudad Capital**

(Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida)

Patricia Maribel Castillo González

Licenciada María Gabriela Aceituno Méndez(Asesor)

Licenciada Magda Raquel Custodio Gómez (Revisor)

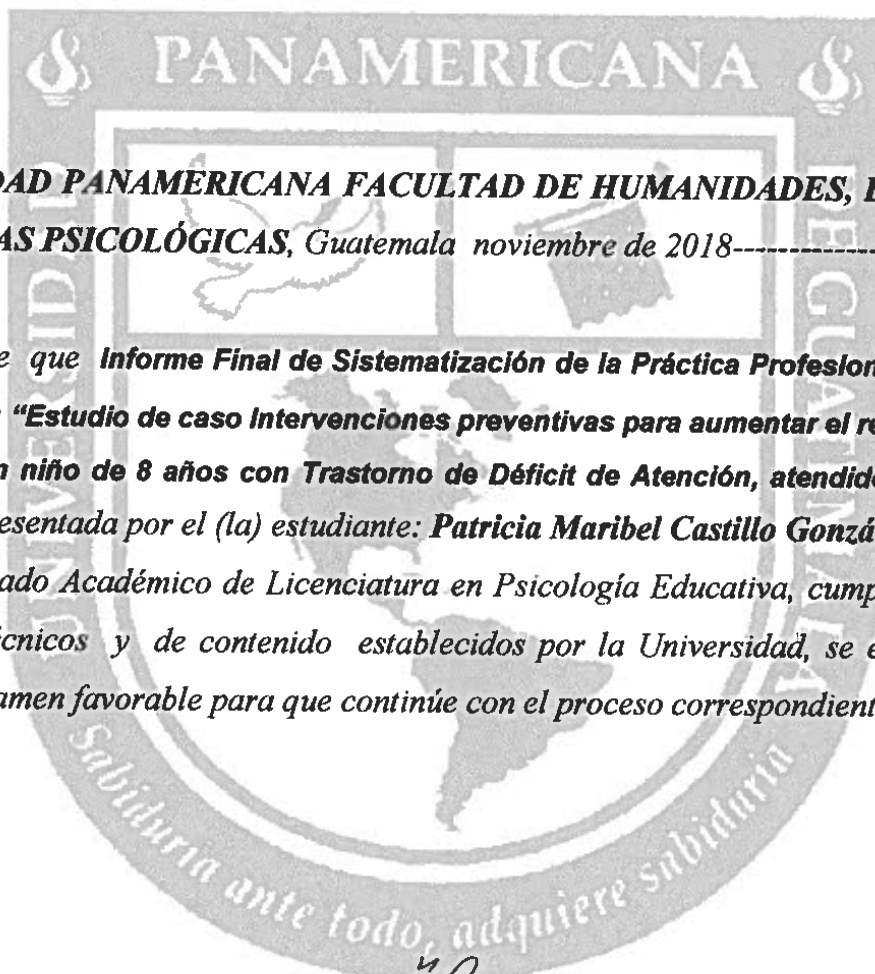
El Naranjo, septiembre 2019

Autoridades Universidad Panamericana

Rector	M.Th. Mynor Augusto Herrera Lemus
Vicerrectora Académica	Dra. Hc. Alba Aracely Rodríguez de González
Vicerrector Administrativo	M.A. César Augusto Custodio Cobar
Secretaria General	EMBA Adolfo Noguera Bosque

Autoridades Facultad de Humanidades

Decano	M.A. Elizabeth Herrera de Tan
Vice Decano	M.Sc. Ana Muñoz de Vásquez



UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala noviembre de 2018-----

En virtud de que Informe Final de Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: “Estudio de caso Intervenciones preventivas para aumentar el rendimiento académico en niño de 8 años con Trastorno de Déficit de Atención, atendido en AMG, Verbena”. Presentada por el (la) estudiante: Patricia Maribel Castillo González, previo a optar al grado Académico de Licenciatura en Psicología Educativa, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.

María Gabriela Aceituno Méndez
Asesor

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala, septiembre de 2019 -----

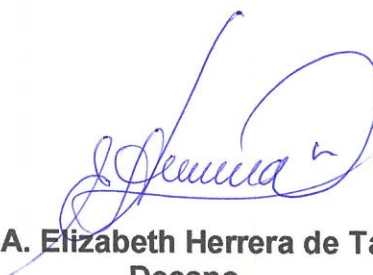
En virtud de que la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: "Estudio de caso de niño de 8 años referido por dificultades de atención y rendimiento académico atendido en AMG Internacional, Colonia Verbena de la Ciudad Capital" Presentada por el (la) estudiante: Patricia Maribel Castillo Gonzáles, previo a optar al grado Académico de Licenciatura en Psicología Educativa, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.



Licda. Magda Raquel Custodio Gómez
Revisor

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala, mes de septiembre 2019. -----

En virtud que la presente Tesis con el tema "Estudio de caso de niño de 8 años referido por dificultades de atención y rendimiento académico atendido en AMG Internacional, Colonia Verbena de la Ciudad Capital", presentado por el (la) estudiante Patricia Maribel Castillo González reúne los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, esta Decanatura extiende **Dictamen de Aprobación** previo a optar grado académico Licenciatura en Psicología Educativa, para que el (la) estudiante proceda a la entrega oficial en Facultad.



M.A. Elizabeth Herrera de Tan
Decano
Facultad de Humanidades

Nota: *Para efectos legales, únicamente el sustentante es responsable del contenido del presente trabajo.*

Contenido

Resumen	i
Introducción	ii
Capítulo 1 Marco de Referencia	1
1.1 Antecedentes	1
1.2 Descripción	1
1.3 Ubicación	2
1.4 Organización	3
1.5 Organigrama	3
1.6 Visión	4
1.7 Misión	4
1.8 Programas establecidos	4
1.9 Justificación de la Investigación	5
Capítulo 2 Marco Teórico	6
2.1 Trastorno por Déficit de Atención	6
2.1.1 Dificultad de Atención	8
2.2 Consecuencias Educativas provocadas por el Trastorno por Déficit de Atención	10
2.2.1 Dificultad de lecto-escritura	12
2.2.2 Dificultad de cálculo matemático	14
2.3 Consecuencias emocionales	15
2.3.1 Frustración	16
2.3.2 Inseguridad	17
2.4 Problemas Interpersonales	18
2.4.1 Rechazo	19

Capítulo 3	Marco Metodológico	20
3.1	Planteamiento del problema	20
3.2	Problemática del caso de estudio	20
3.3	Pregunta de investigación	21
3.4	Objetivo General	22
3.5	Objetivos específicos	22
3.6	Alcances y límites	22
3.7	Metodología	23
3.8	Procedimiento	23
Capítulo 4	Presentación de Resultados	25
4.1	Sistematización de Estudios de Caso	25
4.2	Análisis de Resultados	45
Conclusiones		51
Recomendaciones		52
Referencias		53
Anexos		54
Lista de Gráficas		
Gráfica No. 1	Organigrama Fundación Internacional AMG	3
Lista de Cuadros		
Cuadro No. 1	Presentación Plan Terapéutico	40
Lista de Imágenes		
Imagen No. 1	Mapa Fundación AMG	2
Imagen No. 2	Genograma	28

Resumen

El presente trabajo fue realizado con el objetivo de optar al título de Psicología Educativa en la Universidad Panamericana, para lo cual se presenta como requisito la realización de una sistematización en la práctica supervisada de quinto año. El ejercicio fue realizado en la Fundación AMG Internacional, ubicada en 14 Calle 10-80, zona 7 Colonia Verbena de la Ciudad Capital.

La realización de dicho ejercicio profesional fue ejecutadaa partir del mes de febrero, concluyendo en el mes de noviembre, asistiendo una o dos veces por semana, en un período de ocho horas cada día, para poder alcanzar 350 horas de práctica requeridas por la universidad.

En el primer capítulo se encuentra marco de referencia, el cual consta toda la información pertinente al centro de práctica, tales como antecedentes históricos, ubicación de sus diferentes sedes, misión, visión, organigrama del centro y los diferentes programas que tiene al servicio de la comunidad educativa.

En el segundo capítulo se encuentra el marco teórico, en el cual se describe una investigación detallada del Trastorno por Déficit de Atención, junto al fundamento teórico que lo respalda.

En el tercer capítulo el cual se describe el marco metodológico de la sistematización, se describe el planteamiento del problema, la pregunta de investigación, los objetivos tanto a corto, como a mediano y largo plazo, los alcances obtenidos y los limitantes observados y la metodología utilizada en el caso de estudio.

En el cuarto capítulo se describe los datos generales del paciente, las pruebas aplicadas y los resultados obtenidos en el caso de estudio. Al mismo tiempo, se describe el plan terapéutico basado en el diagnóstico encontrado.

Introducción

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V el trastorno por déficit de atención es un patrón persistente de inatención que interfiere con el funcionamiento o desarrollo regular del niño, caracterizado por la falta de atención a los detalles o descuido, dificultades para mantener la atención en tareas específicas, problemas para seguir instrucciones, organizar y realizar tareas que requieran de algún esfuerzo mental.

Si se toma en cuenta que algunos de los problemas que se presentan en los centros educativos son provocados por la falta de atención, hace relevante conocer que para los niños, niñas y adolescentes con dicho trastorno, esa falta de atención manifestada frecuentemente es involuntaria, es decir, que no se trata únicamente de que al niño le resulte aburrido un tema, o que el maestro no este aplicando las estrategias necesarias para que el aprendizaje sea más significativo, sino que es procedente de la misma condición biológica, la cual no le permite captar de manera correcta los contenidos escolares.

Por lo mencionado anteriormente, este trabajo de investigación está encaminado a informar sobre el trastorno tratado, así como a orientar sobre las consecuencias por padecerlo, y al mismo tiempo proporcionar una guía para tomar acción al respecto.

Capítulo 1

Marco de Referencia

1.1 Antecedentes

La fundación AMG Internacional, proyecto Verbena, surge después de que el terremoto del año 1976 azotara a todo el país de Guatemala, basándose en las necesidades que en ese momento gran parte de la población guatemalteca presentaba, especialmente familias con grandes índices de vulnerabilidad social, económica y espiritual.

La decisión de establecer el proyecto en el área de la colonia Verbena, fue basada en la necesidad que muchas familias tuvieron de ubicar sus viviendas en las laderas de barrancos colindantes a este sector, los cuales han sido considerados como puntos de alto riesgo.

La fundación AMG Internacional, apoyándose en los principios cristianos de ayudar al prójimo, asumió el reto de impulsar un programa de desarrollo integral que pudiera proveer a los niños del sector y a sus familias educación, servicios médicos y odontológicos, aporte para sus uniformes y mejoramiento de viviendas, todo enlazado a un programa bien estructurado de educación cristiana, para poder provocar cambios significativos en la vida de los niños y de sus familias.

Por más de 40 años AMG Internacional ha proporcionado apoyo integral a familias en situación de riesgo a la población guatemalteca enfocándose en la educación con valores y principios como herramientas de desarrollo humano y comunitario.

1.2 Descripción

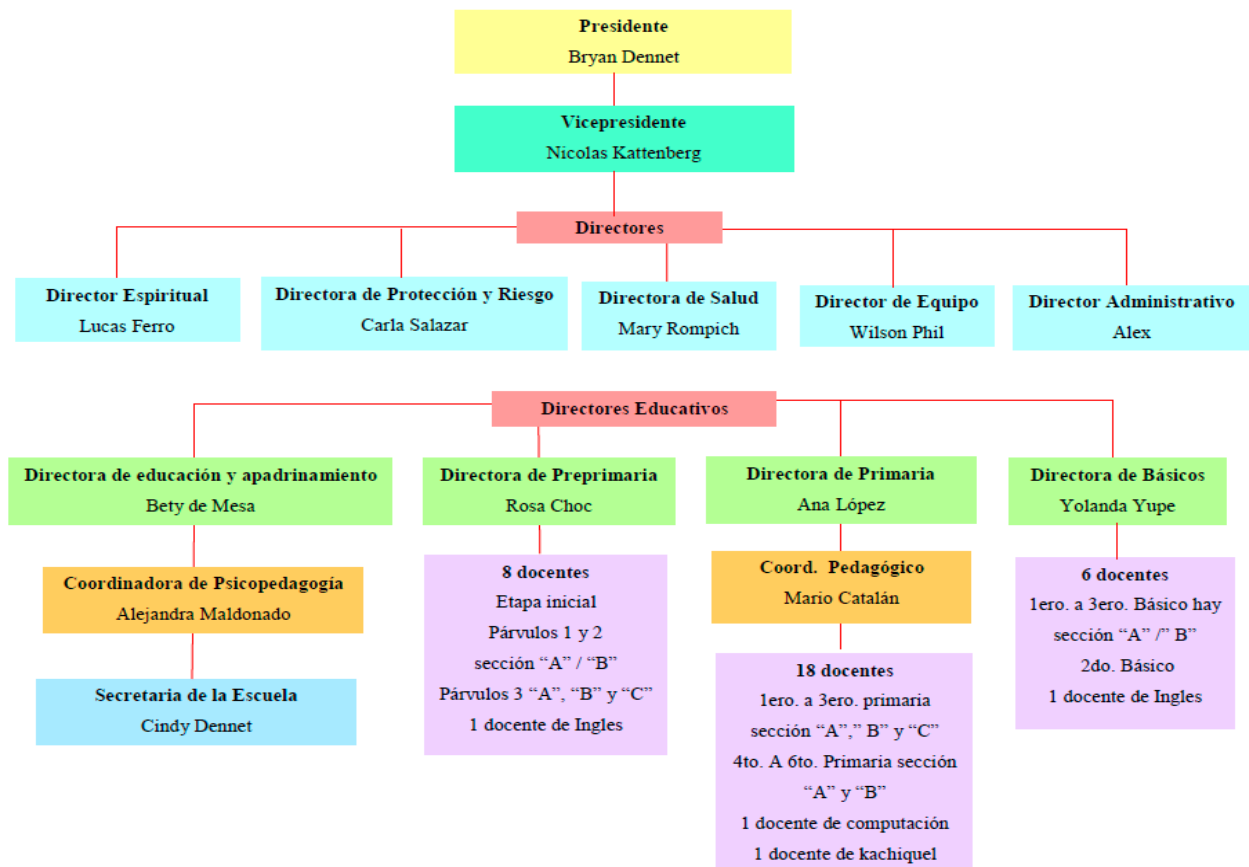
La práctica supervisada se realizó en la Fundación AMG Internacional, Escuela “Rayo de Luz”, ubicada en la 14 Calle 10-80, zona 7 Colonia Verbena de la Ciudad Capital, bajo la supervisión de la Licenciada Alejandra Maldonado, encargada del departamento de Psicopedagogía y con el

1.4 Organización

La Fundación AMG Internaciones cuenta con un equipo multidisciplinario que brinda atención en servicios sociales, religiosos, educativos y de salud, integrados por personal administrativo, pastor, psicólogos clínicos y educativos, médico, odontólogo, nutricionista y docentes.

1.5 Organigrama

Gráfica 1
Organigrama Fundación AMG Internacional



Fuente: elaboración propia

1.6 Visión

Imaginamos un día cuando cada persona en la tierra tendrá por lo menos una oportunidad de escuchar y responder a una clara presentación del evangelio de Jesucristo y tengan la oportunidad de crecer como discípulos de Cristo.

1.7 Misión

Avanzar con compasión el mandato de Jesucristo de evangelizar y hacer discípulos alrededor del mundo por medio de líderes nacionales comprometidos a una transformación de vida en asociación con cristianos que tengan el mismo propósito. Creemos que la verdadera transformación duradera requiere el creer en Jesucristo, arrepentirse y depender de Él. Este proceso incluye asistencia compasiva hacia aquellas personas en las comunidades en las que servimos.

1.8 Programas establecidos

Los programas con los que cuenta la Fundación AMG Internacional, “Escuela Rayo de Luz” son los siguientes:

Educación: Centros de formación estudiantil, guarderías, guía y educación cristiana, preparación y orientación vocacional, actividades extracurriculares, habilidades para la vida, apoyo de becas para continuar estudios del nivel básico, diversificados y nivel superior; refuerzo y tutoría académica, escuela para padres, apoyo espiritual y discipulado, 28 proyectos educativos con un alcance de atención a 8,000 niños y niñas.

Familia: Alcance a los más vulnerable, asistencia en desastres naturales, hilos de esperanza.

Salud: Medicina general, médico nutricionista y odontólogo.

Protección: No más riesgo, programa de calle

Empleo: Plan vocacional, coloca.

Discipulado: Animar a los jóvenes a disfrutar ser parte de la vida cristiana.

1.9 Justificación de la investigación

Como requisito para poder optar al título de Licenciatura en Psicología Educativa, la Universidad Panamericana requiere que se realice la Práctica Profesional Dirigida en quinto año, la cual fue realizada en la Fundación AMG Internacional, “Escuela Rayo de Luz” en donde se trabajaron procesos psicopedagógicos con los alumnos asignados.

Capítulo 2

Marco Teórico

2.1 Trastorno por déficit de atención

De acuerdo con el Centro de Investigación en Medicamentos (CIMED) de la Universidad de Costa Rica (2002), el déficit de atención es un patrón persistente y frecuente de falta de atención inapropiada para el grado de desarrollo esperable de los individuos, puede presentarse con o sin hiperactividad, y puede estar acompañado de problemas específicos de aprendizaje, con inteligencia normal, con alteraciones de conducta, inmadurez, déficit perceptuales, motores y de coordinación, inestabilidad emocional, dificultades con los compañeros, baja autoestima, baja tolerancia a la frustración y, especialmente, está asociado al fracaso escolar.

García Pérez (2001) en la revista Actualidades Investigativa en Educación del Instituto de Investigación en Educación de la Universidad de Costa Rica afirma:

El déficit de atención es una condición biológica que afecta, primordialmente, la capacidad del escolar para focalizar eficazmente y mantener la atención un tiempo razonable en una tarea que se le propone y que afecta gravemente la capacidad para aprender, construyendo un factor actitudinal, de base orgánica, el cual deber ser tenido en cuenta. (p. 2)

Mendoza (2003) en el libro ¿Qué es el trastorno por déficit de atención? Guía para padres y maestros afirma:

El trastorno por déficit de atención es un trastorno de origen orgánico y no puede ser considerado como enfermedad puesto que no se adquiere a través de un virus, ni por contagio; en realidad el TDA es una condición neurológica que obstaculiza para mantener la atención o concentrarse a quienes lo padecen. (p.9)

Con relación a lo anterior, es importante tener en cuenta que el Trastorno por déficit de atención no tiene una cura, pero es posible crear estrategias que le permitan al niño, niña o adolescente tener una vida normal, teniendo en consideración que requieren de apoyo educativo adicional que le ayude a desarrollar de manera óptima una vida escolar y social dentro de los parámetros esperados según la edad.

El Trastorno por déficit de atención, se manifiesta en los individuos desde los primeros años de vida y puede llegar a no ser diagnosticado a lo largo de la vida de una persona. Esto se refiere a que es una condición que afecta tanto a niños como a adolescentes, jóvenes y adultos, sin importar género, raza o estrato social, por lo que es importante mencionar, que el trastorno por déficit de atención no es una condición voluntaria o de mala disciplina por parte del individuo, más bien es, una alteración bioquímica del sistema nervioso que modifica el funcionamiento de las habilidades intelectuales (Mendoza, 2003).

A lo que el DSM-V (2014) describe:

Se sabe que el trastorno por déficit de atención con y sin hiperactividad ocurre en distintas culturas, con variaciones en su prevalencia entre distintos países occidentales, probablemente a causa de que las prácticas diagnósticas son distintas, y no a consecuencia de diferencias en la presentación clínica del cuadro. (p.62)

Lo que quiere decir, es que sin tomar en cuenta el país en donde se presente el trastorno por déficit de atención, todas las características conductuales de los individuos que lo padecen serán similares en cada una de las culturas en las que realicen los estudios, teniendo en cuenta que la única diferencia es la forma o manera en la que se realizan los diagnósticos en cada lugar.

En relación con lo mencionado anteriormente acerca del trastorno por déficit de atención, se hace referencia a la descripción proporcionada por Calderón en la página Psicopedagogía.com. Psicología para padres y maestros (2006), quien define el trastorno de la siguiente manera:

El trastorno por déficit de atención se caracteriza por una dificultad o incapacidad para mantener la atención voluntaria frente a determinadas actividades tanto en el ámbito académico, como cotidiano. Por ende, las relaciones sociales se ven afectadas por el hecho de que es muy difícil para una persona de estas características seguir reglas o normas rígidas de comportamiento. Habitualmente se asocia este déficit a una falta de autocontrol, y sobre todo a dificultades en tener conciencia de los errores.

Lo anterior hace referencia a que los individuos que padecen de trastorno por déficit de atención pueden llegar a evidenciar actitudes o conductas que en muchas ocasiones pueden llegar a ser malinterpretadas, lo que conlleva a que sean etiquetados como personas distraídas y con una total falta de interés hacia actividades de índole académica, social o hacia cualquier otro ámbito de su contexto de vida.

2.1.1 Dificultad de atención

La atención se puede definir como una cualidad perceptiva, la cual evalúa y procesa los estímulos ambientales con el propósito de darle prioridad a los más relevantes. Bajo esta perspectiva se enmarcan dos tipos de determinantes en el proceso de atención: Los determinantes internos, los cuales son propios del individuo y dependen únicamente de él y los determinantes externos, que son las manifestaciones del medio en el que se desenvuelve. Dentro del proceso de atención, existen habilidades cognitivas que se pueden evaluar y mejorar, tales como la inhibición, la atención dividida, el enfoque o atención focalizada y la flexibilidad mental.

Las dificultades de atención están asociadas a trastornos neurobiológicos que explican las causas del por qué un individuo padece limitaciones en su conducta diaria, tal como olvidar cosas o cometer errores continuos por descuido. Las dificultades por déficit de atención pueden afectar a cualquier tipo de población, especialmente a niños y niñas, siendo detectadas con más facilidad durante el proceso de escolarización.

De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) el trastorno por déficit de atención refleja conductas frecuentes de inatención, tales como:

Inatención:

- Continuamente presentan dificultad para poner atención a los detalles o tienden a cometer errores frecuentemente por descuido en trabajos de la escuela o en otras actividades, es decir que estos individuos no observan los detalles pequeños, por ejemplo, cuando necesitan buscar algo específico, si no lo tienen cerca o a su alcance inmediato aseguran que no está.
- Dificultades para sostener la atención en actividades lúdicas, lo que significa que sin importar la actividad que se esté realizando, el individuo pierde el interés en un lapso muy corto de tiempo.
- Parecen no escuchar cuando se les habla, es decir, cuando se está hablando con un individuo con estas características, probablemente pueda mantener la vista con la otra persona, pero no esté poniendo atención a lo que se le está diciendo, o peor aún, después de un lapso muy corto de tiempo tampoco pueda seguir manteniendo contacto visual.
- No siguen instrucciones y tienen dificultad para terminar cualquier tipo de tarea o quehacer, incluso pueden tener problemas para interpretar las instrucciones, es decir que cuando se les da una instrucción que requiera de una secuencia de pasos para realizarla, no lo hagan con el orden lógico para llevarla a cabo, sino que lo harán de manera inadecuada, aunque no sea el resultado esperado.
- Tienen dificultad para organizarse tanto en tiempo, trabajo u objetos, esto puede darse como una consecuencia de la misma inatención, pues no saben qué hacer, o la manera correcta de realizar una tarea, además de la complicación de no comprender por dónde empezar una actividad.
- Evitar realizar tareas que les demande algún esfuerzo mental, esto se da debido a que los lapsos de atención de estos individuos son más cortos y tienden a aburrirse con mucha facilidad y a distraerse con cualquier otra cosa que en ese momento se encuentre en su contexto, por ejemplo, la lectura de un libro que no tenga ningún tipo de ilustraciones.

- Pierden cosas constantemente, especialmente las que no les llaman la atención, como las escolares, esto puede estar ligado a la dificultad para poner atención a los detalles, y es por no estar atentos a lo que hacen, tampoco se fijan en donde dejan las cosas.
- Se distraen con mucha facilidad ante los estímulos externos, es decir que cualquier otra cosa que no requiera de esfuerzo mental va a ser mucho más llamativa para el individuo, por ejemplo, un niño que deba resolver una página de ejercicios de matemática pondrá más atención a otras cosas que estén en su entorno.
- Son olvidadizos en sus actividades cotidianas, lo que significa que probablemente requieran de supervisión constante para realizarlas. Por ejemplo, lavarse las manos, arreglar su material de trabajo para el día siguiente, lavarse los dientes, entre otras.

2.2 Consecuencias educativas provocadas por el trastorno de déficit de atención

Gratch (2001) y Bauermeister (2000) mencionan la problemática de estudiantes con trastorno por déficit de atención para poder concentrarse, lo cual tiene una relación directa con el rendimiento escolar. Para que un estudiante pueda desarrollarse apropiadamente en la escuela, es indispensable que pueda concentrarse durante un lapso de tiempo necesario para la realización de alguna actividad, aunque en el ambiente escolar exista una gran variedad de estímulos externos que pueden causar distracciones constantes, tales como distracciones ambientales y otros estudiantes que tienen formas de trabajo diferentes, los que son estímulos externos que el cerebro debe inhibir para responder solo a los que requieran atención para poder lograr las competencias propuestas.

Barkley (1998), describió que la dificultad en la inhibición de impulsos no permite que los diferentes procesos psicológicos puedan desarrollarse de manera óptima. A estos procesos se les llaman funciones ejecutivas según Bauermeister (2001), (2003) que son actividades mentales del funcionamiento complejo necesarias para realizar acciones como: planificar, organizar, revisar, regularizar, guiar y evaluar el comportamiento necesario para alcanzar metas. Señala que:

Estas funciones empiezan a desarrollarse a partir el primer año de vida y continúan desarrollándose hasta la adolescencia. Por medio de ellas, por ejemplo, podemos responder más a un plan que a las actividades que distraen. Las funciones ejecutivas permiten guiar nuestras acciones más por las instrucciones que nos damos a nosotros mismos que por influencias externas. Es decir, estas funciones permiten autorregular el comportamiento para poder hacer lo que nos proponemos hacer. (p.1 y p.12)

En relación con lo expuesto anteriormente es importante resaltar que, en los niños con trastorno por déficit de atención, las funciones ejecutivas están presentes, pero que su funcionamiento no es el esperado, lo que podría ser la causa de la dificultad en el rendimiento académico y en las actividades cotidianas que se espera que lleve a cabo.

Se ha establecido a través de diferentes estudios, que hay un problema de aprendizaje cuando existe una clara diferencia entre la edad mental, la edad cronológica y el rendimiento académico esperado en el niño, teniendo en cuenta que el problema principal en la dificultad de aprendizaje puede ser el interés que el niño tengan hacia un tema específico, especialmente los que demanden atención sostenida como las matemáticas.

El DSM-V en su versión de 2014, cita algunas características del proceso y desarrollo escolar en niños con trastornos por déficit de atención, las cuales enumera de la siguiente manera:

El trabajo suele ser sucio y descuidado y realizado sin reflexión. Los sujetos suelen experimentar dificultades para mantener la atención en actividades laborales o lúdicas, resultándoles difícil persistir en una tarea hasta finalizarla. A menudo parecen tener la mente en otro lugar, como si no escucharan o no oyeran lo que se está diciendo. Pueden proceder a cambios frecuentes de una actividad no finalizada a otra. Los sujetos diagnosticados con este trastorno pueden iniciar una tarea, pasar a otra, entonces dedicarse

a una tercera, sin llegar a completar ninguna de ellas. A menudo no siguen instrucciones ni órdenes y no llegan a completar tareas escolares, encargos u otros deberes. (p. 59)

En relación con todas las características especificadas anteriormente, se debe considerar que un niño con trastorno por déficit de atención presentará una mayor dificultad para lograr adquirir y desarrollar procesos de lectura, escritura y cálculo matemático, ya que estos requieren de un mayor esfuerzo mental y de un enfoque de atención sostenida con lapsos de tiempo mayores a los que puede manejar.

2.2.1 Dificultad en la adquisición del proceso de lectura y escritura

Las problemáticas en el aprendizaje de la lectura inician cuando los individuos tienen dificultad para el reconocimiento y la comprensión de la información escrita, lo cual altera el rendimiento académico, ya que casi todas las áreas de estudios tratan con información escrita. De acuerdo con Fry (1983), el proceso lector inicia con la palabra escrita que es el estímulo que no en marcha los procesos perceptivos de análisis visual que tienen como objetivo reconocer la información, analizarla y darle significado.

Es importante enfatizar sobre la importancia de conocer sobre la enseñanza de la lectoescritura en niños con trastorno por déficit de atención, enfocándose en metodologías como métodos sintéticos, analíticos y mixtos, los cuales se explican a continuación (Lebrero, 1990, Lebrero Lebrero, 1999 y Poves, 1985):

El método sintético, que se caracteriza por seguir una progresión sintetizadora, lo que significa que parte de lo más simple (letras, fonemas y sílabas) para poder llegar a formar palabras o frases. Dentro de este método se dan las variables de métodos alfabéticos, fonéticos y silábicos. Podría ejemplificarse como el método que va de lo particular a lo general. Los métodos analíticos se enfocan en factores psicológicos y educativos, con el

objetivo de obtener comprensión lectora y escritura que responda a la expresión del pensamiento del individuo. En este método se parte de unidades con sentido como palabras o frases para luego poder descomponerlas en unidades básicas sin sentido como las sílabas y letras. Los métodos mixtos, también conocidos como métodos globales de la lectoescritura, proponen combinar los dos enfoques anteriores, teniendo en cuenta que una de las bases de este método es la importancia que se le da a la función visual, más que a las funciones aditivas y motrices, dando prioridad al desarrollo natural del proceso, puesto que la globalización está basada en los centros de interés del niño. La obtención del proceso de lectoescritura puede ser complejo, pues puede llegar a manifestar dificultades comprometidas con los factores de percepción y agudeza visual, orientación temporo-espacial, lateralidad y habilidades lingüísticas y metalingüísticas. Por lo que es indispensable que haya una adecuada comprensión y expresión del lenguaje oral, por lo que es necesario haber desarrollado un lenguaje oral adecuado antes de aprender a leer y a escribir (Clemente, 2001 y Lebrero, 1990).

Tomando en cuenta lo anterior, es indispensable tener en consideración que la adquisición del proceso lectoescritor para niños con trastorno por déficit de atención es mucho más complejo que para los otros niños que tienen un nivel de aprendizaje regular, puesto que este tipo de alumnos manifiesta dificultades específicas como la falta de atención, tanto en cantidad como en calidad de la misma, dificultades de autocontrol y en muchas ocasiones frustración causada por la falta de seguridad al enfrentar estos procesos.

Dentro de las problemáticas más frecuentes que se encuentran en niños con trastorno por déficit de atención en el proceso de adquisición de lectoescritura, se pueden citar las siguientes: bajo nivel de comprensión, omisiones de letras, muchas veces se saltan de renglón porque tienden a

perder el orden o la secuencia, integración del lenguaje y en la organización de la información obtenido; en cuanto a la escritura se presentan letras irregulares, manchones, ondulaciones, mucha presión al escribir, entre otros.

Considerando que los propios síntomas del trastorno por déficit de atención son los que provocan las deficiencias en el aprendizaje, se debe tener presente que los niños con TDA regularmente presentarán un bajo rendimiento académico en relación con su edad cronológica y su nivel de inteligencia.

2.2.2 Dificultad de cálculo matemático

Los niños que padecen un trastorno por déficit de atención regularmente evidencian dificultades de aprendizaje no solo en el proceso lectoescritor, sino que también en el aprendizaje de las matemáticas (DAM), lo cual se relaciona con una afección severa del Funcionamiento ejecutivo, lo que se debe a que el cálculo y la solución de problemas matemáticos ya que exigen un mayor lapso de atención, planificación y memoria de trabajo.

Dentro de las dificultades matemáticas que más se presentan en los niños con trastornos por déficit de atención se pueden enumerar las siguientes:

- Dificultad en la comprensión de los enunciados, lo cual se da por un marcado déficit de atención en la lectura y ausencia del análisis en lo que se le pide que realice.
- Errores por descuido en la aplicación del signo matemático. En el caso de los niños con TDA sería conveniente poner cada signo de la operación con colores distintivos, ya que esto enfocará su atención y lo obligará a pensar antes de realizar una operación.
- Problemas para abstraer conceptos matemáticos, por ejemplo, cuando se trabaja conceptos de unidad, decena o centena, para lo que sería muy recomendable la utilización de distintos materiales, especialmente si tienen colores llamativos, para poder hacer agrupaciones, reparticiones o sacar elementos.

- Se presenta una ausencia de las habilidades necesarias para resolver problemas matemáticos como falta de organización, dificultad para encontrar las partes importantes de una operación, por la dificultad de memoria presentan una marcada problemática para aplicar conocimientos previos, no pueden llevar una secuencia lógica y los cálculos, cuando se logran realizar tienen a ser poco precisos.

A partir de todo lo citado anteriormente es necesario enfatizar la importancia que tiene el ofrecerles a niños con trastornos por déficit de atención que están en el proceso de adquisición y desarrollo de matemática más tiempo para pensar, ayudarles a crear el hábito de trabajo a través de ejercicios de cálculo mental y trabajar por medio de juegos y manipulación de material la representación mental de los números y la identificación de operaciones sin tener que resolver el problema en sí.

2.3 Consecuencias emocionales

Tomando en cuenta que la autoestima es esencial para el desarrollo del niño, esta puede llegar a influir en todas las áreas de la vida de una persona, tales como los pensamientos, sentimientos y sus creencias y mediante la valoración personal de las mismas, esta puede llegar a ser positiva o negativa desde donde cada individuo construye su propio autoconcepto.

En relación con lo anterior Papalia, et (2001, p 550) plantea:

Es en la niñez intermedia cuando los juicios de valor sobre sí mismos se vuelven más reales, equilibrados y completos, y los expresan con más claridad. La autoestima es un componente importante del autoconcepto, que relaciona los aspectos cognoscitivos, emocionales y sociales de la personalidad. Los niños con una autoestima baja tienden a ser depresivos.

Si se considera la realidad del desarrollo individual del niño y se toma en cuenta la realidad de los niños con trastorno por déficit de atención, se debe considerar que la mayoría de ellos no presentan dificultades cognitivas que les impidan en alguna manera resolver tareas propias del medio escolar, sin embargo la respuesta del medio social en el que se desenvuelven reafirma que su participación no es la adecuada y en la mayoría de casos que no es la esperada, lo que causa gran confusión en los niños puesto que estos consideran que en muchas ocasiones si pueden hacer las cosas pero es el contexto que los rodea el que los limita.

El desarrollo de la autoestima depende de muchos factores relacionados con el medio o contexto en el que el niño se desarrolla, tales como la familia, la escuela, la comunidad, la cultura y la propia persona basándose en su personalidad, temperamento y carácter.

En relación con lo descrito anteriormente, se hace necesario la creación de programas dirigidos a niños que padezcan trastorno por déficit de atención que les permita desarrollar y reafirmar su autoestima, basándose en la proposición de Rief (1998), en donde enumera una serie de características positivas asociadas a niños con TDA, entre las que se pueden mencionar la creatividad, la calidez, la resiliencia, la sensibilidad ante conflictos ajenos, la sociabilidad y el buen sentido del humor, entre otras, las cuales tienden a ser ignoradas en el medio educativo convencional en el que el niño con TDA se desenvuelve.

Este tipo de programas podría enfocarse en la proporción de actividades que ayuden al niño con trastornos por déficit de atención a desarrollar habilidades de responsabilidad, de reflexión sobre las dificultades a las que se pueda enfrentar en ambientes ajenos, en toma de decisiones y habilidades para la resolución de problemas; además, del desarrollo de destrezas para aprender a manejar sus emociones.

2.3.1 Frustración en niños con trastorno por déficit de atención

La frustración puede ser considerada como la impotencia padecida por una persona ante un obstáculo que imposibilita el poder alcanzar una meta propuesta; además la manera en que se percibe la frustración tendrá gran influencia en la forma en que se reacciona ante ella.

Cuando se hace referencia a niños con trastornos por déficit se debe tener en cuenta que la mayoría de las veces presentan baja tolerancia a la frustración puesto que no logran manejar el que las cosas no las puedan realizar de manera inmediata, lo que hace que reaccionen con manifestaciones de ira o retraimiento en algunos casos.

El ayudar a un niño con TDA a manejar la frustración implica poder proporcionarle habilidades para manejar el fracaso, por medio de la búsqueda de diferentes soluciones alternativas o ayudándole a comprender que muchas veces las cosas no pueden hacerse o adquirirse en un momento específico.

García y Magaz (2001) citan:

Como consecuencia de la acumulación crónica de frustración y castigos, éstos en su mayor parte dirigidos a su persona y no sólo a su comportamiento inadecuado, el niño con trastornos por déficit de atención suele llegar a la preadolescencia con un autoconcepto de sí mismo muy distorsionado y con una baja autoestima. (p.27).

Lo que hace referencia a que esta población tiende a ser etiquetada como individuos distraídos, con falta de intereses e incapaces de alcanzar las competencias del resto del grupo en el que se desenvuelven, por lo que regularmente deben enfrentar cierto nivel de rechazo o apatía hacia su persona y no a la dificultad que presentan.

2.3.2. Inseguridad en niños con trastornos por déficit de atención

De acuerdo con Dorling (2007), en estudios publicados en el *International Journal of Epidemiology*, explica lo siguiente:

El cuarenta por ciento de nuestro cociente de felicidad se basa en eventos de la vida reciente. Si lo experimentamos por ejemplo con un fracaso, un abandono o una decepción profunda es común que el individuo tienda a desarrollar cierta sensación de inseguridad.

Enfocando lo citado con anterioridad y basándose en las dificultades que enfrenta un niño con trastorno por déficit de atención, al no poder realizar actividades con la misma puntualidad y rapidez que sus iguales, no poder organizarse y hacer de forma secuencial lo que los demás hacen con mayor facilidad y no poder alcanzar sus metas propuestas de la manera que los demás lo hacen, es muy acertado pensar que son individuos que frecuentemente enfrentan episodios de inseguridad.

Se hace indispensable que los niños con trastornos con déficit de atención requieran que se trabaje un programa de inteligencia emocional acompañada de su programa regular de estudios y de técnicas o estrategias para ayudarle a manejar mejor la atención, esto se hace con el objetivo de que el niño aprenda a conocerse a sí mismo, conocer sus capacidades, habilidades y que pueda aprender a expresar sus sentimientos y emociones.

2.4 Problemas interpersonales

Bacete, García & Casares (2010) citan:

El trastorno por déficit de atención afecta frecuentemente el ámbito social. Los niños con TDA tienen serios problemas para relacionarse con sus iguales. Presentan conductas agresivas, de burla o de abuso al resto de sus compañeros y por ello son rechazados por el

resto del grupo. Su falta de asertividad provoca el rechazo social en la escuela, y con ello la sensación de sentirse solos y aislados, influyendo negativamente en su autoestima y autoconcepto.(p.123-136)

En los niños con trastornos por déficit de atención la problemática relacionada a los problemas interpersonales o relaciones sociales es producido a causa de la baja tolerancia, a la constante frustración a la que se enfrentan por situaciones que no pueden manejar adecuadamente, por la desatención que padecen, que muchas veces, no les permiten respetar o seguir las reglas de un juego o llevar una conversación con secuencia o sentido lógico con sus iguales, por lo que son niños que no logran integrarse a un grupo pues rara vez son admitidos en el mismo.

2.4.1 El rechazo en niños con trastorno por déficit de atención

El rechazo social regularmente se vincula a la dificultad en la adquisición y en el desarrollo de las habilidades sociales, lo que podría conllevar a una incapacidad para establecer relación social con sus iguales. Frecuentemente, cuando se trata de niños con TDA suelen ser apartados o poco acogidos por el grupo, ya que son niños que tienden a distraerse, a ser muy descuidados y olvidadizos, lo que les dificulta seguir la secuencia de un juego y parece que no escuchan a nadie, como si estuvieran en otro mundo.

Capítulo 3

Marco Metodológico

3.1 Planteamiento del problema

El Trastorno por Déficit de Atención o TDA, involucra falta de atención y concentración, así como un comportamiento de distracción. Los niños y niñas que padecen de este trastorno no son excesivamente activos y tampoco tienden a interrumpir en clase; más bien, presentan dificultad para completar tareas asignadas a corto, mediano y largo plazo, se distraen con mucha facilidad, frecuentemente cometen errores y evitan realizar actividades que requieran de trabajo mental continuo y de mucha concentración. A los niños y niñas con Trastorno por Déficit de Atención con regularidad se les malinterpreta como perezosos, desmotivados e irresponsables.

Los niños y niñas con déficit de atención o TDA, presentan en muchas ocasiones confusión e inatención, lo que los lleva a una pérdida importante de la información. Generalmente, presentan un tempo cognitivo lento, dificultades en la memoria de trabajo y en la retención de nueva información, lo que ocasiona que cometan errores en la ejecución de instrucciones orales o escritas, les cuesta entender las cosas de un modo claro y rápido y se les dificulta mucho organizarse.

3.2 Problemática del caso de estudio

El paciente del estudio de caso, Pedro, tiene ocho años y reside en la zona 7 de la Ciudad Capital. Presentó la siguiente sintomatología desde que inició su proceso educativo, dentro de las que se mencionan las siguientes: Falta de atención y distracción, descuido en la realización de tareas escolares y en actividades recreativas, dificultad para escuchar o para estar atento cuando se le habla directamente, con frecuencia presenta conflicto para seguir instrucciones simples, lo que le ha provocado inconvenientes en el desarrollo de los procesos académicos; además, tiende a ser

muy desorganizado y descuidado con su material de estudio y constantemente evade actividades que le impliquen un esfuerzo mental sostenido.

Dentro de los principales problemas que Pedro ha tenido que sobrellevar, es la dificultad que presenta para adquirir los procesos de lectura, escritura y procesos lógico-matemáticos, lo que no ha permitido que el paciente pueda alcanzar las competencias esperadas del nivel de primero primaria, grado que actualmente cursa y del que es repitente. La dificultad de atención y la constante distracción del paciente, ha sido una constante dificultad para lograr la integración de este en todas las actividades que se realizan dentro y fuera del salón de clases y en muchas ocasiones ha sido un inconveniente para el resto de sus compañeros, pues tiende a distraerlos.

Otro de los problemas que se encuentran en el contexto del paciente, es el rechazo que sus compañeros de clase manifiestan, por ejemplo: no tomándolo en cuenta en juegos que realizan a la hora del receso, evitando trabajar con él cuando forman grupos de trabajo, etiquetándolo constantemente con la dificultad de aprendizaje que presenta y culpándolo la mayor parte del tiempo de los conflictos que se presentan en el aula. Además, la maestra se queja constantemente del paciente, aun estando frente a él, lo que le ha provocado un sentimiento de frustración, apatía y negación hacia la realización y participación de cualquier actividad académica.

Los padres del paciente, ante esta dificultad se han mostrado muy distanciados, poco interesados y con evidente descuido hacia el progreso que pueda tener y hacia los programas de ayuda que el centro educativo ofrece para procurar un desarrollo óptimo, atendiendo las necesidades específicas de Pedro.

3.3 Pregunta de investigación

¿Qué estrategias se deben aplicar para mejorar la atención en niños con Trastorno por Déficit de Atención?

3.4 Objetivo General

Enseñar estrategias que se deben aplicar para mejorar la atención en niños con Trastorno por Déficit de Atención.

3.5 Objetivos específicos

- Identificar la calidad y el campo de atención del niño (a), por medio de pruebas estandarizadas.
- Emplear estrategias que permitan al niño (a) el desarrollo de destrezas necesarias para la adquisición de lectura, escritura y procesos lógico- matemáticos.
- Fomentar la motivación personal y potenciar la empatía hacia los demás mediante la adquisición de competencias y actitudes positivas.
- Desarrollar habilidades sociales y relaciones interpersonales mediante actividades grupales.

3.6 Alcances y Límites

Alcances

Entre los alcances obtenidos en el estudio de casos de la práctica Profesional Dirigida, se logró que niños, niñas y adolescentes atendidos pudieran ser evaluados mediante pruebas estandarizadas y poder desarrollar y aplicar planes remediales adecuados a sus necesidades.

Otro de los alcances fue la buena disposición del paciente para integrarse y colaborar en los procesos terapéuticos, logrando obtener cambios significativos a nivel conductual, emocional y académico.

Límites

En la Institución AMG Internacional, sede Verbena, fueron pocos los limitantes que se encontraron dentro de los que se pueden mencionar los espacios reducidos disponibles dentro del área de psicopedagogía y la limitante del tiempo que no permitió completar la aplicación del plan remedial.

3.7 Metodología

El presente trabajo fue realizado como parte del proceso de la Práctica Profesional Dirigida de la Carrera de Psicología Educativa durante el año 2018, está fue llevada a cabo bajo la metodología cualitativa, la que tiene como base el recolectar y describir datos como situaciones, comportamientos, habilidades y dificultades del paciente.

3.8 Procedimiento

La primera etapa de la práctica fue el estudio de casos asignados para la realización del plan terapéutico, seguido por el proceso de entrevistas, observación y evaluación, lo que fue realizado durante los meses de febrero, marzo, abril y mayo, para lo que se preparó una propuesta de batería de evaluación específica a cada caso asignado y que fue aprobada por la catedrática de práctica supervisada. Posteriormente se llevó a cabo la calificación de las pruebas para poder realizar la interpretación de dichos resultados y así poder llegar a obtener una impresión diagnóstica.

Como segunda etapa, se realizó un plan remedial basado en el enfoque cognitivo-conductual en donde se elaboraron planificaciones de sesiones de trabajo que tenían como objetivo el desarrollo de destrezas de pensamiento, adquisición y potencialización de los procesos de lectura, escritura y comprensión y el desarrollo de habilidades lógico matemática.

Además, se implementó sesiones de gimnasia cerebral en cada sesión y terapias basadas en la escuela de la Gestalt para ayudar al manejo de las emociones. Toda la planificación del plan remedial fue basado en su gran mayoría, en actividades lúdicas y utilización de material que pudiera ser manipulable por el niño y de esa forma poder lograr un aprendizaje significativo.

Capítulo 4

Presentación de Resultados

4.1 Sistematización de estudio de caso

Datos personales:

Nombre: Pedro Manuel Rosales Carrera

Sexo: Masculino

Fecha de nacimiento: 27 de febrero del 2010

Edad: 8 años 3 meses

Escolaridad: Primero primaria

Religión: Cristiana evangélica

Dirección: -----

Teléfonos: Casa: ----- Celular: ----- Trabajo:-----

Información exclusiva en caso de menores de edad:

Nombre del padre: Erick Rosales

Profesión u oficio: Bachiller

Lugar de trabajo: -----

Nombre de la madre: Marta Josefina Carrera

Profesión u oficio: Ama de casa

Lugar de trabajo:

Referido por: Maestra de grado del centro educativo

Motivo de consulta

“La madre del paciente indica que desde muy pequeño ha presentado dificultades para prestar atención, le cuesta seguir instrucciones, tiende a distraerse mucho y se le dificulta permanecer sentado; presenta dificultades para la adquisición del proceso de lecto-escritura y de matemáticas”.

Acciones o percepciones (examen mental)

Padres del paciente

Únicamente se presentó la madre del paciente a la segunda cita programada, su apariencia personal en cuanto a vestimenta no era apropiada.

Su actitud al inicio de la entrevista no fue cordial, era evasiva y no estableció contacto visual, sus respuestas eran ambiguas y no mostraba interés por proporcionar información.

Se encontraba ubicada en tiempo y espacio. Con el transcurso de la reunión su actitud fue cambiando y fue muy colaboradora y participativa, su nivel de ansiedad disminuyó y estaba más tranquila y relajada.

Paciente

El aspecto general del paciente durante la sesión de rapport fue apropiada para un niño de su edad, su ropa estaba limpia y bien arreglado, mostraba cuidado en cuanto a hábitos higiénicos. Su actitud fue amable, colaborador, curioso y atento a las actividades que se planificaron y logró establecer contacto visual durante la sesión.

Necesitaba que se le repitiera varias veces la instrucción del juego, pues perdía la atención constantemente, especialmente al inicio de este o cuando le llamaba la atención otra cosa se levantaba de la silla para saber de qué se trataba, sin embargo, le costaba mucho retomar la actividad que se estaba realizando.

Historia del problema actual:

Según referencias proporcionadas por la dirección del centro educativo, el paciente tiende a distraerse constantemente, por lo que le es difícil enfocar su atención en una actividad específica, le es muy difícil poder trabajar en grupo pues tiende a distraer al resto de sus compañeros.

Presenta dificultades de lenguaje, especialmente en fluidez verbal y secuencia lógica para narrar frases. Tiene dificultades en el desarrollo y adquisición del proceso de lectura y escritura y presenta dificultades en cálculo matemático.

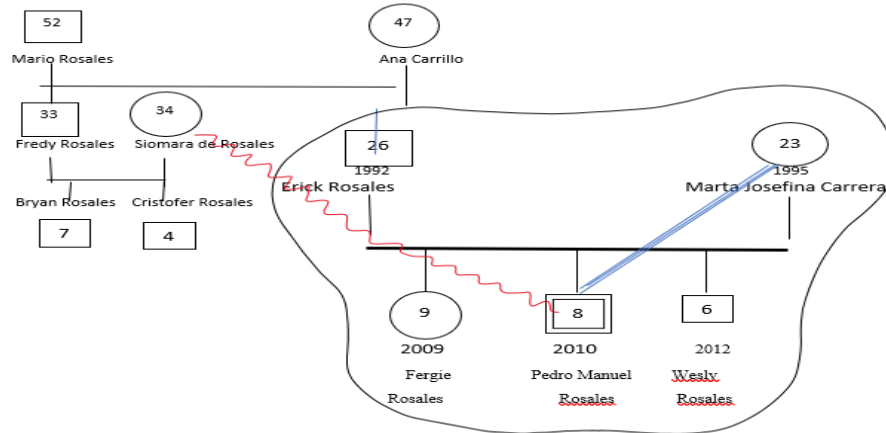
Actualmente está repitiendo primero primaria y aún no ha logrado alcanzar las competencias necesarias según el grado que está cursando, únicamente logra contar del uno al cinco y escribe los números en secuencia del uno al cuatro; confunde vocales y no reconoce consonantes. En clase solamente copia lo que la maestra escribe en el pizarrón.

Historia familiar:

La familia está integrada por padre, madre, y tres hermanos. El paciente es el segundo hijo. La familia vive en una casa que está dividida en tres apartamentos, donde convive con su tío paterno, su esposa y dos hijos; además convive con su abuelo paterno y su esposa quienes ocupan otro de los apartamentos. Se presentan constantes conflictos con la tía política del paciente y su madre.

Genograma

Imagen 2 Genograma



Fuente: Elaboración propia 2018

Historia clínica

Historia prenatal: La edad de la madre durante el embarazo era de 15 años y del padre de 19 años (dato proporcionado por los padres), no fue un embarazo planificado, pero si fue deseado por ambos padres. Inició control prenatal a los dos meses de gestación, su alimentación fue buena durante todo el embarazo e inició a tomar ácido fólico a partir de los dos meses de gestación.

El embarazo tuvo una duración de 40 semanas y presentó amenaza de aborto cuando tenía tres meses de gestación causada por infección estomacal, lo que le provocó sangrado y dolores abdominales.

Historia Perinatal: El nacimiento del paciente fue atendido en el Centro Cantonal de Betania, la labor de parto tuvo una duración de tres horas aproximadamente. Su nacimiento fue por parto eutócico presentando anoxia al momento de nacer, por lo que no hubo llanto espontáneo.

Historia postnatal: El paciente requirió ser trasladado al Hospital San Juan de Dios donde permaneció durante cinco días hospitalizado para ser controlado por la anoxia que presentó durante su nacimiento. Su peso fue de 7 libras con 12 onzas, fue amamantado hasta los dieciocho meses con acompañamiento de fórmula (Enfamil).

Desarrollo motriz: Muchos de los aspectos del desarrollo motriz del paciente no fueron proporcionados por la madre, únicamente comentó que Pedro se sentó con ayuda a los cinco meses de edad y sin ayuda a los cinco meses y medio, no gateó, caminó con ayuda al año y sin ayuda cuando tenía un año con tres meses. Cuando tenía dos años pudo pintar, hacer rayas y dibujar garabatos.

Control de esfínteres: Controló esfínteres tanto vesiculares diurnos y nocturnos; y anales diurnos y nocturnos a los dos años y medio, los padres utilizaron el método de enseñanza por imitación que se llevó a cabo sin ninguna dificultad.

Desarrollo del lenguaje: El desarrollo y evolución del lenguaje del paciente inició con el gorgjeo a los tres meses de edad, vocalizó a los seis meses, inició a hablar poco después de cumplir un año, dijo sus primeras frases cuando tenía tres años, logró seguir instrucciones básicas con mucha dificultad cuando cumplió cuatro años. A los cinco meses de edad fue operado del frenillo pues se le dificultaba la realización del reflejo de succión cuando debía alimentarse. Aún presenta dificultades de lenguaje en las áreas de articulación, secuencia lógica y comprensión.

Sueño y Alimentación: El paciente siempre ha tenido el hábito de acostarse y levantarse a la misma hora desde muy pequeño, no tiene un sueño tranquilo, en varias ocasiones ha tenido pesadillas y tiende a hablar solo con regularidad cuando está profundamente dormido.

Su alimentación sólida inició a los seis meses de edad con papillas de frutas y vegetales, los que aceptó sin ninguna dificultad.

Autonomía: Aún requiere ayuda para bañarse y no puede amarrarse solo los zapatos. Necesita ayuda constantemente para realizar las tareas diarias en casa y constante supervisión.

Lateralidad: El paciente presenta lateralidad diestra.

Atención y memoria: El paciente tiene dificultad para retener información, olvida las cosas con facilidad y no siempre recuerda lo que hizo anterioridad. Tiene muchas dificultades para prestar atención cuando se le habla, por lo que en muchas ocasiones no responde con facilidad a lo que se le pregunta.

Relaciones sociales: Le gusta estar acompañado y participar activamente en los juegos que realizan los niños con los que convive constantemente, aunque con frecuencia tiende a ser rechazado por sus compañeros pues se le dificulta seguir el ritmo de juego, pierde la atención en lo que está haciendo.

Conducta: Regularmente obedece a sus mayores, es cordial y amable con sus compañeros, sin embargo, cuando se frustra por alguna razón presenta tendencia a la oposición y no sigue las reglas.

Historial médico

De acuerdo con la información proporcionada por la madre el paciente únicamente ha sido hospitalizado en el Hospital San Juan de Dios cuando lo operaron del frenillo a los cinco meses de edad, por lo demás ha sido un niño muy sano, no ha sufrido de enfermedades crónicas ni ha sufrido fracturas o golpes significativos. Tiende a morderse las uñas cuando tiene sueño.

Historial escolar

El desarrollo escolar del paciente inició a los cuatro años en la escuela, cursando el grado de kinder, presentó dificultad para adaptarse al entorno de la escuela, lloraba casi todos los días por aproximadamente siete meses.

Siempre presentó dificultades para seguir instrucciones, le costaba mucho poder prestar atención y concentrarse en la realización de las tareas que se le asignaban, aún presenta dificultades de aprendizaje y se le dificulta mucho poder seguir el ritmo de trabajo de sus compañeros. Fue necesario que repitiera primero primaria.

Pruebas aplicadas

Entrevista inicial: Busca la conceptualización de un problema, la formulación de una hipótesis, la selección y la definición de metas terapéuticas y la evaluación del progreso y el seguimiento.

Examen mental: Es una entrevista semi estructurada diseñada para valorar el intelecto y funcionamiento emocional actual del paciente. Aunque su alcance es amplio es relativamente superficial, incluye evaluación de la memoria, el pensamiento, lenguaje, sentimientos y juicio, además de la descripción y apariencia física, y el registro de cualquier afectación o hábito inusual u otros comportamientos.

Entrevista a docentes: Tiene como objetivo recabar información como adaptación, juego, memoria y atención, conducta, procesos académicos y trabajo tanto individual como grupal que el docente haya observado en el paciente a lo largo del proceso educativo.

Observación de recreo: Su función es observar al paciente relacionándose con sus iguales, su forma de jugar y de adaptarse al juego de los demás, su comportamiento y conducta fuera del salón de clase.

Pruebas proyectivas: Constituyen un instrumento clínico que con frecuencia pone de relieve datos relacionados con el modo en que el examinado ve, enfoca y maneja su mundo. Sus ansiedades e inseguridades, sus dolores y deseos, sus ficciones, sus necesidades, sus bienes y sus carencias determinarán los elementos que los dibujos que realice.

Test de la familia: Es una prueba proyectiva que evalúa fundamentalmente el estado emocional de un niño, con respecto a su adaptación al medio familiar.

Test de la persona bajo la lluvia: Es una prueba proyectiva, ya que el sujeto se manifiesta en su acción: él debe hacer el trabajo, no se le ofrece copia. De este modo impregna el dibujo con su propio estilo, forma de percibir su esquema corporal. En síntesis, deja la huella de su vida interior.

Test de la figura humana de Karen Machover: El Test de Dibujo de la Figura Humana (DFH) es un test psicológico que busca evaluar el desarrollo, la personalidad y la inteligencia de un niño.

Pruebas para medir C.I

Goodenough: Consiste en una única prueba de dibujar a una persona. La evaluación se reduce a computar el número de detalles acertados que incluye la figura realizada. Se finaliza convirtiendo ese puntaje en Edad Mental y luego en Coeficiente Intelectual.

Raven Especial: Prueba de la capacidad de razonamiento no verbal con base en estímulos figurativos. La prueba mide la capacidad para hacer comparaciones, razonar por analogía y organizar las percepciones espaciales en un todo relacionado sistemáticamente.

Pruebas específicas

Prueba para medir la evaluación de destrezas matemáticas MAPSI (FUMPRES): Diseñada para medir el nivel de destrezas matemáticas, tomando en cuenta los siguientes ítems: Dictado de cantidades, operaciones básicas matemáticas, problemas narrativos y problemas de medidas y monedas.

Prueba para medir la evaluación de destrezas Lecto-escritoras MAPSI (FUMPRES): Pruebas diseñadas para medir el nivel de comprensión lectora del paciente, nivel de escritura, vocabulario y comprensión.

Escala de Conners: Instrumento diseñado para evaluar los síntomas de hiperactividad, desatención y problemas de conducta.

Factor AT 76-2: Prueba diseñada para medir el campo y la calidad de atención del paciente.

Prueba de discriminación auditiva de Wepman: Evalúa la discriminación auditiva de fonemas parecidos en sus rasgos distintivos.

Complementarias

Test perceptivo viso-motriz de Bender-Koppitz: Se utiliza para evaluar la función gestáltica visomotora, tanto en niños como en adultos. Mediante éste se puede detectar retraso en la maduración, madurez para el aprendizaje, diagnosticar lesión cerebral y retraso mental.

Canales de aprendizaje VAK: Este modelo, también llamado visual-auditivo-kinestésico (VAK), toma en cuenta el criterio neurolingüística, que considera que la vía de ingreso de la información (ojo, oído, cuerpo) –o, si se quiere, el sistema de representación (visual, auditivo, kinestésico)- resulta fundamental en las preferencias de quien aprende o enseña.

Resultado de las pruebas aplicadas

Entrevista a docentes: De acuerdo con lo referido por la maestra, el paciente presenta dificultades para seguir más de dos instrucciones a la vez, le cuesta mucho retener información, tiene dificultades para organizarse y presenta problemas de lecto-escritura y cálculo matemático.

Observación de clase: El paciente pierde constantemente la atención, lo que no permite que termine las actividades establecidas por la maestra. (Tardó aproximadamente 20 minutos para copiar dos oraciones). No participa activamente en clase y no trabaja al mismo ritmo que sus compañeros.

Siempre está sentado frente al escritorio de la maestra, pues ella necesita estar constantemente enfocando la atención del paciente para que trabaje. Su material de trabajo está constantemente desordenado en clase.

Observación de recreo: El paciente frecuentemente es rechazado por sus compañeros para jugar, tiende a cambiar de actividades constantemente pues se le dificulta seguir la secuencia del juego. Sin embargo, es muy amigable y respetuoso con sus compañeros.

Pruebas Proyectivas

Test de la Familia: En la prueba se refleja distancia emocional entre los miembros de la familia, no se observa integración o diálogo, se manifiesta conflicto en la relación del paciente con su padre y se muestra desvalorización del paciente.

Test de la persona bajo la lluvia: El paciente proyecta ser una persona afectiva y sensible, dependiente, fantasioso, con dificultad para establecer relaciones interpersonales y con pobreza intelectual. Además, manifiesta necesidad de protección e inmadurez emocional.

Test de la Figura Humana: De acuerdo con la prueba, el paciente evidencia inadecuación intelectual, dificultad para relacionarse con otras personas, dependencia, control inadecuado de impulsos, emotividad infantil y falta de autonomía.

Pruebas para medir C.I

Goodenough

E.C= 8 años 2 meses

E.M= 6 años 6 meses

C.I= 79 (Caso límite)

Raven Especial

El paciente realizó la prueba de forma intuitiva y rápida, con buena disposición e interés en la realización.

E.C= 8 años 3 meses

Puntaje= 16 puntos

Tiempo= 7 minutos

Discrepancias= 0

Percentil= 25

Rango= IV (Decididamente inferior al término medio)

Pruebas específicas

MAPSI de Destrezas matemáticas de preparatoria: Se evaluó al paciente identificación de dígitos, conteo, categorización, secuenciación y correspondencia, obteniendo 48%, lo que ubica al paciente dos grados menos al evaluado.

MAPSI de Destrezas de Lecto-escritura de preparatoria: Durante la prueba se evaluó juicio y razonamiento, ejecución motora, comprensión oral, vocabulario, memoria visual y auditiva, percepción, lectura oral y escritura. La puntuación obtenida por el paciente fue del 18%, lo que lo ubica dos grados menos del evaluado.

Factor AT 76-2:

Atención Cuantitativa

Obtuvo un punteo de -2.4, lo que lo ubica en el percentil 0.

Atención Cualitativa

Obtuvo un punteo de -30.76, lo que lo ubica en el percentil 0.

Lo que es indicativo que el paciente logra sostener su atención por lapsos muy cortos de tiempo y con muy baja calidad.

Prueba de Discriminación auditiva de Wepman: Se le dijeron 40 pares de palabras para que pudiera identificar si eran iguales o diferentes, de las cuales identificó 27 correctamente y 13 incorrectas.

Los resultados anteriores son indicativos de que la discriminación auditiva del paciente es promedio.

Test de Kwint: En la aplicación de la prueba, el paciente no pudo realizar las siguientes praxias:

Entornar los ojos, cerrar ojo derecho y abrir izquierdo, contraer el lado derecho de la cara, aplanar la lengua en el piso de la boca, sacar la lengua de forma ancha y meterla, sacar y meter la lengua enrollada en forma en taquito y poner la lengua plana, enrollada y meterla plana.

Pruebas Complementarias

Test Perceptivo Viso-motriz de Bender Koppitz

La prueba realizada por el paciente marco 20 ítems, lo que lo ubica en una edad mental equivalente a 4 años y un C.I. menor de 60.

Test de Canales de aprendizaje VAK

El canal dominante de aprendizaje del paciente es auditivo, seguido del área visual y kinestésica.

Conclusión e impresión diagnóstica

Trastorno por déficit de atención.

Presentación predominante con falta de atención.

314.00

(F90.0)

Nivel de gravedad: Severa

Se requiere de una prueba neurológica para diagnosticar TDA o algún otro daño dado el historial de anoxia.

De acuerdo con el DSM-5 los criterios son:

La presentación predominantemente con falta de atención (anteriormente *subtipo inatento*) se establece si se cumplen los criterios de inatención (A1) pero NO se cumplen los criterios de hiperactividad e impulsividad, durante los últimos 6 meses.

A. Patrón persistente de inatención que interfiere con el funcionamiento o desarrollo que se caracteriza por:

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.

a. 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).

b. 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).

c. 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).

d. 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).

e. 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).

- f. 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).
- g. Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades (por ejemplo, materiales escolares, lápices, libros, instrumentos, billetero, llaves, papeles de trabajo, gafas, móvil).
- h. Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos (para adolescentes mayores y adultos, puede incluir pensamientos no relacionados).
- i. 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).

Diagnóstico Diferencial

Discapacidad Intelectual Leve

317 (F70)

Recomendaciones para casa

- Integrarlo a la práctica de deportes en equipo, tales como el fútbol o inscribirlo en la asociación de BoyScouts, para que puede desarrollar mejores habilidades sociales y mejor manejo de su atención.
- Integrarlo a clases de natación o de Karate, para que pueda mejorar coordinación y secuenciación, además le ayudará a manejar límites y reglas.
- Clases de teatro o música, los cuales puede recibir una vez por semana en los talleres que implementó la Municipalidad de Guatemala, para el desarrollo integral de la niñez.
- Evitar el uso excesivo de televisión y de videojuegos.
- Establecer horarios de lectura en casa, con el apoyo de un cuidador primario
- Armar rompecabezas o realizar juego que requieran de la atención del paciente. Es

conveniente realizar las actividades con un miembro de la familia que le pueda ayudar constantemente a enfocar su atención.

- Ejercicios de Gimnasia Cerebral o Neuronet, los cuales pueden encontrar en páginas específicas de internet.

Recomendaciones para el colegio

- Lectura de cuentos en clase
- Agrupar y clasificar objetos según características comunes
- Ejercicios de laberintos o sopa de letras
- Colorear sin espacios (Mándalas)
- Ejercicios de inteligencia espacial (Secuencia de patrones)
- Evitar al máximo el uso de estímulos visuales o ruido que pueda causar distracción.
- Mantenerlo alejado de puertas o ventanas en donde haya tránsito continuo.
- Mantener ubicación cercana al profesor.

Plan terapéutico

Dentro del plan terapéutico trabajado con el paciente se utilizó la terapia cognitivo conductual, que se caracteriza por considerar que los patrones anormales de conducta tienen su origen en la existencia de una serie de esquemas y procesos de pensamiento distorsionados y disfuncionales, que junto a los patrones de conducta aprendidos causan un gran sufrimiento al paciente.

En concreto desde propuesta se entiende que para generar cambios terapéuticos es necesario intervenir tanto en los hábitos y rutinas observables como en los esquemas de pensamiento que dan forma a nuestra manera de interpretar las cosas y de plantearnos objetivos.

El plan terapéutico se trabajó en 12 sesiones de 50 minutos cada una, recomendando darle seguimiento al caso durante el siguiente año escolar.

Forma de evaluación

- Se evaluará mediante la utilización de rubricas, listas de cotejo y escalas de calificación basadas en las metas alcanzadas y los objetivos establecidos.
- Se evaluará mediante informes proporcionados por el docente de aula, sobre el adelanto académico del paciente y las debilidades aún latentes.
- Se aplicará la prueba de Factor At 76-2 para evaluar el desarrollo de atención del paciente. La prueba se realizará en la quinta sesión.

Cuadro 1
Presentación plan terapéutico

No. Sesión	Objetivo	Técnica	Duración	Recursos
1	Establecer rapport con el paciente, iniciar proceso de aprestamiento de lectura y escritura, trabajar atención y gimnasia cerebral	<ul style="list-style-type: none">• Jenga• Ejercicio del ocho acostado.• Trazo de vocales en bandeja con sal.• Ordenación numérica.• Selección de pompones de colores.	50 minutos	<ul style="list-style-type: none">• Jenga• Hoja doble oficio.• Marcadores• Bandeja con sal y brillantina.• Hojas con ejercicios de ordenación numérica.• Lápiz y borrador• Pompones de colores y pinzas
2	Trabajar aprestamiento de lectura y escritura, gimnasia cerebral, destrezas de pensamiento y atención.	<ul style="list-style-type: none">• Ejercicios de botones cerebrales y gateo cruzado.• Identificación de figuras semejantes.	50 minutos	<ul style="list-style-type: none">• Grabadora• Hojas impresas con figuras semejantes• Crayones, goma y tijeras.

		<ul style="list-style-type: none"> • Tiro al blanco de letras y dictado. • Domino con imágenes. 		<ul style="list-style-type: none"> • Fichas de las vocales • Masking tape • Pelota de goma
3	<p>Desarrollar procesos de cálculo matemático, atención y memoria.</p> <p>Reforzar procesos de lectura, escritura y comprensión.</p> <p>Gimnasia cerebral</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ejercicio de botones del espacio y ocho acostado • Juego de tamaños y colores. • Tiro al blanco en fichas de números y cantidades. • Conciencia fonológica. 	50 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Grabadora • Cartilla de figuras geométricas y colores • Marcadores • Fichas de números • Fichas con imágenes • Masking tape • Pelota de goma • Computadora
4	<p>Mejorar el campo y la calidad de atención del paciente y dar seguimiento al proceso lecto-escritor del paciente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Secuencia de ejercicios de gimnasia cerebral. • Juego de cadena de clips, trabajando alternación y secuenciación. • Formación de trazos de las letras m, s, p y l, con diferentes materiales. 	50 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Grabadora • Pelota de goma • Clips de colores • Plastilina • Laminas con imágenes de las letras. • Marcadores • Hojas de trabajo • Lápiz
5	<p>Mejorar el seguimiento de instrucciones, trabajar</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Integración y coordinación de 	50 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Grabadora • Computadora

	<p>atención sostenida, gimnasia cerebral y potencializar el proceso lecto-escritor del paciente.</p> <p>Evaluar el avance del paciente.</p>	<p>hemisferios cerebrales con gimnasia cerebral.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Juego de Simón pide. • Ejercicios de conciencia fonológica utilizando la computadora. • Evaluación Factor At 76-2 		<ul style="list-style-type: none"> • Fichas con las letras m, s, p y l impresas. • Lápiz • Pruebas
6	<p>Estimular la capacidad de escucha, desarrollar y potencializar los lapsos de atención y continuar con los procesos de adquisición de lectura, escritura, comprensión y matemática.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ejercicios del sombrero del pensamiento. • Observar dibujo muestra y completar el dibujo del lado derecho que se encuentra incompleto. • Dictado de las letras antes descritas. • Hojas de reconocimiento de números. 	50 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Pelota de goma • Grabadora • Hojas de trabajo impresas. • Lápiz • Crayones • Hojas en blanco
7	<p>Mejorar la atención y memoria del paciente, desarrollar habilidad de resolución de problemas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ejercicio de nudos corporales, para trabajar efectos 	50 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Grabadora • Rompecabezas gigante. • Jenga

	y dar seguimiento a ejercicios de gimnasia cerebral.	integrativos del cerebro. <ul style="list-style-type: none"> • Rompecabezas gigante • Juego de Jenga 		
8	Reforzar y mejorar la atención de forma visual, desarrollar la habilidad de formar palabras bisílabas y trabajar conteo y secuencia numérica.	<ul style="list-style-type: none"> • Juego de Connect 4, para formar secuencia de fichas de un mismo color. • Formación de palabras por medio de flashcards. • Conteo y agrupación de canicas. 	50 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Juego Connect 4 • Grabadora • Flash cards de silabas. • Hojas de secuencia impresas. • Lápiz y crayones • Caja con canicas • Recipientes para formar grupos.
9	Desarrollo de razonamiento lógico y ampliación de lapsos de atención de forma visual y auditiva y gimnasia cerebral	<ul style="list-style-type: none"> • Ejercicios de movimiento de ojos. • Laberintos • Lotería 	50 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Fichas con los esquemas de los movimientos y direcciones de los ojos. • Hojas con laberintos impresos. • Crayones • Marcadores • Juego de lotería • Frijoles
10	Fortalecer en el paciente atención sostenida y dividida, mejorar el	<ul style="list-style-type: none"> • Secuencia visual para llegar a un objetivo. 	50 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Hojas de trabajo impresas. • Lápiz y crayones

	proceso de comprensión lectora y matemática.	<ul style="list-style-type: none"> • Juego de estatuas. • Lectura de cuentos por parte del terapeuta. • Realización de sumas por medio de la utilización de canicas o centavos. 		<ul style="list-style-type: none"> • Grabadora • Libro de cuentos • Hoja con sumas impresas. • Canicas o centavos • Borrador
11	Ejercitar en el paciente atención dividida, selectiva y sostenida, dar seguimiento a ejercicios de gimnasia cerebral y potencializar habilidades de lectura, escritura y comprensión.	<ul style="list-style-type: none"> • Ejercicio de El Pinocho de gimnasia cerebral. • Juego ¿Veo, veo, qué ves? • Formación de trazos de letras en bandeja con sal y brillantina. • Ejercicios de conciencia fonológica. 	50 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Grabadora • Bandeja con sal y brillantina • Hojas en blanco • Lápiz, crayones y marcadores.
12	Desarrollar destrezas de pensamiento, reforzamiento de lecto-escritura y desarrollo de pensamiento creativo	<ul style="list-style-type: none"> • Formación de sílabas y palabras utilizando flashcards. • Copia de las palabras formadas en una hoja en blanco. • Decoración de Cup Cake. 	50 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Pelota de goma • Grabadora • Flash cards • Hojas doble oficio • Marcadores • Cup cake • Figuras de azúcar • Servilletas

Fuente: elaboración propia, noviembre 2018

4.2 Análisis de resultados

Trastorno por déficit de atención

García Pérez (2001) en la revista Actualidades Investigativa en Educación del Instituto de Investigación en Educación de la Universidad de Costa Rica afirma:

El déficit de atención es una condición biológica que afecta, primordialmente, la capacidad del escolar para focalizar eficazmente y mantener la atención un tiempo razonable en una tarea que se le propone y que afecta gravemente la capacidad para aprender, construyendo un factor aptitudinal, de base orgánica, el cual deber ser tenido en cuenta. (P. 2)

De acuerdo con referencias dadas por la madre del paciente y por la maestra, la dificultad que Pedro presenta para poner atención o concentrarse en una actividad específica no le permite adquirir las habilidades necesarias para desarrollar los procesos de lectura, escritura y habilidades matemáticas. Por lo que, aún no ha logrado alcanzar las competencias esperadas para su edad y nivel académico.

Dificultad de atención

De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) el trastorno por déficit de atención refleja conductas frecuentes de inatención, tales como:

Inatención:

- Dificultad para poner atención a los detalles o tienden a cometer errores frecuentemente.
- Dificultades para sostener la atención en actividades lúdicas, perdiendo el interés.
- Parece no escuchar cuando se le habla.
- No sigue instrucciones y tiene dificultad para terminar una tarea.

- Tiene dificultad para organizarse tanto en tiempo, trabajo u objetos.
- Evitar realizar tareas que le demande algún esfuerzo mental.
- Pierde cosas constantemente, especialmente cuando no le llaman la atención.
- Se distraen con mucha facilidad ante los estímulos externos.
- Son olvidadizos en sus actividades cotidianas.

Dentro del plan terapéutico que se realizó con el paciente se trabajaron actividades que le ayudaran a mejorar su campo y calidad de atención, seguimiento de instrucciones cortas y simples, ya que no lograba completar instrucciones complejas.

Consecuencias educativas causadas por el trastorno de déficit de atención

El DSM-IV en su versión de 1995, cita algunas características del proceso y desarrollo escolar en niños con trastornos por déficit de atención, las cuales enumera de la siguiente manera:

El trabajo suele ser sucio y descuidado y realizado sin reflexión. Los sujetos suelen experimentar dificultades para mantener la atención en actividades laborales o lúdicas, resultándoles difícil persistir en una tarea hasta finalizarla. A menudo parecen tener la mente en otro lugar, como si no escucharan o no oyeran lo que se está diciendo. Pueden proceder a cambios frecuentes de una actividad no finalizada a otra. Los sujetos diagnosticados con este trastorno pueden iniciar una tarea, pasar a otra, entonces dedicarse a una tercera, sin llegar a completar ninguna de ellas. A menudo no siguen instrucciones ni órdenes y no llegan a completar tareas escolares, encargos u otros deberes. (p. 44)

Dentro de los aspectos que se observaban constantemente en el salón de clase de paciente, es que frecuentemente mantenía su material de trabajo tirado, sucio y muy descuidado, se le dificultaba iniciar y terminar una actividad y constantemente estaba sentado frente al escritorio de la maestra para poder ayudarlo a terminar una tarea.

Dificultad en la adquisición del proceso de lectura y escritura

La obtención del proceso de lectoescritura puede ser complejo, pues puede llegar a manifestar dificultades comprometidas con los factores de percepción y agudeza visual, orientación temporo-espacial, lateralidad y habilidades lingüísticas y metalingüísticas.

Por lo que es indispensable que haya una adecuada comprensión y expresión del lenguaje oral, por lo que es necesario haber desarrollado un lenguaje oral adecuado antes de aprender a leer y a escribir (Clemente, 2001 y Lebrero, 1990). De acuerdo con referencias de la madre, el paciente logro desarrollar un lenguaje oral comprensible después de los cuatro años, lo que no le permitía adaptarse totalmente en el kínder. En el nivel de preparatoria y primero primaria (repitente), no ha logrado desarrollar los procesos de lectura y escritura de acuerdo con lo esperado, por lo que no logra alcanzar las competencias esperadas.

Dificultad de cálculo matemático

Los niños que padecen un trastorno por déficit de atención regularmente evidencian dificultades de aprendizaje no solo en el proceso lectoescritor, sino que también en el aprendizaje de las matemáticas (DAM), lo cual se relaciona con una afección severa del Funcionamiento ejecutivo, lo que se debe a que el cálculo y la solución de problemas matemáticos ya que exigen un mayor lapso de atención, planificación y memoria de trabajo.

El paciente presenta dificultad para reconocer números y cantidades, únicamente logra identificar números del 1 al 8 y reconocer conceptos de cantidad hasta el 6, ya que su campo y calidad de atención es tan bajo que no le permite enfocarse en los procedimientos necesarios para adquirir estas habilidades.

Consecuencias emocionales

Tomando en cuenta que la autoestima es esencial para el desarrollo del niño, esta puede llegar a influir en todas las áreas de la vida de una persona, tales como los pensamientos, sentimientos y sus creencias y mediante la valoración personal de las mismas, esta puede llegar a ser positiva o negativa desde donde cada individuo construye su propio autoconcepto.

En relación con lo anterior Papalia, et (2001), plantea:

Es en la niñez intermedia cuando los juicios de valor sobre sí mismos se vuelven más reales, equilibrados y completos, y los expresan con más claridad. La autoestima es un componente importante del autoconcepto, que relaciona los aspectos cognoscitivos, emocionales y sociales de la personalidad. Los niños con una autoestima baja tienden a ser depresivos. (p 550)

Dentro de las problemáticas a las que Pedro debe enfrentarse diariamente, es al rechazo causado por la etiqueta que tantos compañeros de clase y en algunas ocasiones la maestra le han dado, haciendo referencia constante de que él no puede hacer las cosas, que se porta mal, que le gusta estar solo y que no sabe leer ni escribir. Esto ha provocado que el paciente rechace constantemente participar en actividades grupales, primero por miedo a la burla y segundo, por no creer que puede hacerlo.

Frustración en niños con trastorno por déficit de atención

García y Magaz (2001) citan:

Como consecuencia de la acumulación crónica de frustración y castigos, éstos en su mayor parte dirigidos a su persona y no sólo a su comportamiento inadecuado, el niño con

trastornos por déficit de atención suele llegar a la preadolescencia con un autoconcepto de sí mismo muy distorsionado y con una baja autoestima. (p.27).

Dentro de las cosas que se trabajaron con la maestra del paciente, fue el explicarle y capacitarla sobre el trastorno de déficit de atención y sus implicaciones, ya que constantemente castigaba a Pedro sacándolo de la clase, puesto que ella creía que él no trabajaba igual que sus compañeros por falta de interés y disposición, lo que estaba provocando que él creyera que realmente no podía realizar tareas académicas y que no aprendería a leer y a escribir, lo que hacía que en muchas ocasiones ya no quisiera ir a la escuela y evidenciaba mucha tristeza o poca motivación.

Inseguridad en niños con trastornos por déficit de atención

De acuerdo con Dorling, en estudios publicados en el International Journal of Epidemiology, explica que el cuarenta por ciento de nuestro “cociente de felicidad” se basa en eventos de la vida reciente. Si lo experimentamos por ejemplo con un fracaso, un abandono o una decepción profunda es común que el individuo tienda a desarrollar cierta sensación de inseguridad.

Los constantes fracasos académicos a los que el paciente ha tenido que enfrentarse, como el hecho de no lograr adquirir la lectura y la escritura, lo cual no le permite realizar las mismas actividades educativas que el resto de sus compañeros, de manera satisfactoria, ha creado en él un sentimiento de inseguridad e incertidumbre hacia su capacidad para realizar lo que se le pide, por lo que prefiere evitar participar y no ser objeto de burla por parte de sus compañeros.

Problemas interpersonales

Bacete, García & Casares (2010) citan:

El trastorno por déficit de atención afecta frecuentemente el ámbito social. Los niños con TDA tienen serios problemas para relacionarse con sus iguales. Presentan conductas

agresivas, de burla o de abuso al resto de sus compañeros y por ello son rechazados por el resto del grupo. Su falta de asertividad provoca el rechazo social en la escuela, y con ello la sensación de sentirse solos y aislados, influyendo negativamente en su autoestima y autoconcepto. (p.123-136)

Dentro de las dificultades que Pedro enfrenta constantemente, es el hecho de que es rechazado por sus compañeros, tanto dentro como fuera del salón de clase. Por ejemplo, en el recreo le es difícil poder integrarse a jugar con su grupo de compañeros, puesto que ellos le dicen que él no sabe jugar y no entiende lo que debe hacer o cuando debe realizar alguna actividad grupal, nadie quiere trabajar con él.

El rechazo en niños con trastorno por déficit de atención

Frecuentemente, cuando se trata de niños con TDA suelen ser apartados o poco acogidos por el grupo, ya que son niños que tienden a distraerse, a ser muy descuidados y olvidadizos, lo que les dificulta seguir la secuencia de un juego y parece que no escuchan a nadie, como si estuvieran en otro mundo.

El rechazo al que los niños son expuestos dentro del salón de clase o incluso entre los mismos miembros de la familia, generalmente tiene como consecuencia dificultades emocionales, baja autoestima o en algunas ocasiones puede provocar que el niño (a) muchas veces no crea que es capaz de poder alcanzar las metas propuestas.

Conclusiones

El trastorno por déficit de atención involucra la falta de atención y de concentración, así como un constante comportamiento de distracción, lo que no permite que un niño, niña y adolescente pueda desarrollarse de forma adecuada o esperada a su edad de manera integral.

El trastorno por déficit de atención, sin importar si es de tipo inatento, hiperactivo-impulsivo o combinado, provoca consecuencias a nivel educativo, ya que no le permite a la persona enfocar su atención para poder desarrollar los procesos cognitivos necesarios para lograr un aprendizaje significativo en las diferentes áreas académicas.

Generalmente, las personas con déficit de atención son etiquetadas como perezosas, irresponsables y en muchos casos incompetentes, ya que presentan dificultad para finalizar tareas y participar en actividades grupales, por lo que deben enfrentar frecuentemente consecuencias emocionales como la frustración, baja autoestima y en muchas ocasiones falta de valía personal.

Los niños, niñas y adolescentes que presentan déficit de atención, constantemente son expuestos a burlas o rechazo por sus iguales, ya que se les dificulta el desarrollo de habilidades sociales, por lo que generalmente sus relaciones interpersonales son afectadas.

Recomendaciones

Siendo una de las características del trastorno por déficit de atención, la falta de concentración, la distracción y la ausencia o bajo nivel de atención, es necesario crear un plan de trabajo orientado a la necesidad específica del niño junto a un equipo multidisciplinario que le permita el desarrollo óptimo de las habilidades esperadas.

La inatención es una de las causas de diversos problemas educativos que puede presentar un niño con TDA, por lo tanto, el docente de área, como el equipo de trabajo que está en contacto con el mismo, sea capacitado constantemente para poder ayudar al desarrollo óptimo a través de estrategias específicas aplicables a la necesidad del paciente.

Para la adquisición de habilidades de lectura, escritura y procesos lógico-matemáticos en el paciente, se implementen programas de desarrollo de habilidades cognitivas como la gimnasia cerebral, neuronet, destrezas de pensamiento, conciencia y discriminación fonológica y seguimiento de instrucciones, entre otras.

Que los niños, niñas y adolescentes con TDA sean integrados a grupos de personas de edades similares, en donde puedan practicar algún deporte o actividad recreativa, que le permita el desarrollo de habilidades sociales, y posteriormente puede lograr autonomía y seguridad personal, sin miedo al rechazo o a la frustración.

Referencias

Kamenetzky, G. C. (2009). Respuestas de Frustración en Humanos. *Terapia Psicológica*.

Miguez, A. M. (1 de febrero de 2017). *CogniFit*. Recuperado de <https://blog.cognifit.com/es/dificultades-de-aprendizaje/>

Terriza, A. O. (2016). *Cómo fomentar el autocontrol y la tolerancia a la frustración en los hijos e hijas*. Madrid: CEAPA.

Nowak, D. A. (2016). *Las habilidades sociales de los niños y las niñas con Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad*.

Rozo, P. (2014). Déficit en Habilidades Sociales en Niños con Trastorno por Déficit de Atención - Hiperactividad, Evaluados con la EScala BASC. *Revista Colombiana de Psicología*.

Anexos

Anexo 1

Tabla de variable



Tabla de Variable

Nombre completo: Patricia Maribel Castillo González

Título de la sistematización: Intervenciones preventivas para aumentar el rendimiento académico en niños con Trastorno de Déficit de Atención.

Carrera: Licenciatura en Psicología Educativa

Problemática	Variable de Estudio (Tema a investigar)	Sub temas de la variable de estudio	Pregunta de investigación	Objetivo General	Objetivos específicos
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Falta de atención. ✓ Dificultad de lecto-escritura. ✓ Dificultad de cálculo matemático. ✓ Frustración. ✓ Inseguridad. ✓ Rechazo 	Trastorno de Déficit de Atención	1. Dificultad de atención. 2. Consecuencias educativas 3. Consecuencias emocionales 4. Problemas interpersonales	¿Qué estrategias se deben aplicar para mejorar la atención en niños con Trastorno de Déficit de Atención?	Enseñar estrategias que se deben aplicar para mejorar la atención en niños con Trastornos de Déficit de Atención.	1. Identificar la calidad y el campo de atención del niño, por medio de pruebas estandarizadas. 2. Emplear estrategias que permitan al niño (a) el desarrollo de destrezas necesarias para la adquisición de lectura, escritura y procesos lógico-matemáticos. 3. Fomentar la motivación personal y potenciar la empatía hacia los demás mediante la adquisición de competencias y actitudes positivas. 4. Desarrollar habilidades sociales y relaciones interpersonales mediante actividades grupales.

Anexo 3

Prueba Bender Koppitz

TEST PERCEPTIVO VISO-MOTRIZ de BENDER-KOPPITZ.

Nombre y apellidos _____ F. Nacimiento _____ Edad: _____ años. _____ meses
 Colegio: _____ Nivel escolar: _____ Fecha de aplicación: _____

Tiempo empleado para completar el test. (Es significativo sólo cuando termina fuera de los límites críticos.)		Límite Crítico	
		Edad	Intervalo
Comienza:	Largo: Lento, perfeccionista, esfuerzo para compensar	5 años	3 a 10 min.
Termina:	dificultades perceptivo motoras.	5 ½	4 a 10 min.
	Corto: Impulsividad, falta de concentración, bajo rendimiento escolar. (o Alta capacidad)	6 a 8 ½	4 a 9 min.
TOTAL	minutos	9 a 10 años	4 a 8 min.

FIGURA	ITEM (puntuados como presente/ausente: 1 ó 0). En caso de duda, no se computa.	P.D.	INDICADORES DISFUNCIÓN (* Común. Inmadurez funcional (**) Casi exclusivo de DCM		
	1. Distorsión forma 1a. Uno o ambos muy achatado o deformado.....		* Adición u omisión ángulos		
	2b. Desproporción (uno es el doble).....		*		
	2. Rotación parcial/total 45° ó + de tarjeta o dibujo.		* (a partir de 6 años)		
	3. Integración (separ/solapam. >3mm en la unión)..		*		
1	4. Distorsión forma (5 ó + puntos son círculos).....		*		
	5. Rotación (45° o más en tarjeta/dibujo).....		**		
	6. Perseveración. (> 15 puntos por fila).....		** (>7 años)		
2	7. Rotación.....		* (> 8 años)		
	8. Integr.: Omisión/adición filas. 4 ó + círculos en mayoría de columnas. Fusión con Fig. 1.....		** (> 6 años)		
	9. Perseveración (>14 columnas).....		** (>7 años)		
3	10. Dist. Forma (5 ó + puntos convert. en círculos)..		* (> 6 años)		
	11. Rotación del eje 45° ó + en dibujo (o la tarjeta).		** (>7 años)		
	12. Integración (forma no conseguida): 12a. Desintegración del diseño.....		* (>5 años)		
	12b. Línea continua en vez de hileras de puntos..		**		
4	13. Rotación (de la figura o parte 45°, o de tarjeta).		**		
	14. Integración (separación o superpos. > 3 mm.)....		*		
	15. Dist. Forma (5 ó + puntos convert. en círculos)..		* (>8 años)		
5	16. Rotación 45° o más (total o parcial).....		*		
	17. Integración. 17a Desinteg.: recta o círculo puntos (no arco), la extensión atraviesa el arco..				
	17b. Línea continua en vez de puntos.....		** En todas las edades		
6	18. Distorsión de la forma: 18 a. Tres o más ángulos en vez de curvas.....		* Sustitución de curvas por ángulos		
	18 b. Líneas rectas.....		** Sust. curvas X líneas rectas		
	19. Integración (cruzan mal).....		*		
	20. Perseveración (6 ó + sinusoides completos en cualquiera de las dos líneas).....		** (> 7 años)		
7	21. Distorsión forma: 21 a. Desproporción tamaño (El doble).....		* Adición/omisión ángulos (>8 años)		
	21 b. Deformación hexágonos (> n° < ángulos)...		* (>7 años)		
	22. Rotación parcial/total figura o tarjeta (45° ó +)....		** (>6 años)		
	23. Integración (no se superponen o lo hacen demasiado, un hexágono penetra totalmente)....		* (>6 años)		
8	24. Distorsión forma (deformada, > < n° ángulos).....		* Adición/omisión ángulos (>6 años)		
	25. Rotación eje en 45° o más.....		**		
P.D. TOTAL (máx 30):					
Grupo de edad	Media del grupo	Desviación Típica	Intervalo +/- 1 D.T.	Edad Equivalente	Percentil
De _____ a _____					

Diseño: © José M° Pozo Ruiz, E.O.F.P. COSLADA, 2004.

TEST de BENDER-KOPPITZ. INDICADORES DE DESAJUSTE EMOCIONAL. (Koppitz, 1974)	
Los doce indicadores diferencian entre niños con problemas emocionales y sin ellos. Los seis subrayados muestran significación estadística y tienen valor diagnóstico tanto por separado como en número de los mismos presentes en un protocolo: Hay significación estadística si aparecen 3 o más indicadores. (Más del 50% de niños con 3 indicadores, el 80% con 4 indicadores, y el 100% de los niños con 5 o más, presentan serios desajustes emocionales.) Los dos últimos tienen gran significación clínica pero no estadística, por ser poco frecuentes.	
I. Orden confuso. Figuras distribuidas al azar, sin ninguna secuencia lógica (y no por falta de espacio).	Falta de capacidad para planificar, ordenar el material. Confusión mental. Común de 5 a 7 años. Significativo a partir de esa edad.
II. Línea ondulada (Fig. 1 y/o 2) Dos o más cambios en la dirección de la línea de puntos-círculos (No puntúa si es rotación)	Inestabilidad en la coordinación motora y en la personalidad, bien por déficit de CVM o por dificultades de control motor debidas a tensiones emocionales. Puede deberse a factores orgánicos y/o emocionales.
III. Rayas en lugar de círculos (Fig.2). La mitad o más de los círculos son rayas (de 2 mm. o más)	Impulsividad, falta de interés o de atención. Niños preocupados por sus problemas o que tratan de evitar hacer lo que se les pide.
IV. Aumento progresivo del tamaño (Fig. 1, 2 y 3) Los puntos y círculos últimos son el triple que los primeros.	Baja tolerancia a la frustración y explosividad. Normal en niños pequeños. Valor diagnóstico a medida que los niños crecen.
V. Gran tamaño (macro grafismo) Uno o más de los dibujos es un tercio más grande que el de la tarjeta.	"Acting out" (descarga de impulsos hacia fuera, en la conducta) Dificultades de procesamiento mental.
VI Tamaño pequeño (micro grafismo) Uno o más dibujos son la mitad que el modelo	Ansiedad, conducta retraída, timidez.
VII. Líneas finas. Casi no se ve el dibujo.	Timidez y retraimiento.
VIII. Repaso del dibujo o de los trazos. El dibujo o parte está repasado o reformado con líneas fuertes, impulsivas	Impulsividad, agresividad y conducta "acting out".
IX. Segunda tentativa. Abandona o borra un dibujo antes o después de terminarlo y empieza de nuevo en otro lugar de la hoja. (no se computa si borra y lo hace en el mismo lugar)	Niños que saben que no lo hacen bien, pero son impulsivos y les falta el control interno necesario para borrar y corregir cuidadosamente la parte incorrecta. No termina lo que le resulta difícil, abandona. También se da en niños ansiosos que asocian significados particulares a los dibujos.
X. Expansión. Empleo de dos o más hojas	Impulsividad y conductas "acting out". Normal en preescolares, después aparece casi exclusivamente en niños deficientes y perturbados emocionalmente.
XI. Marco alrededor de las figuras	Pobre autocontrol, necesitan y quieren límites y controles externos.
XII. Cambios o añadidos	Niños abrumados por temores y ansiedades o por sus propias fantasías. Débil contacto con la realidad
TOTAL NUMERO DE INDICADORES EMOCIONALES:	

OBSERVACIONES: Comportamiento, Estilo de enfrentar una tarea nueva (marcar lo que proceda):

- Niño bien adaptado. Muestra con confianza en sí mismo, pone atención, analiza antes de copiar los dibujos. Buen control del lápiz y trabaja cuidadosamente. Se da cuenta de fallos y trata de corregirlos. Está satisfecho con el resultado.
- Niño con dificultades de comportamiento y/o de aprendizaje. Intenta retardar la tarea. Trabaja deprisa sin mirar previamente las figuras. O lentamente, recuenta, expresa gran insatisfacción con su trabajo.
 - Inseguro necesita que constantemente se les anime y dé confianza. Pregunta si lo está haciendo bien.
 - Pobre control interno y/o coord. viso-motriz inmadura: se va frustrando, se fatiga, los dibujos van empeorando.
 - Perfeccionista. Expresa exigencia, cuando en realidad lo están haciendo bastante bien.
 - Falta de atención. Errores por descuido, omite detalles, necesita ayuda para ir más despacio.
 - Tiempo corto o rápido. (Promedio: 6'20". Con problemas: 5'19". Hiperactivos: 4 minutos 41 segundos.)
 - Se esfuerza en compensar dificultades: trabaja de memoria, se ayuda con auto instrucciones verbal o sub-verbalmente, traza la figura con el dedo o en el aire, "anclaje", etc.
 - Obsesivo: alinea, numera las figuras... con extremada lentitud, cuidado y esfuerzo.

CONCLUSIONES: De la madurez perceptivo viso-motriz y su relación con: Puntuaciones de corte (10, 3 ó 4), otros tests (CI, EM), grupo social, rendimiento escolar, trastornos específicos de aprendizaje, ritmo de maduración y aplicaciones anteriores, factores emocionales y posibles indicadores de disfunción.

Anexo 4

Prueba de la Figura Humana



ENCUESTA TEST DE LA FIGURA HUMANA

Nombre: _____ No. de Expediente: _____

Edad: _____ Fecha: _____

EXPLICACIÓN VERBAL:

¿Qué está haciendo la figura? _____

¿Qué edad tiene? _____ ¿Es casado? _____ ¿Tiene hijos? _____

¿Con quién vive? _____

¿Cuántos hermanos tiene? _____ ¿Con quién se siente unido? _____

¿En qué trabaja? _____

¿Qué ambiciones tiene? _____

¿Es elegante? _____ Es fuerte? _____ ¿Es nervioso? _____ ¿Sano-enfermizo? _____

¿Cuál es la mejor parte de su cuerpo y por qué? _____

¿Qué es lo mejor de él? _____ ¿Lo peor? _____

¿Tiene preocupaciones? _____ ¿Cuáles? _____

¿Tiene miedo? _____ ¿De qué? _____

¿Está triste o feliz? _____ ¿Por qué? _____

¿Qué es lo que más le enoja? _____

¿Qué es lo que más desea? _____

¿Qué dice la gente de él? _____ ¿Pero qué dice la gente de él? _____

¿Confía en las personas? _____ ¿Le gusta estar solo o con otros? _____

¿A quién te recuerda la persona del dibujo? _____

¿Quisieras tú ser como él o ella? _____ ¿Por qué? _____

¿Qué palabras positivas podrías decirle a esta persona?

Observaciones:

Anexo 5

Prueba Canales de Aprendizaje VAK



Canales de Aprendizaje

Nombre: _____ Fecha: 23/1/_____

Instrucciones: coloca una "M" en la respuesta **MÁS** acorde a ti y una "S" en tu **Segunda** opción.

1. Leyendo

- Lo disfruto, siempre he sido un buen lector. Tengo rapidez
- Capto bien las palabras, disfruto leyendo en voz alta y escuchando
- No soy tan rápido
- Me gustan los cuentos con mucha acción. De hecho, muchas veces me muevo cuando estoy leyendo.

2. Deletreando (Ortografía)

- Es fácil para mí, a menos que nunca hubiera visto la palabra antes
- Utilizo una aproximación fonética y deletreo con patrones rítmicos de una canción
- soy débil y tiendo a contar las palabras dando golpes con los pies o agitando la cabeza

3. Caligrafía

- Lograr que se vea bien es importante, aprender limpieza y nitidez es fácil
- Yo tiendo a hablar conmigo mismo cuando escribo
- La mía no es tan buena como la de los demás, usualmente es más gruesa, porque presiono más duro

4. Tipos de verbos utilizados

- Utilizo con frecuencia: ver, imaginar, visión, clarificar, enfocar, nublar
- Utilizo con frecuencia: escuchar, sonar como, tocar la campana, fuera de ritmo
- Utilizo con frecuencia: tomar, sostener, soltar, hacer, entender, manejar



5. Memoria

- Es para mí más fácil recordar caras que nombre
- Es para mí más fácil recordar nombres que caras
- Yo recuerdo los hechos más fáciles que las caras o los nombres

6. Expresiones favoritas

- Ya veo lo que quiere decir, ¿entendiste la situación? ¿Está claro?
- Te escucho, ¿suena eso correcto? Gracias por escucharme
- Puedo manejarlo, ¿se siente eso bien? Lo entiendes

7. Fantaseando

- Imagino intensamente, imagino posibilidades futuras y detalles
- Escucho sonidos y voces
- Deseo levantarme y actuar en escena, caminar atrae de las ideas

8. Conversaciones

- Tengo que tener el cuadro completo con detalles. Cuando explico algo, algunas veces, me voy por la tangente
- Hablo más que los demás, me gustan las discusiones algunas veces monopolizo la conversación
- Uso ademanes cuando hablo, uso gestos, movimientos y muchas palabras de acción

9. Método de aprendizaje

- Necesito un panorama general con los propósitos y detalles explícitos
- Me gusta hablar sobre las alternativas, dialogando conmigo mismo y con los demás



_____ Aprendo tocando, manipulando y haciendo cosas

10. Cuando estas aburrido

_____ Fijo la mirada, sueño despierto, noto las cosas pequeñas a mí alrededor, observo los colores y las formas

_____ Tarareo, canto o hablo conmigo mismo, involucro a personas en una conversación

_____ Tengo que moverme, busco algo que tocar o sostener, de otra manera me desespero

11. Voz

_____ Usualmente hablo con la frente levantada y mi voz es fuerte

_____ Mido mi tono y tiempo para enfatizar los puntos importantes

_____ Usualmente hablo con la frente un poco baja y mi voz es profunda

12. Mientras he contestado estas preguntas (patrón de búsqueda con los ojos)

_____ Mi vista ha estado arriba del nivel de mis ojos, cuando busco impresiones

_____ Mi vista ha estado al nivel de mis ojos (o abajo y al lado opuesto de mi mano dominante)

_____ Mi vista ha estado abajo y al mismo lado que mi mano dominante

	A	B	C
1			
2			