



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES, EDUCACIÓN Y
HUMANIDADES**

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**Intervención psicológica en caso clínico de adolescente
con problemas relacionados a la vida en una residencia
institucional acompañado de TDAH e inteligencia límite.**

Trabajo de integración curricular previo a la obtención del título de:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

Autor: Arias Ojeda, María Sara

Director: Cabrera León, Lizbeth Katherine

LOJA

2022



Esta versión digital, ha sido acreditada bajo la licencia Creative Commons 4.0, CC BY-NY-SA: Reconocimiento-No comercial-Compartir igual; la cual permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra, mientras se reconozca la autoría original, no se utilice con fines comerciales y se permiten obras derivadas, siempre que mantenga la misma licencia al ser divulgada. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es>

2022

Aprobación del director del Trabajo de Integración Curricular

Loja, 12 de septiembre del 2022

Doctora

Marina del Rocío Ramírez Zhindón
Directora de la carrera de Psicología Clínica
Ciudad.-

De mi consideración:

El presente Trabajo de Integración Curricular denominado: Intervención psicológica en caso clínico de adolescente con problemas relacionados a la vida en una residencia institucional acompañado de TDAH e inteligencia límite realizado por Maria Sara Arias Ojeda, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo. Así mismo, doy fe que dicho Trabajo de Integración Curricular ha sido revisado a través de la herramienta de similitud académica institucional, y no cuenta con porcentaje de coincidencia alguno.

Particular que comunico para los fines pertinentes.

Atentamente,

Director: Lizbeth Katherine Cabrera León

C.I.: 1105146698

Correo electrónico: lkabrera@utpl.edu.ec

Declaración de autoría y cesión de derechos

Yo, María Sara Arias Ojeda, declaro y acepto en forma expresa lo siguiente:

Ser autor (a) del Trabajo de Integración Curricular denominado: "Intervención psicológica en caso clínico de adolescente con problemas relacionados a la vida en una residencia institucional acompañado de TDAH e inteligencia límite", de la carrera de **Psicología Clínica**, específicamente de los contenidos comprendidos en: capítulo uno compuesto por presentación de caso, proceso de evaluación, diagnóstico; capítulo dos de metodología integrado por tratamiento/intervención, objetivos terapéuticos y plan de tratamiento; finalmente el capítulo tres en el que se expone resultados, discusiones, conclusiones y recomendaciones; siendo Lizbeth Katherine Cabrera León, directora del presente trabajo; también declaro que la presente investigación no vulnera derechos de terceros ni utiliza fraudulentamente obras preexistentes. Además, ratifico que las ideas, criterios, opiniones, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad. Eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones judiciales o administrativas, en relación a la propiedad intelectual de este trabajo.

Que la presente obra, producto de mis actividades académicas y de investigación, forma parte del patrimonio de la Universidad Técnica Particular de Loja, de conformidad con el artículo 20, literal j), de la Ley Orgánica de Educación Superior; y, artículo 91 del Estatuto Orgánico de la UTPL, que establece: "Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realicen a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad", en tal virtud, cedo a favor de la Universidad Técnica Particular de Loja la titularidad de los derechos patrimoniales que me corresponden en calidad de autor/a, de forma incondicional, completa, exclusiva y por todo el tiempo de su vigencia.

La Universidad Técnica Particular de Loja queda facultada para ingresar el presente trabajo al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública, en cumplimiento del artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

.....

Autor: Maria Sara Arias Ojeda

C.I.: 1105644049

Correo electrónico: mariasara.arias@hotmail.com

Dedicatoria

Quiero dedicarle este trabajo a mis padres, ellos se merecen cada logro mío, por todo el esfuerzo que han puesto en mi educación y formación como profesional y más que nada como ser humano.

Agradecimiento

Quiero empezar agradeciendo a Dios, por darme la oportunidad de estar aquí día a día formándome como ser humano y haciendo lo que me hace feliz, por permitirme ser mejor persona cada día y luchar contra mis demonios sin dejarme vencer. Agradezco a mis padres por su apoyo en una etapa más de mi vida, por demostrarme su amor con cuidados y cariños sin dejarme sola ni un segundo. A mi Vita quien ha sido mi pilar estos años, con las palabras adecuadas para cada situación y siempre pensando en mi bienestar, recordándome cual es la razón por la que hago lo que amo.

Agradezco también a mi hermana por ser mi guía y modelo a seguir desde siempre, dándome las palabras adecuadas en los mejores y peores momentos. A mi sobrina hermosa por alegrar mis días cuando mi cabeza parecía no dar más. A mi hermano que con su paciencia infinita me ha demostrado apoyo en todo momento.

Quiero agradecer también a los amigos que se volvieron parte de mi vida estos 4 años, compartiendo su tiempo, risas y apoyo permitiéndome ser yo.

A mis amigas que se convirtieron en hermanas no se pueden quedar atrás. Ellas me demostraron que puedes encontrar familia en todo lugar y que siempre estará cuando más las necesite, al alcance de una llamada.

No puedo dejar de agradecer a los tutores y maestros que fueron parte de mi formación y mi entrenamiento, fomentándome dar todo de mi para poder brindar la mejor atención a la sociedad.

Finalmente, quiero agradecerle a mi mejor amigo, mi compañero, mi hombro y mano derecha, quien me apoyo en cada paso de este camino, quien me vio en mis mejores y peores momentos sin dejar que me dé por vencida ante la bulla en mi cabeza. Pero más que nada, por la paz que me hace sentir todos los días, el amor y cariño que me da, y el hacerme saber que puedo lograr todo lo que me proponga.

Índice de contenido

Carátula.....	I
Aprobación del director del Trabajo de Integración Curricular.....	II
Declaración de autoría y cesión de derechos.....	III
Dedicatoria.....	V
Agradecimiento.....	VI
Índice de contenido	VII
Resumen	1
Abstract.....	2
Introducción.....	3
Capítulo uno.....	7
Marco teórico	7
1.1 Presentación del caso	7
1.1.1 Identificación del paciente.....	7
1.1.2 Motivo de consulta.....	7
1.1.3 Historia del problema y descripción de sintomatología.....	8
1.2 Proceso de Evaluación.....	11
1.2.1 Resultados pre-intervención	16
1.3 Diagnóstico	18
1.3.1 Diagnóstico presuntivo.....	18
1.3.2 Diagnóstico diferencial	18
1.3.3 Diagnóstico Final.....	24
Capítulo dos.....	27

Metodología	27
2.1. Tratamiento/Intervención	27
2.1.1. Objetivos terapéuticos	27
2.1.2. Plan de tratamiento/intervención	27
Capítulo tres.....	35
Resultados	35
Discusión y Conclusiones	41
Conclusiones	45
Recomendaciones	46
Referencias	47

Índice de tablas

Tabla 1 Diagnóstico Diferencial.....	18
Tabla 2 Plan Terapéutico.....	28
Tabla 3 Resultado Test de Depresión Infantil.....	35
Tabla 4 Resultado de Escala de Autoestima de Rosenberg.....	36
Tabla 5 Resultado de Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo para Niños y Adolescentes.....	36
Tabla 6 Resultados de fichas de observación.....	38

Índices de Figuras

Figura 1 Resultados CDI.....	36
Figura 2 Resultados STAIC.....	37

Resumen

El presente trabajo tuvo como objetivo analizar el caso clínico de un adolescente con problemas conductuales en el ámbito académico y en su convivencia dentro de la institución; con diagnóstico de trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH), comórbido con inteligencia límite.

Se evaluó mediante una entrevista semiestructurada, observación clínica, ficha de observación y aplicación de reactivos como: Escala de Autoestima de Rosemberg, Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo para Niños y Adolescentes (STAIC), Inventario de Depresión Infantil (CDI), para valorar el estado emocional del individuo; Escala Wechsler de Inteligencia para Niños (WISC-V), Test de Desórdenes de Hiperactividad/Déficit de Atención (ADHDT) y Test de Percepción de Diferencias-Revisado (CARAS-R), para evaluar las habilidades cognitivas y conductuales. Se desarrolló un plan de intervención enfocado en el modelo cognitivo-conductual con una duración de 10 sesiones. Se evidenció adecuada adherencia al tratamiento y disminución de las conductas problemáticas.

Palabras clave: Institucionalización, TDAH, Inteligencia Límite.

Abstract

This research work focuses on analyzing the clinical case of an adolescent with behavioral problems in the academic field and within the institution in which he lives; with a diagnosis of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), comorbid with borderline intelligence.

An evaluation was held through a semi-structured interview, clinical observation, observation sheet and the application of reagents such as: Rosenberg Self-Esteem Scale, State-Trait Anxiety Questionnaire for Children and Adolescents (STAIC), Childhood Depression Inventory (CDI), to assess the emotional state of the individual; Wechsler Intelligence Scale for Children (WISC-V), Attention Deficit/Hyperactivity Disorder Test (ADHDT), and Perceived Differences Test-Revised (CARAS-R), to assess cognitive and behavioral skills.

An intervention plan focused on the cognitive-behavioral model with a duration of 10 sessions was developed. As a result, adequate adherence to treatment and a decrease in problem behaviors were evidenced.

Keywords: Institutionalization, ADHD, Borderline Intelligence.

Introducción

Hablar sobre institucionalización en niños y adolescentes es un tema de gran importancia social, debido a que el ambiente en el que se desenvuelve una persona influye sobre la misma, y porque los residentes de casas de acogida volverán a la sociedad al ser reinsertados. Por lo que, en el siguiente trabajo se plantea la intervención psicológica en un caso clínico de un adolescente con problemas relacionados a la vida en una residencia institucional acompañado de Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) y capacidad intelectual límite (CIL).

Los hogares de acogida tienen como objetivo proteger a los niños, niñas y adolescentes de maltrato, negligencia o vulneración de derechos, mayormente efectuado por sus progenitores impidiendo el cuidado responsable de los menores de edad y poniendo en riesgo su desarrollo (Ibarra y Romero, 2017). Los contextos institucionalizados cubren las necesidades básicas como vivienda, comida y educación, además de capacitaciones artesanales o técnicas, atención médica, refuerzos pedagógicos y atención psicológica a los niños y adolescentes.

Sin embargo, los cuidadores son poco formales, y en América Latina se ha evidenciado que en la mayoría de los hogares de acogida hay 2 cuidadores por cada 15 niños, siendo una atención de carácter despersonalizado, sumando la ruptura de los vínculos familiares convirtiendo a la institucionalización en un obstáculo en el desarrollo integral y social de sus habitantes al convertirse en adultos (Ibarra y Romero, 2017).

Es importante resaltar que, la negligencia o maltrato vivido en casa, la pronta exposición a estrés crónico, por la separación de los hogares, y el aislamiento de la comunidad son circunstancias que pueden tener efectos negativos tanto en el desarrollo psicológico, presentando problemas conductuales y mayor probabilidad de conductas agresivas, como también en el desarrollo neurobiológico de los niños registrando mayor déficit a nivel escolar y falta de habilidades sociales (Deambrosio et al., 2018; Valbuena y Saldarriaga, 2020). Estos eventos neurobiológicos pueden causar cambios en el desarrollo

del cerebro a nivel estructural, funcional y neurohormonal; las alteraciones más comunes son errores en la planificación, memoria, aprendizaje visual, memoria visoespacial y menor desempeño en tareas (Deambrosio et al., 2018).

De hecho, Troller-Renfree et al. (2016) demuestra que el cuidado institucional se asocia en mayor cantidad a la psicopatología en adolescentes y a la alta prevalencia de trastornos del neurodesarrollo entre ellos TDAH y CIL; estos trastornos están conceptualizados por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría [DSM-V] (2014) como un grupo de afecciones que se presentan al inicio del periodo de desarrollo y se caracterizan por un déficit de este que produce deficiencias del funcionamiento personal, social, académico u ocupacional.

Con respecto al TDAH, se describe como “un trastorno del neurodesarrollo definido por niveles problemáticos de inatención, desorganización y/o hiperactividad-impulsividad” (DAM-V, 2014, p. 32). Para el desarrollo de este trastorno existen causas multifactoriales, pueden ser factores genéticos y ambientales: los ambientales se encuentran la exposición intrauterina al tabaco, alcohol o fármacos, bajo peso al nacer, edad materna avanzada, conflictos familiares severos o crónicos, familias numerosas, antecedentes psiquiátricos en padres, institucionalización, infra estimulación, clases social baja, entre otros (Rusca-Jordán y Cortez-Vergara, 2020).

Como se ha afirmado antes, el diagnóstico de este trastorno debe ser realizado a tiempo para su pronta atención, lamentablemente hasta la fecha no se dispone de marcadores diagnósticos y pronósticos para el TDAH, por lo que el diagnóstico depende de la experiencia del profesional (Alda, 2022). No obstante, se puede utilizar una historia clínica elaborada minuciosamente, la entrevista con padres o cuidadores que detallen la presencia de los síntomas, intensidad, frecuencia y persistencia en el tiempo, tener en cuenta antecedentes personales, familiares, sociales y evolución de la escolarización como también factores estresantes que puedan agravar el cuadro (Rusca-Jordán y Cortez-Vergara, 2020).

Por otro lado, la CIL se encuentra en una categoría diagnóstica con connotaciones similares al retraso mental (RM), pero de carácter leve, estas personas tienen limitaciones escolares, sociales y laborales similares a las del RM pero en un grado menor (Artigas-Pallarés et al., 2007). El CIE-10 menciona que el rango del coeficiente intelectual (CI) para considerarse un caso de CIL debe estar entre 70-84 (Salvador-Carulla et al., 2013). Por esta razón, el diagnóstico de CIL debe estar acompañado del CI, mediante la administración de pruebas de inteligencia tanto verbales como no verbales. Entre las escalas comúnmente aplicadas está: La escala de Weschsler de inteligencia para niños-adolescentes (WISC-V), Matrices progresivas de Raven, D-48 Y D-70, K-BIT, entre otros (Universidad de Murcia, s.f.).

Se debe resaltar que, en la mayoría de los casos las personas con CIL tienen comorbilidad con diferentes trastornos del neurodesarrollo como el TDAH, esto se puede deber a las asociaciones de mecanismos que se encuentran alterados en la CIL como la inteligencia fluida, la memoria de trabajo, la capacidad de inhibición de respuestas y el lenguaje, estos mecanismos cognitivos también están alterados en el TDAH (Alvarán et al., 2016; Artigas-Pallarés et al., 2007).

Como resultado, para trabajar con pacientes con CIL y TDAH se debe tener en cuenta dos aspectos importantes: detectar las fortalezas y debilidades de la persona, y analizar los requisitos y exigencias de las tareas y acciones, de esta forma se establece apoyo con una intensidad necesaria para ser realizado con éxito y satisfacción (Medina et al., 2015).

En cuanto a datos epidemiológicos se encontró una prevalencia de TDAH del 3 al 10% en la población en general, así mismo en Ecuador se ha demostrado que el porcentaje de estudiantes con TDAH es de 7,3%, existiendo mayor prevalencia en los hombres (Ramos-Galarza et al., 2015). Por otra parte, en la provincia de Loja-Ecuador, se realizó un estudio para evaluar el TDAH y su influencia en el bajo rendimiento académico en estudiantes de una escuela de la región se encontró que el 58% de estudiantes con TDAH

tenían bajo rendimiento escolar, entre los cuales sus mayores problemas de aprendizaje eran los problemas matemáticos y de escritura (León, 2017). Considerando los datos anteriores como significativos debido a la alta prevalencia de TDAH en el país, además de la elevada probabilidad este y otros problemas comórbidos del neurodesarrollo como la CIL en niños y adolescentes institucionalizados, se debe resaltar la importancia de este estudio de caso con el objetivo dirigir la atención a un diagnóstico temprano y una intervención adecuada para el desarrollo integral del NNA.

Finalmente, es importante mencionar que la presente investigación está estructurada en base a varios capítulos. El primero se presenta el marco teórico del caso, que incluye una descripción del paciente, así como el motivo de consulta, la historia del problema, proceso de evaluación realizado y el diagnóstico. El segundo capítulo plasma la metodología, es decir el tratamiento e intervención, los objetivos terapéuticos y el plan de tratamiento en el cual se describen las sesiones aplicadas. Por último, el capítulo tres se redactan los resultados obtenidos en todo el proceso investigativo, y la discusión que dan paso a las conclusiones y recomendaciones.

Capítulo uno

Marco teórico

1.1 Presentación del caso

La información ha sido obtenida con la debida autorización de los titulares o sus representantes y para la publicación o presentación de resultados de datos han sido previamente anonimizados en cumplimiento de la ley orgánica de protección de datos personales del Ecuador.

1.1.1 Identificación del paciente

El caso clínico a presentar es el de NN, adolescente de sexo masculino de 13 años, nacido en febrero del 2009, procedente del cantón Saraguro, es el tercer 6 hijos, etnia mestiza, profesa la religión católica, y desde hace aproximadamente un año se encuentra viviendo en la ciudad de Loja en un centro de acogida para niños, niñas y adolescentes (NNA), cursa sus estudios primarios en octavo de básica en un colegio fiscomisional de la localidad.

1.1.2 Motivo de consulta

Paciente es atendido por psicología a petición de los directivos del centro de acogida debido a problemas conductuales como constantes discusiones con tutores y compañeros, incumplimiento de normas y bajo rendimiento escolar en el colegio.

Con base en los testimonios recolectados, los tutores del centro de acogida afirman que su comportamiento se ha caracterizado por resistencia a acatar las normas, vocabulario soez, desinterés en la presentación de tareas, discusiones con figuras de autoridad y poca colaboración en la realización de actividades tanto en el colegio como en el hogar de acogida.

Durante la entrevista, el evaluado se muestra colaborador, brindando la información que la psicóloga solicita, denota ciertos rasgos de timidez, un aspecto físico descuidado y se lo puede observar inquieto. Constantemente manifiesta su deseo de volver con su familia, mencionando “quiero irme a mi casa, aquí solo hay reglas y reglas”.

1.1.3 Historia del problema y descripción de sintomatología

A la edad de 5 años, el padre del paciente fallece por razones desconocidas, y su madre, quien se convirtió en el principal sustento del hogar, inicia un consumo perjudicial de alcohol. Asimismo, existen antecedentes de violencia intrafamiliar, agresiones verbales y físicas, desde temprana edad por parte de la madre y el padrastro. Se conoce también, que el nivel socioeconómico de la familia es bajo, impidiendo que se cubran las necesidades de esta, teniendo en cuenta que una cantidad considerable de este dinero se veía invertido en bebidas alcohólicas que la madre consumía.

Con 11 años, el paciente y sus hermanas entraron al proyecto de custodia familiar, el mismo que busca precautelar la seguridad de los niños, niñas y adolescentes (NNA). Se realizaron varias visitas de seguimiento para determinar las condiciones de vida de la familia, donde los informes del proyecto presentaron como conclusión que: menores vivían en circunstancias deplorables, donde destacaron vivienda en hacinamiento, lugar poco salubre y condiciones que no permitían satisfacer las necesidades básicas de los NNA. En cuanto a la salud, se destacó aspecto descuidado, peso y talla inferior al percentil para su edad. Finalmente, en varias visitas se menciona el estado de ebriedad de la madre evidenciando la negligencia de cuidado de los NNA.

En noviembre del mismo año, la unidad judicial del cantón de residencia resolvió una medida de protección y acogimiento para el paciente, sus hermanos y hermanas, donde se concluyó que debido a la negligencia en la que vivían los NNA por parte de su madre, encontrándose en una situación de riesgo, se dispondrá a acogerlos en un hogar temporal como la mejor decisión.

A los 12 años el paciente es transferido a un hogar de acogida en la ciudad de Loja, como parte del programa de custodia familiar, junto con su hermano de 7 años, por otro lado, sus hermanas son llevadas a un centro de acogida diferente dentro de misma ciudad. Desde su ingreso al centro se reportaron problemas de conducta, tanto en el hogar como en el colegio, evidenciando principalmente discusiones con los tutores y compañeros, bajo

rendimiento escolar, pobre concentración, fácil distracción en la realización de tareas, impaciencia, dificultad para adaptarse con éxito, dificultad para entablar y mantener relaciones interpersonales y manejo inadecuado de sus emociones mostrándose malhumorado con frecuencia.

Como consecuencia de estas conductas, se generó preocupación en los maestros del colegio y los tutores del centro de acogida, llevando a las autoridades de este a solicitar al Departamento de Consejería Estudiantil (DECE) que se realice una adaptación curricular por un presunto diagnóstico de TDAH, petición que es pospuesta hasta la presentación de una validación del diagnóstico neurológico. Seguidamente el paciente es derivado con una calificadora de discapacidad, quien al evaluarlo entrega como resultado un CI de 71, el cual es considerado inferior al término medio, de modo que se solicita una consulta con un neurólogo para la corroboración del diagnóstico.

En julio del mismo año, el paciente asistió a consulta con neuropsicología donde se concluye lo siguiente: el paciente tiende a hiperfocalizar, se evidencia un déficit en la atención sostenida sobre las tareas que implican rastreo visual y organización espacial, bajas puntuaciones en el lenguaje centrado en la comprensión de instrucciones verbales cuando el nivel de complejidad aumentaba, considerándose una dificultad en la abstracción de conceptos, de la misma forma las habilidades constructivas y espaciales se encuentran ligeramente alteradas, dando como consecuencia complicaciones en la lectura, escritura y cálculo. Finalmente, se encontró que la velocidad del pensamiento se encuentra enlentecida, la memoria de trabajo es deficiente y alteraciones considerables en la percepción visoespacial con alteración en la motricidad fina y gruesa.

Tres meses antes de la consulta psicológica se reportó por el centro de acogida que el paciente salió del mismo con la intención de fugarse. Al regresar el paciente comentó que su deseo es volver con su madre y hermanas. Desde entonces, las medidas tomadas por parte de los tutores del centro de acogida son más rígidas, el joven refiere que esto lo hace sentirse "atrapado", como medida de intervención los tutores del paciente llegan a acuerdos

donde el adolescente realiza las tareas y sigue las normas para ser recompensado con volver a su casa.

En la actualidad el paciente presenta los siguientes síntomas, en el área cognitiva se evidencia bajo rendimiento escolar, desarrollo inferior al de sus iguales, pobre concentración, fácil distracción, problemas en la retención de información, falta de iniciativa y dificultad para tomar decisiones, impulsividad cognitiva y conductual, impaciencia, respuestas anticipadas, poca organización y planear.

Por otro lado, en cuanto a su comportamiento es común que presente movimientos motores inadecuados como levantarse de la silla, mover objetos o retorcerse en el asiento y dificultad para adaptarse al entorno con éxito. Finalmente, en el área emocional y afectiva están alteradas las habilidades para entablar y mantener relaciones interpersonales, existe una baja autoestima, manejo inadecuado de sus emociones presentando enojo constantemente, demostraciones de inconformidad frente a las normas del centro, sentimientos de aburrimiento ante cualquier actividad, alegando que nada es de su interés, discute con los tutores y algunos compañeros cuando no está de acuerdo con lo que sucede a su alrededor, recurriendo muchas veces a insultos que cada vez son más intensos.

El paciente ha participado de otros procesos psicológicos frente a los cuales ha existido muestras de resistencia al inicio del proceso, demostrando mal humor y actitudes poco colaborativas durante los mismos. Además, no posee un sistema de apoyo social debido a los conflictos que existen con la familia materna, y de igual manera, después del fallecimiento del padre del paciente, no se establecieron relaciones afectivas con su familia paterna.

En el área familiar se ha identificado que procede de una familia reconstituida, desestructurada y disfuncional por falta de límites y normas dentro del hogar. La madre se encuentra en proceso de rehabilitación desde hace un año, sin embargo, en base a las vitas de la trabajadora social, se ha concluido que la madre aún no posee la estabilidad física y emocional para la reinserción al hogar. El paciente recibe visitas de su madre todos los

domingos desde hace 4 meses y de sus hermanas una vez a la semana desde hace un año, permitiendo un momento en familia que el paciente menciona disfrutarlo mucho, creando un factor protector en las redes de apoyo entre el paciente, su madre y su hermana mayor a quien ve todos los días en el colegio.

1.2 Proceso de Evaluación

En cuanto a la evaluación del paciente, se llevaron a cabo varios procesos que permitieron la exploración del caso, como la entrevista semiestructurada, observación clínica, aplicación de reactivos y la administración de una ficha de observación en cada sesión.

La entrevista semiestructurada, es una técnica para recabar datos en forma de una conversación amistosa entre el informante y el entrevistador, donde el entrevistador escucha de forma atenta y no impone interpretaciones ni respuestas, guiando de todos modos el curso de la entrevista hacia los temas de interés (Díaz-Bravo et al., 2013).

Por otro lado, la observación clínica en psicología funciona como una forma de evaluación de los comportamientos del sujeto sin una idea preconcebida comprobando conductas síntoma y signos que ofrece el paciente, permitiendo que se compruebe o no la existencia de una patología (López et al., 2019).

Estos métodos permitieron notar características en el paciente como: apariencia descuidada, tono de voz bajo y poco entendible, lenguaje no verbal de inquietud motora, al jugar con objetos que se encontraban frente a él, orientación en tiempo, espacio y persona, conciencia lúcida, sin evidenciar alteraciones en la sensopercepción.

En cuanto a la evaluación de funciones mentales se pudo evidenciar que durante el proceso de evaluación la colaboración del paciente es variable, existe baja tolerancia a la frustración, la atención se encuentra alterada presentando hipoproxesia, manteniendo la atención por un periodo máximo de 30 minutos, la concentración es disminuida, presenta hipomnesia y problemas en la comprensión del lenguaje, en algunos casos el evaluador debía repetir el enunciado con palabras más sencillas; en cuanto al pensamiento, existe

taquipsiquia, pensamiento concreto, restringido, contaminación en el discurso y pensamiento laxo. En la psicomotricidad, presenta agitación motora y tensión; en el ámbito emocional denota embotamiento emocional, irritabilidad y hostilidad con terceros. Finalmente, se puede percibir poca voluntad al cambio.

Por último, se utilizaron test objetivos, validados y con alto nivel de confiabilidad acorde a las necesidades de evaluación como: Escala de Autoestima de Rosenberg, Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo para Niños y Adolescentes (STAIC), Inventario de Depresión Infantil (CDI), Escala Wechsler de Inteligencia para Niños (WISC-V), Test de Desórdenes de Hiperactividad/Déficit de Atención (ADHDT) y Test de Percepción de Diferencias-Revisado (CARAS-R). Se debe considerar que para la aplicación de estos reactivos se tenía el objetivo de corroborar información y detectar síntomas u otras variables que se puedan estar presentando en el caso.

El proceso de evaluación terapéutica inicial se dio en 4 sesiones, de las cuales, la primera fue a través de entrevista clínica, y en las tres restantes se realizó la aplicación de reactivos psicológico, los mismos que se describen a continuación.

Escala de Autoestima de Rosenberg.

Es una escala diseñada por Morris Rosenberg en 1965, busca evaluar la autoestima en adolescentes centrándose en los sentimientos de respeto y aceptación de sí mismo (Vázquez y Jiménez, 2004).

Esta escala tiene como objetivo evaluar el sentimiento de satisfacción que una persona tiene consigo misma, la autoestima refleja, la relación entre la autoimagen real y la autoimagen ideal; está dirigida a adolescentes, adultos y personas mayores; cuenta con 10 ítems, la mitad de estos están redactados de forma negativa y la otra mitad de forma positiva, se responde en escala tipo Likert de cuatro puntos. Tiene un tiempo de aplicación de 5 minutos de forma hereroaplicada o auto aplicada, los resultados se obtienen sumando la puntuación directa de los ítems 2, 5, 8. 9. 10 y la puntuación inversa de los ítems 1, 3, 4, 6,

7; la puntuación final va de 10-40 y las puntuaciones mayores son indicadoras de una autoestima más alta (Oliva et al., 2011).

Los resultados pueden interpretarse de este modo: de 30-40 autoestima elevada, de 26-29 autoestima media y menos de 25 autoestima baja.

Cuestionario de ansiedad Estado-Rasgo para niños y adolescentes (STAIC).

Escala diseñada por Spielberger, Gorsuch y Lushene, se puede aplicar de forma individual o colectiva y está dirigida a adolescentes y adultos con un nivel cultural mínimo para comprender la instrucción y enunciados del cuestionario, tiene una duración aproximada de 15 minutos y puede ser heteroaplicada o autoaplicada (Spielberger et al., 2015). Esta escala busca evaluar la ansiedad como estado, que se conceptualiza como un estado o condición emocional transitoria del organismo humano caracterizada por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, tensión y aprensión; y la ansiedad como rasgo considerado como relativamente estable, es la tendencia de un sujeto a percibir las situaciones como amenazadoras (Spielberger et al., 2015).

Se conoce que esta escala está compuesta por 40 ítems, 20 de ellos están dirigidos a evaluar la ansiedad como estado y, los otros 20 a evaluar la ansiedad como rasgo. Estas preguntas son respondidas mediante una escala tipo Likert de 4 puntos según la intensidad (Fonseca-Pedrero et al., 2012).

Finalmente, la calificación e interpretación de esta escala, en cuanto a las puntuaciones, se realiza la suma de los ítems en cada test y se considera aquellos que se evalúan de forma inversa, así se obtiene la puntuación en bruto que se la comparará con los baremos según edad y sexo (Romero, 2021).

Cuestionario de depresión infantil (CDI).

Este inventario de depresión infantil es diseñado por Maria Kovacs en 1992, con el objetivo de evaluar síntomas depresivos en niños y adolescentes caracterizado por su facilidad de lectura permitiendo su aplicación desde los 7 años hasta los 15 años (Banco de Instrumentos, 2015).

Esta escala tiene una forma de aplicación individual, autoaplicada o heteroaplicada, consta de 27 ítems que se responde con una escala tipo Likert y su aplicación tiene una duración aproximada de 10 a 15 minutos; por otro lado, su puntuación es de 0 a 54 puntos con un punto de corte de 20 para indicar problemas de depresión y un percentil de 90 como indicativo de sintomatología depresiva (Banco de Instrumentos, 2015).

Este cuestionario evalúa varias escalas como: la respuesta afectiva, alude al estado de humor de los sentimientos del sujeto a mayor puntuación mayor número de respuestas afectivas negativas; problemas sociales, se relaciona con la dificultad en la interacción social; autoestima, que se relaciona con la intensidad de sentimiento, conceptos y actitudes de tipo negativo en relación a su propia estima, a mayor puntuación menor autoestima; preocupación por la muerte o por la salud, evalúa aspectos relacionados con la anergia; sentimientos de culpabilidad, se refiere a la autopunición del adolescente; depresivos varios, donde se incluyen cuestiones de tipo depresivos que no se agruparon para formar una entidad; ánimo-alegría, se refiere a la ausencia de alegría, o su incapacidad de experimentarla; finalmente, positivos varios, son cuestiones de tipo positivo que no se agruparon anteriormente (Lang y Tisher, 2014).

Escala Wechsler de Inteligencia para Niños (WISC-V).

La Escala de Inteligencia de Wechsler para Niños-V es un instrumento clínico de aplicación individual que busca evaluar de forma completa la aptitud intelectual en niños y adolescentes desde los 6 años y 0 meses hasta los 16 años y 11 meses. Esta escala es elaborada por David Wechsler publicada en el 2014 (Universidad de Lima, 2013). Es importante conocer que el WISC-V tiene una duración aproximada de 48 minutos para la aplicación de las 7 pruebas principales y 40 minutos para las 8 pruebas restantes, está constituida por 15 pruebas agrupadas por el dominio cognitivos (Universidad de Lima, 2013).

Finalmente, Esta escala ofrece puntuaciones de los índices primarios de inteligencia que refleja el funcionamiento intelectual en diferentes áreas cognitivas como: la comprensión verbal, visoespacial, razonamiento fluido, memoria de trabajo y velocidad de pensamiento,

además de brindar una puntuación del CI total y puntuaciones de índices secundarios que reflejan aptitudes cognitivas como aspectos no verbales y capacidad general, englobando varias manifestaciones de la inteligencia (Consejo General de la Psicología de España, 2020). Dentro de la curva de inteligencia el rango 90–110 se considera dentro de la norma, 80-90 corresponde a inteligencia medio bajo y 70-80 a inteligencia baja.

Test de Desórdenes de Hiperactividad/Déficit de Atención (ADHDT).

Es una prueba diagnóstica diseñada por James Gilliam, basándose en el DSM-V. Este test tiene como objetivo la identificación de desórdenes de atención e hiperactividad comprendiendo tres subtes: Hiperactividad, Impulsividad y Atención. Se ha aplicado a los padres, profesores o tutores que mantengan contacto con el sujeto, a través de 36 ítems donde se describen los comportamientos del paciente, se utiliza una escala de Likert del 0 al 2 según la intensidad y en la interpretación las escalas tienen una media de 10 p y la suma de las subescalas tiene una media de 100 (Gilliam, s.f.).

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

Este reactivo creado por Thurstone y Yela (2019) tiene el objetivo de evaluar aspectos perceptivos y atencionales en contextos de orientación y evaluación escolar, dirigida a la población de alumnos de 6 a 18 años, mediante 60 elementos gráficos formado por tres dibujos esquemáticos de caras con boca, ojos, cejas y pelo, la premisa advierte que se debe identificar la figura diferente y tacharla, el tiempo de aplicación es de 3 minutos.

Ficha de Observación.

La ficha de observación o registro de conducta son instrumentos de evaluación cualitativa, que busca agrupar una serie de eventos conductuales relevantes al caso, por lo tanto, se observan las conductas objetivo, en las que se ha intervenido, y los hallazgos obtenidos en las mismas (Fernández-Ballesteros, 2013).

1.2.1 Resultados pre-intervención

Escala de Autoestima de Rosenberg.

Como resultado de la aplicación de esta escala se obtuvo una puntuación de 28, interpretada como autoestima media, no es considerada como problema grave, sin embargo, se recomienda ser mejorada.

Cuestionario de ansiedad Estado-Rasgo para niños y adolescentes (STAIC).

Los resultados obtenidos en el test STAIC fueron: en cuanto a la ansiedad estado el puntaje total fue de 28 puntos con un percentil de 37 lo que se interpreta como un puntaje inferior al promedio, demostrando ausencia de ansiedad estado; por otro lado, en cuanto a la ansiedad rasgo, el puntaje es un total de 36 y el percentil de 52, considerado sobre el promedio interpretándose como ansiedad rasgo elevada.

Cuestionario de depresión infantil (CDI).

Como resultado de la aplicación del CDI se obtuvo un percentil de 80 en la dimensión de disforia, 55 en la dimensión de autoestima negativa y 65 como total de las dos dimensiones. La interpretación de estos resultados fue: sin síntomas depresivos.

Escala Wechsler de Inteligencia para Niños (WISC-V).

Como resultados de esta prueba se obtuvo un CI de 74 considerado como inteligencia límite. En cuanto a las áreas cognitivas dentro de la clasificación medio baja se encontraron comprensión visoespacial con (86) y verbal (84). Por otro lado, las áreas más afectadas dentro de la clasificación baja fueron razonamiento fluido (79), memoria de trabajo (79), comunicación no verbal (78), capacidad general (77), velocidad de procesamiento (77), comprensión cognitiva (75), razonamiento cualitativo (72) y memoria de trabajo auditiva (70).

Test de Desórdenes de Hiperactividad/Déficit de Atención (ADHDT).

Para el presente caso se aplicó el reactivo a dos de los tutores principales del paciente, quienes participan en el proceso de aprendizaje del sujeto, realización de tareas, acatamiento de reglas, actividades dentro y fuera del hogar, entre otros. Es importante mencionar que estos dos tutores han participado del proceso de inserción del sujeto desde el inicio hasta la actualidad por lo que han considerado el avance del paciente al momento de responder a las preguntas.

Los resultados de las puntuaciones estándar del primer tutor fueron: impulsividad 14, hiperactividad 11, inatención 13, donde las puntuaciones entre 13-14 son consideradas por encima de la media; y la suma total de las puntuaciones estándar dio un cociente de hiperactividad de 117 considerado por encima de la media. Por otro lado, las puntuaciones estándar que arroja el test del tutor 2 son: impulsividad 8, hiperactividad 12, inatención 8, donde las puntuaciones entre 8-12 son consideradas en la media; y la suma total de las puntuaciones estándar dio un cociente de hiperactividad de 96 considerado en la media.

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

En cuanto a los resultados obtenidos en el test se pudo interpretar que el número total de aciertos netos fue de 21 con una media de 40 p para su edad. Esta puntuación baja demuestra que el sujeto tiene una baja capacidad visoperceptiva y atencional, no presta atención a los detalles y no realiza juicios de semejanza/diferencias. Por otro lado, el test arroja resultados sobre el índice de control de impulsividad, donde se refleja el estilo cognitivo dentro del gradiente impulsivo-reflexivo (Thurstone y Yela, 2019).

El sujeto obtuvo una puntuación de 67,74 siendo una puntuación baja, demostrando impulsividad en la ejecución de la tarea, poca reflexión a la hora de realizar juicios de semejanza/diferencia, falta de control inhibitorio provocando un alto número de errores. Al

presentar un rendimiento bajo en ambas medidas, tanto en eficacia como en impulsividad, se puede concluir que el sujeto es impulsivo e inatento a la hora de realizar tareas.

Ficha de Observación.

Las fichas de observación se aplicaron semanalmente en cada sesión y permitieron que se consideren ciertas conductas problemáticas en el paciente tales como: desinterés, ausencia de comunicación verbal, poca comprensión de lo que se le dice, no recordar lo trabajado sesiones anteriores, inatención, indiferencia y mostrarse inquieto o molesto durante las sesiones.

1.3 Diagnóstico

Referente al apartado de diagnóstico se realizará mediante el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, Quinta Revisión (DSM-5).

1.3.1 Diagnóstico presuntivo

El diagnóstico presuntivo es la hipótesis que realiza el profesional a modo de interpretación de las quejas y conductas del paciente (Díaz et al., 2006). A partir del concepto anterior se ha llegado al siguiente diagnóstico presuntivo:

- 317 Discapacidad intelectual leve

1.3.2 Diagnóstico diferencial

El concepto de diagnóstico diferencial es el proceso necesario en una valoración clínica, donde se pone a consideración todas las posibles patologías previo al diagnóstico definitivo (Marecos, 2003). En base al concepto anterior se ha llegado al siguiente diagnóstico diferencial:

Tabla 1

Diagnóstico Diferencial

Código	Trastornos	Criterios	Diferencial
309.9	Trastorno de	A. Desarrollo de síntomas	El trastorno de adaptación se

adaptación

emocionales o del comportamiento en respuesta a un factor de estrés inidentificable que se produce en los tres meses siguientes al inicio del factor.

presenta 3 meses después del evento estresante y se caracteriza por un malestar intenso desproporcionado a la gravedad del factor, en este caso el malestar se presenta inmediatamente después del factor estresante y la intensidad no es desproporcionada al mismo, 6 meses después los síntomas continúan.

B. Estos síntomas o comportamiento son clínicamente significativos con estas características:

- Malestar intenso desproporcionado a la gravedad o intensidad del factor estresando, teniendo en cuenta el factor externo
- Deterioro significativo en lo social, laboral y otras áreas importantes del funcionamiento.

C. No cumple con el criterio para otro trastorno mental no es simplemente una exacerbación de un trastorno mental preexistente.

D. Los síntomas no representan el duelo normal

E. Una vez que el factor de estrés ha terminado, los síntomas no se mantienen durante mas de otros seis meses.

313.81	Trastorno negativista desafiante	<p>A. Un patrón de enfado/irritabilidad, discusiones/actitud desafiante o vengativa que dura por lo menos seis meses, que se manifiesta por lo menos con cuatro síntomas de cualquiera de las categorías siguientes y se exhibe durante la interacción por lo menos con un individuo que no sea un hermano.</p> <p>Estado/irritabilidad</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. A menudo pierde la calma. 2. A menudo está susceptible o se molesta con facilidad. 3. A menudo esta enfadado y resentido. <p>Discusiones/actitud desafiante</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Discute a menudo con la autoridad o con adultos. 5. Desafía activamente o rechaza satisfacer la petición por parte de figuras de autoridad o normas. 6. A menudo molesta a los demás deliberadamente. 7. A menudo culpa a los demás por sus errores o su mal comportamiento. 	<p>Aunque posee algunas de las características claves del trastorno como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Discusiones concurrentes con adultos. • Esta susceptible y se molesta con facilidad. • Rechaza las reglas. <p>Sin embargo, la falta de realización de tareas y la aversión a las normas se debe a que las situaciones exigen un esfuerzo y atención continua al paciente.</p>
--------	----------------------------------	---	---

Vengativo

- 8.** Ha sido rencoroso o vengativo por lo menos dos veces en los últimos seis meses.
- B.** Asociado a un malestar en el individuo o en otras personas de su entorno social inmediato o tiene un impacto negativo en las áreas social, educativa, profesional u otras importantes.
- C.** Los comportamientos no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico, un trastorno por consumo de sustancias, un trastorno depresivo o uno bipolar. Además, no se cumplen los criterios de un trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo.

315 Trastorno específico del aprendizaje

A. Dificultad en el aprendizaje y en la utilización de las aptitudes académicas, evidenciado por la presencia de al menos uno de los siguientes síntomas que han persistido por lo menos durante 6 meses, a pesar de intervenciones dirigidas a estas

El paciente cumple con algunas características como.

- Lectura de las palabras con esfuerzo.
 - Dificultad para comprender el significado de lo que lee.
 - Dificultad con la expresión escrita.
-

dificultades;

1. Lectura de palabras imprecisa o lenta y con esfuerzo.
2. Dificultad para comprender el significado de lo que lee
3. Dificultad ortográfica
4. Dificultad para dominar el sentido numérico y, los datos numéricos o el calculo
5. Dificultades con la expresión escrita
6. Dificultades con el razonamiento matemático

- Dificulta para dominar el sentido numérico y el razonamiento matemático.

Sin embargo, estas dificultades no se producen en niveles normales de funcionamiento intelectual al tener un CI de 74 considerado inferior al término medio.

- B.** Las aptitudes académicas afectadas están sustancialmente y en grado cuantificable por debajo de lo esperado para la edad cronológica del individuo e interfiere significativamente con el rendimiento académico o laboral o con actividades de la vida cotidiana que se confirman con medidas estandarizadas administradas individualmente y una evaluación clínica.
- C.** Las dificultades de aprendizaje comienzan en la edad escolar, pero pueden no manifestarse
-

totalmente hasta que las demandas de las aptitudes académicas afectadas superan las capacidades limitadas del individuo.

- D.** Las dificultades del aprendizaje no se explican mejor con una discapacidad intelectual, trastornos visuales o auditivos no corregidos, otros trastornos mentales o neurológicos.

317	Discapacidad Intelectual Leve	<p>A. Deficiencias de las funciones intelectuales, como el razonamiento, la resolución, la planificación, el pensamiento abstracto, el juicio, el aprendizaje académico y el aprendizaje a partir de la experiencia, confirmados mediante la evaluación clínica y pruebas de inteligencia estandarizada individualizadas.</p> <p>B. Deficiencias de comportamiento adaptativo que producen fracaso de cumplimiento de los estándares de desarrollo y socioculturales para la autonomía personal y la responsabilidad social.</p>	<p>El individuo cumple con muchas de las características del dominio conceptual y social; sin embargo, el CI del individuo está por encima del CI considerado para una discapacidad intelectual leve (55 y 70), y en el dominio práctico o adaptativo no cumple con las características de necesitar ayuda para realizar actividades de la vida cotidiana.</p>
-----	-------------------------------	--	--

Sin apoyo continuo, las deficiencias adaptativas limitan el funcionamiento en una o mas actividades de la vida cotidiana, como la comunicación, la participación social, la vida independiente en múltiples entornos tales como el hogar, la escuela, el trabajo y la comunicada.

- C. Inicio de las deficiencias intelectuales y adaptativas durante el periodo de desarrollo.

Nota: Esta tabla se basa en los criterios diagnósticos del DSM.V.

1.3.3 Diagnóstico Final

Un diagnóstico final es cuando el o los profesionales han llegado a la certeza de un diagnóstico que cumple con todos los criterios y no existe duda alguna ni refutación con otros (Capurro y Rada, 2007). Así se pudo llegar al siguiente diagnóstico final:

- 314.00 Trastorno de déficit de atención con hiperactividad con presentación dominante de falta de atención.
- V62.89 Funcionamiento Intelectual límite.
- V60.6 Problemas relacionados con la vida en una residencia institucional.

No existe ningún marcador biológico que permita efectuar con certeza el diagnóstico de TDAH, únicamente se llega a este por la revisión del cumplimiento de los criterios diagnósticos específicos de manuales como el CIE-10 o DSM-V (Buñuel, 2006).

En el caso planteado mediante la observación clínica y la aplicación del test como el WISC-V y el test de Desórdenes de Hiperactividad /Déficit de Atención (ADHDT), permitieron la identificación de los criterios diagnósticos del DSM-V para TDAH, predominando la falta de atención.

Como resultado, se pudo evidenciar un patrón persistente de inatención, influyendo en la comprensión de tareas y provocando cometer errores o descuido en las mismas; además, una dificultad para organizar tareas o actividades, presentando evitación y disgusto para empezar una tarea, distrayéndose fácilmente con estímulos externos y olvidando ciertos eventos cotidianos.

Por otro lado, en cuanto a síntomas de hiperactividad e impulsividad se observaron jugueteos con objetos todo el tiempo y retorcerse en el asiento, se levanta con frecuencias en situaciones donde debe permanecer sentado, se siente incómodo cuando debe permanecer quieto por mucho tiempo, responde a preguntas antes de que se haya concluido la misma, y se le hace difícil esperar su turno. Todos estos síntomas se encuentran presentes en todos los contextos del paciente y se ha demostrado que interfiere en el funcionamiento académico y social del paciente.

En comorbilidad con el TDAH se encuentra el funcionamiento intelectual límite, mediante las pruebas de CI se obtuvo un coeficiente total de 74, el mismo que está dentro de los rangos 71-84. Este trastorno se puede definir como limitación en el funcionamiento mental, adaptativo y social (Villarreal, 2022), el paciente cumple los criterios al tener problemas en varias áreas como la lectoescritura, el razonamiento lógico, el desarrollo del lenguaje, poca organización, gestión y planificación del tiempo, problemas de atención y concentración, memoria selectiva, poca iniciativa, baja autoestima y rasgos de inseguridad.

Finalmente, como un factor agravante a ambos diagnósticos se encuentran los problemas relacionados con la vida en una residencia institucional. Cuando un individuo ingresa a una casa de acogida donde recibe atención en todas las áreas de su vida, se rodean de un ambiente que propone cuidar su seguridad y brindar unión fraternal, no obstante, existen individuos que sienten que se les ha arrebatado la protección de su hogar al desintegrar a la familia, siendo el amor de la familia fundamental para seguir adelante provocando reacciones negativas de inconformidad con el hogar mediante conductas y

comportamiento inadecuados (Pineda, 2014). Estas conductas interfieren en el desarrollo escolar, social y emocional del individuo.

Capítulo dos

Metodología

2.1. Tratamiento/Intervención

Dentro de este apartado se abordará el tratamiento terapéutico que se aplicó en este estudio de caso. Este plan de intervención se basó en el método cognitivo conductual, y se elaboró a partir de las necesidades y los requerimientos del paciente según el diagnóstico, para de esta forma cumplir los objetivos terapéuticos de la forma más eficaz posible.

2.1.1. *Objetivos terapéuticos*

General

Brindar herramientas psicológicas que permitan un desenvolvimiento adecuado del adolescente, siendo capaz de superar las situaciones adversas con asertividad y resiliencia; fomentando la resolución de problemas, el desarrollo de las habilidades sociales y el entrenamiento de habilidades cognitivas.

Específicos

- Reducir respuestas conductuales desadaptativas frente a las reglas a través de la detección y modificación de los pensamientos automáticos negativos.
- Entrenar habilidades sociales para optimizar las relaciones interpersonales de comunicación.
- Estimular habilidades cognitivas mediante ejercicios que permitan potenciar la atención y concentración.

2.1.2. *Plan de tratamiento/intervención*

Previo a la realización del plan, se ha ejecutado un proceso de evaluación dentro de las sesiones 2 y 4 que permitió identificar las necesidades del paciente, así como establecer objetivos y las técnicas a utilizar; de tal manera que el presente plan terapéutico está estructurado con 10 sesiones de aproximadamente 30 minutos.

Tabla 2

Plan Terapéutico

Sesión	Objetivo	Técnica	Observación
1	Desarrollar habilidades para reconocimiento de emociones y pensamientos asociados a situaciones que provocan incomodidad.	Psicoeducación acerca del manejo de emociones Termómetro de las emociones. Técnicas de autorregulación emocional Estimulación de habilidades cognitivas	La atención durante la sesión se mantuvo los primeros 30 minutos, después de eso el paciente se puso inquieto, menciona que no quiere estar ahí y que le parece muy aburrida la actividad.
2	Disminuir el comportamiento hostil y creencias que justifiquen el desafío a la autoridad.	Psicoeducación. Técnicas de autoinstrucción Estimulación de habilidades cognitivas	Se realiza una adaptación de plan terapéutico para mantener la atención del paciente.
3	Adiestrar en prácticas de control de impulsos frente a situaciones que causen incomodidad en el paciente.	Técnicas de respiración en 4 tiempos. Técnica de control de impulsos. Estimulación de habilidades cognitivas.	
4	Entrenar las habilidades sociales mediante la comunicación asertiva, efectiva y el afrontamiento ante las críticas.	Psicoeducación de comunicación asertiva. Entrenamiento en habilidades sociales. Rol Playing. Estimulación de habilidades cognitivas.	El paciente se muestra molesto y con actitud desafiante sin prestar atención en el entrenamiento de habilidades sociales.

Sesión	Objetivo	Técnica	Observación
5	Brindar a los tutores herramientas para un trato adecuado con el adolescente.	Psicoeducación con los tutores. Estrategias de control de conducta.	
	Trabajar en el control de la conducta en el adolescente.	Técnica de la tortuga. Estimulación de habilidades cognitivas.	
6	Fomentar habilidades de resolución de conflictos para desarrollar resiliencia como forma de enfrentar los problemas.	Psicoeducación acerca de la resolución de problemas.	
		Entrenamiento en resolución de conflictos.	
		Estimulación de habilidades cognitivas.	
7	Identificar y disminuir pensamientos automáticos negativos fomentando una visión realista y positiva de sí mismo y sus posibilidades.	Terapia racional emotiva.	
		Actividad "mirar el lado bueno de las cosas.	
		Estimulación de habilidades cognitivas.	
8	Practicar las habilidades de control de impulsos.	Ruedas de opciones para el control de ira. Estimulación de habilidades cognitivas.	
9	Evaluación post-intervención	CDI STAIC Escala de Autoestima de Rosenberg	
10	Cierre	Cierre y retroalimentación	

Sesión 1

La sesión empezó psicoeducación acerca de las emociones, su definición y el reconocimiento de estas. Una vez dialogado este tema con el paciente se presentó el termómetro de emociones donde se encontraban graficadas cuatro tipos de emociones (felicidad, desagrado, tristeza y enojo), se identificó en qué momentos suele sentir cada una de ellas con ejemplos concluyendo que a lo largo del día las emociones pueden variar según las situaciones.

Seguidamente se trabajó con un video corto con ejemplos de cómo el enojo puede llevar a las personas a actuar de manera equivocada, después se dialogó sobre si alguna vez se ha sentido de esta forma y cómo puede actuar en estos momentos mediante la autorregulación de las emociones.

Finalmente, se utilizó un juego recreativo para fortalecer las habilidades cognitivas y atención llamado "Dobble" donde debe comparar dos fichas e identificar las similitudes entre estas haciéndolo cada vez de forma más rápida.

El objetivo de la sesión se pudo cumplir con normalidad, sin embargo, se pudo notar como el paciente iba perdiendo la concentración y la atención a lo largo del proceso, no obstante, cuando se realizó el juego su atención se recuperó.

Sesión 2

Teniendo en cuenta lo sucedido en la sesión anterior se realizaron adaptaciones sobre el tiempo para mantener la atención del paciente, modificando la duración de la sesión a máximo 30 minutos.

Durante este segundo encuentro se inició con una retroalimentación de la sesión anterior, recordando el termómetro y las emociones que se encuentra sintiendo el paciente con ayuda de este.

Después, se visualizó un fragmento de la película "Buscando a Nemo" donde se demuestra la desobediencia y las consecuencias de los comportamientos desafiantes. Más

adelante se trabajó con una presentación interactiva mediante imágenes que demostraban la importancia de las normas en los diferentes ámbitos, con el objetivo de reconocerlas y conocer su función de precautelar la seguridad y salud de las personas. Finalmente, para cerrar este segmento se utilizó un video educativo llamado “Los niños que no respetan las normas” de Aprendiendo a ser Héroes, reforzando lo tratado anteriormente. Este video permitió además enfatizar técnicas de autoinstrucción positiva donde se buscaba que el paciente se dirija a sí mismo con un lenguaje interno positivo.

Por último, se trabajaron las habilidades cognitivas, atención y concentración mediante el juego lúdico “Make n Break” que tiene como fin reconstruir bloques según las instrucciones brindadas en tarjetas aumentando el nivel de dificultad. En esta sesión se pudo observar cómo se mantuvo la atención del paciente debido a los videos y juegos utilizados percibiendo diversión por parte del individuo.

Sesión 3

Esta tercera sesión inició con la aplicación del juego lúdico “Jenga”, que consiste en realizar una torre con bloques pequeños de madera e ir sacando los bloques evitando que la torre se derrumbe, mediante esta actividad se pudo trabajar en dos aspectos importantes, primero entrenar habilidades de concentración al remover los bloques correctos, y segundo, poner en práctica el control de impulsos cuando la torre caía.

Después, se trabajó con un video educativo llamado “Los niños que eran impulsivos” de Aprendiendo a ser Héroes, reforzando las diferentes formas de reaccionar frente a situaciones desagradables.

Finalmente, se trabajó en una técnica de respiración en 4 tiempos, esta técnica es un tipo de respiración controlada que permite reducir la activación fisiológica como método de afrontar la ansiedad (García-Grau et al., 2008). Esta técnica se practicó en un lugar sin estímulos externos que pudieran distraer al paciente, fue ofrecida como técnica para usarse

en momentos donde se siente incómodo o ansioso, se practicó respirar por la nariz en 4 tiempos por unos minutos hasta que la técnica quedó entendida.

Sesión 4

Para iniciar la sesión se realizó una retroalimentación del control de impulsos y la práctica de respiración en 4 tiempos.

Seguidamente, se intervino con una psicoeducación sobre el asertividad y la empatía resaltando su importancia en la comunicación con las personas que lo rodean.

A continuación, se planteó una actividad llamada “Soy asertivo: tortuga, dragón y persona” que tiene como objetivo enseñar a los niños, niñas y adolescentes a expresarse en diferentes formas sin hacer daño a los demás fomentando la comunicación positiva y la capacidad de expresarse sin miedo evitando ser agresivos (Méndez et al., 2015). Después del ejercicio se plantearon ejemplos de la vida real donde el paciente debía responder de forma asertiva ante situaciones que le incomodaban mediante un rol playing.

Para continuar con la psicoeducación se enseñaron algunas imágenes con las cuales el paciente debía crear una historia de lo que cree que sucedió en ellas y qué tipo de comunicación se planteaba en cada una. Para cerrar la sesión se trabajó con un video llamado “Estilos de comunicación” donde presentaron fragmentos de películas de Disney con los diferentes estilos de comunicación.

Como actividad de entrenamiento de habilidades cognitivas se usó un laberinto y un ejercicio de encontrar las 6 diferencias.

Sesión 5

En esta sesión se trabajó primero con el paciente iniciando con un video educativo llamado “La tortuga” con el objetivo de introducir habilidades de autocontrol. Más adelante, se planeó la técnica de la tortuga explicada en el video, técnica que utiliza la analogía de la

tortuga que entra en su caparazón cuando se siente amenazada. De esta forma se busca que el paciente entre en un caparazón imaginario cuando se sienta amenazado, ayudándolo a controlar sus impulsos y emociones (Schneider y Robin, 2017). En este caso se le pidió al paciente que ponga sus brazos cruzados sobre la mesa y asienta su cabeza sobre ellos, cubriendo su cabeza por completo, se le explicó que puede usar esta técnica en los momentos que sienta que sus emociones se desbordan y está enojado.

Finalmente, en cuanto a las habilidades cognitivas, se trabajó con un rompecabezas de 20 piezas para trabajar las habilidades cognitivas. Y para terminar la sesión se impartió una pequeña psicoeducación a los dos tutores que están a cargo del paciente, se les presentaron las técnicas en las que se había estado trabajado, buscando que estas sean reforzadas fuera de las sesiones de intervención, además se brindó una ficha informativa sobre las conductas del paciente y como se han estado abordando en terapia.

Sesión 6

Para iniciar esta sesión se practicó la técnica de la tortuga y la respiración en 4 tiempos. Después, se visualizó un fragmento de la película de Walt Disney "Dumbo", con el fin de trabajar en las habilidades de resolución de conflictos. En esta sesión se pudo notar que el paciente se encontraba estresado y muy cansado, así que después del video se realizó la actividad de estimulación cognitiva para cerrar la sesión, llamada "Bannana Grams" con el que se formaron palabras con acrónimos.

Sesión 7

Esta sesión inició con una retroalimentación del fragmento de la película "Dumbo" resaltando las partes que más llamaron la atención del paciente, seguidamente se visualizó un video llamado "Charlie y Charlotte aprenden a identificar sus errores del pensamiento" como parte de la terapia racional emotiva que permitió complementar la sesión anterior identificando los errores del pensamiento para trabajar en ellos mediante la resolución de problemas.

Se continuó con la metáfora de “mirar el lado bueno de las cosas” identificando los errores de pensamientos negativos en el paciente.

Para culminar, se realizó una actividad para entrenar la atención dirigida llamada “Colorea igual”.

Sesión 8

Esta sesión inició con una pequeña retroalimentación de lo visto la semana anterior recordando la metáfora de la ventana y con ejemplos de errores del pensamiento comunes. Seguidamente, se planteó una rueda de opciones, la misma que tiene como objetivo brindar ideas para resolver problemas cuando el paciente se enfrenta a un desafío (Nelsen, s.f.). Para la realización de esta rueda el paciente planteó sus propias ideas de solución a inconvenientes que tiene en el día a día.

Finalmente, se culminó la sesión con una sopa de letras para trabajar concentración y habilidades cognitivas.

Sesión 9

En esta sesión se realizó la evaluación post-intervención donde se aplicaron los siguientes reactivos: CDI, Autoestima de Rosenberg y el STAIC. Se finalizó la sesión con una actividad de refuerzo de habilidades cognitivas especialmente atención y concentración como es el cubo Rubik.

Sesión 10

En esta sesión se realizó una retroalimentación de lo visto a lo largo de las 10 semanas de intervención recordando algunas de las estrategias ya trabajadas y como implementarlas en su día a día; se agradeció por el proceso llevado a cabo y por la colaboración y predisposición brindada, además, se socializaron los avances que se obtuvieron. Finalmente, para culminar la sesión se realizó una actividad lúdica que permitió que el adolescente se exprese y comente su experiencia sobre el proceso.

Capítulo tres

Resultados

A continuación, se presentan los resultados obtenidos dentro del presente caso clínico relacionado con trastorno de déficit de atención con hiperactividad e inteligencia límite, para lo cual se ha realizado un análisis respectivo de los avances del paciente, mediante dos métodos que corresponden al cuantitativo y cualitativo.

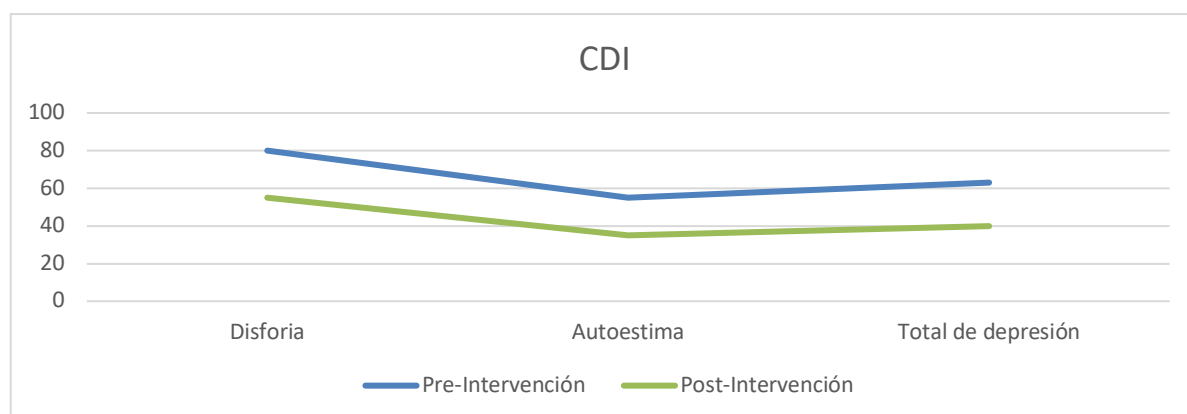
De tal manera, para el análisis cuantitativo se aplicó un re-test en la sesión 9 obteniendo los siguientes resultados:

Tabla 3

Resultado Test de Depresión Infantil

Instrumento	Resultado Pre-Intervención	Resultado Post-Intervención
Test de Depresión Infantil CDI	Disforia Pc= 80	Disforia Pc=55
	Autoestima Negativa Pc= 55	Autoestima Negativa Pc= 35
	Total depresión Pc= 63	Total depresión Pc= 40
	Interpretación: Sin síntomas depresivos.	Interpretación: Sin síntomas depresivos.

En cuanto a la variable de depresión tanto en el test pre-intervención como en el post-intervención se obtuvieron resultado sin síntomas depresivos; sin embargo, los resultados de la segunda evaluación fueron notablemente positivos (figura 1), siendo el puntaje total de 63 en la evaluación pre-intervención y de 40 en la post-intervención. De la misma forma en cuando a la escala de disforia el resultado en la segunda evaluación fue de 55 muy por debajo del total de la primera evaluación, y en cuanto a la escala de percepción de autoestima negativa también se redujo a 40, cuando en la primera evaluación el resultado fue de 63.

Figura 1*Resultados CDI***Tabla 4***Resultado de Escala de Autoestima de Rosenberg*

Instrumento	Resultado Pre-Intervención	Resultado Post-Intervención
Escala de Autoestima de Rosenberg	Puntuación total= 28 Interpretación= Autoestima media	Puntuación total= 28 Interpretación= Autoestima media

En cuanto al apartado de autoestima evaluado con la escala de autoestima de Rosenberge se mantuvieron en ambos tiempos de evaluación teniendo un total de 28 puntos considerado como autoestima media.

Tabla 5*Resultado de Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo para Niños y Adolescentes*

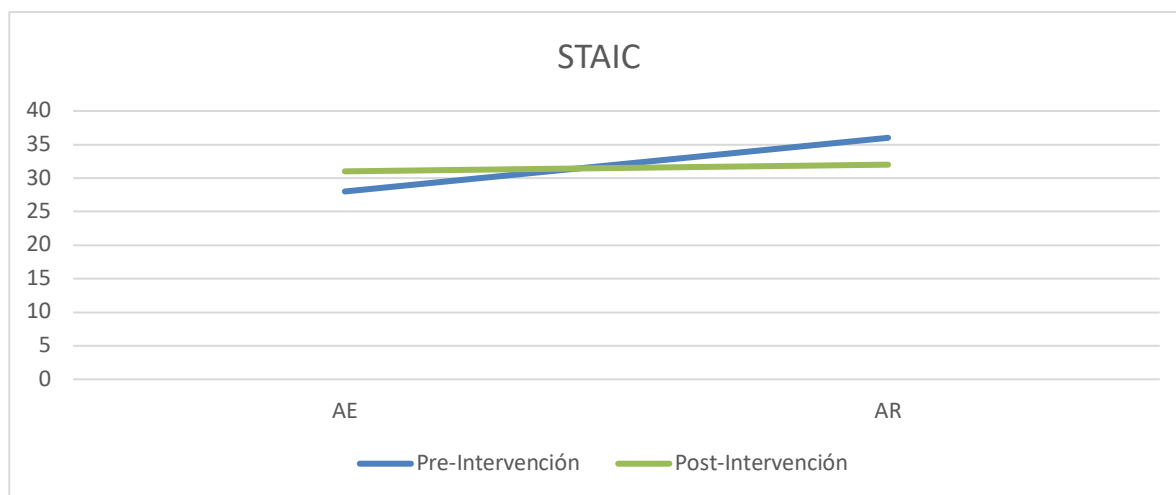
Instrumento	Resultado Pre-Intervención	Resultado Post-Intervención
Cuestionario de ansiedad Estado-Rasgo para niños y adolescentes (STAIC)	AE= 28 Por debajo del promedio AR= 36 Sobre el promedio	AE= 31 En la media AR= 32 Por debajo del promedio

Finalmente, los resultados de la evaluación de ansiedad, usando el Cuestionario de ansiedad Estado-Rasgo para niños y adolescentes (STAIC), en la primera aplicación del reactivo son 28 en la ansiedad estado, considerado por debajo del promedio; y 36 de

ansiedad rasgo, considera por encima del promedio. En contraste con la segunda evaluación donde se obtuvo como total de ansiedad estado 31, interpretado como dentro del promedio, y el total de ansiedad rasgo 32, interpretado como por debajo del promedio. Se nota un aumento de 3 puntos en la ansiedad estado (figura 2), sobre estos resultados se debe considerar el estado de cansancio en el que se encontraba el menor por la situación de evaluaciones en el colegio; sin embargo, se nota la disminución de ansiedad rasgo en 4 puntos (figura 2).

Figura 2

Resultados STAIC



Paralelamente para el análisis cualitativo, se realizó una ficha de observación con la finalidad de establecer una comparación de aquellas conductas y aspectos inicialmente afectados en el paciente en comparación con sus conductas después del tratamiento, en donde para una mayor apreciación en la tabla 6 se explica de forma detalla la ficha antes mencionada.

Tabla 6

Resultados de fichas de observación

Conductas y aspectos con afectación inicial	Modificación de la conducta			Observación o razón
	Mantenimiento	Parcial	Total	
Incomodidad ante situaciones nuevas			X	Con forme avanzaron las sesiones terapéuticas el paciente se sentía más cómodo con la terapeuta y coterapeuta.
Se muestra distraído toda la sesión		X		Debido a las actividades de desarrollo de habilidades cognitivas, los videos, juegos interactivos y la duración de las sesiones se logró mantener la atención del paciente durante todas las sesiones; no obstante, si a lo largo del día el paciente se había sentido cansado o muy agotado la atención podía variar durante la sesión.
Respuestas apresuradas	X			Esta conducta no logró ser modificada, el paciente continuaba respondiendo antes de que las preguntas terminen de ser planteadas, evidenciando impulsividad.
Poca comunicación verbal			X	A partir del planteamiento de rapport y el encuadre en cada sesión se logró modificar por completo esta conducta.
Vocabulario soez			X	Esta conducta se modificó debido a las técnicas de comunicación asertiva en

		las que se trabajó y por la psicoeducación brindada a los tutores.
No recuerda la sesión anterior	X	Debido a los refuerzos, retroalimentaciones y las formas lúdicas y llamativas de presentar la psicoeducación en todas las sesiones, el paciente logró retener la información brindada por las terapeutas, pudiéndola repetir en las sesiones siguientes.
Indiferente	X	La indiferencia frente a la terapia es una conducta que cambió parcialmente debido el paciente no presentaba una voluntad al cambio, ni colaboración dentro de algunas sesiones; sin embargo, hablar de los objetivos de cada sesión era de gran beneficio para que el paciente se muestre dispuesto a participar de la misma.
Molesto o enojado con el terapeuta	X	Esta conducta se modificó por completo debido a dos razones: la primera, se abordó el tema del enojo con el paciente de forma honesta, preguntando cuales eran las razones del mismo y se pudo llegar a aclarar cualquier mal entendido entre ambas partes; la segunda razón

		se debe a los acuerdos que se llegaron entre el paciente y las terapeutas para que las sesiones sean armoniosas, realizando actividades que cumplan con los objetivos del plan pero que no agobien al paciente.
Aburrimiento	X	De la misma forma, la elección de actividades entretenidas permitió la modificación parcial de esta conducta, aunque algunas veces la forma de intervención que al inicio resultaba entretenida para el paciente, conforme avanzaba y se complicaba iba perdiendo la atención del sujeto.
Inquieto durante el proceso	X	El levantarse de la silla, jugar con objetos frente a él, acostar la cabeza en la mesa y retorcerse en la silla fueron conductas que perduraron todo el proceso.

Discusión y Conclusiones

El presente caso clínico se expone el uso de la terapia cognitivo- conductual en paciente diagnosticado con trastorno de déficit de atención con hiperactividad con presentación dominante de falta de atención comórbido a funcionamiento intelectual límite, esto acompañado de problemas relacionados con la vida en una residencia institucional.

Este apartado pretende demostrar la eficacia del modelo terapéutico aplicado a la sintomatología del paciente, la misma que corresponde a problemas de conducta en varios ámbitos de su vida, como constantes discusiones con los tutores y compañeros, además de bajo rendimiento escolar, sentimientos de aburrimiento, falta de iniciativa y dificultad para tomar decisiones, pobre concentración, fácil distracción, problemas en la retención de información, impulsividad cognitiva y conductual, impaciencia, respuestas anticipadas, poca organización y planeación, movimientos motores inadecuados, dificultad para adaptarse a nuevos contextos y dificultad para entablar y mantener relaciones interpersonales, baja autoestima y manejo inadecuado de emociones.

Esta sintomatología se relaciona a la planteada por Prada (2016), donde menciona que, aunque los síntomas pueden variar de un caso a otro, es frecuente que se presenten características de inatención, hiperactividad, impulsividad, inadecuado desarrollo del sujeto, trastornos emocionales, de comportamiento y de aprendizaje. De la misma forma, Artigas-Pallarés et al. (2007), al relacionar la CIL y otros trastornos del neurodesarrollo como el TDAH, mencionó que los síntomas más comunes dentro de la CIL son la falta de concentración, trabajo deficiente en la escuela, nerviosismo, distracción fácil, impulsividad, malhumor y bajo autoestima.

En cuanto al proceso de evaluación, se trabajó con los siguientes instrumentos psicológicos que permitieron el diagnóstico: Escala Wechsler de Inteligencia para Niños (WISC-V), Test de Desórdenes de Hiperactividad/Déficit de Atención (ADHDT) y Test de Percepción de Diferencias-Revisado (CARAS-R), además, de las técnicas de evaluación como la entrevista semiestructurada, la observación clínica y las fichas de observación

conductual. Tanto los reactivos, como los métodos usados para evaluar la conducta se consideraron eficaces y de gran utilidad para poder identificar la sintomatología inicial del paciente, puesto que sus resultados permitieron clarificar de mejor manera la problemática actual del usuario y así poder realizar el respectivo levantamiento del plan terapéutico. Ríos (2018) y Villa (2015) proponen que, para la evaluación de TDAH se tomen en cuenta diferentes áreas a evaluar, dentro de estas está la valoración de la capacidad intelectual usando la batería WISC-IV y la aplicación de entrevistas a los padres, tutores y maestros, sin dejar de lado las entrevistas semiestructuradas con el paciente para tener una imagen completa de los síntomas.

De igual manera, Artigas-Pallarés et al. (2007), consideran a la Escala Wechsler de Inteligencia para Niños indicada para el diagnóstico de CIL. De igual importancia, debido al contexto de institucionalización existe mayor prevalencia a presentar problemas conductuales y emocionales como depresión, baja autoestima y ansiedad, siendo variable que pueden impedir el desarrollo integral de los individuos (Tinoco, 2020). Es por esto que, como Vivian da Cunha y Barreyro (2015), en este estudio de casos se utilizó el Inventario de Depresión Infantil (CDI) para identificar la existencia de sintomatología depresiva en niños y adolescente, no obstante, en cuanto a la ansiedad, a diferencia de utilizar la Escala de Ansiedad (SCARED) como los autores antes mencionados, este estudio utilizó el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo para Niños y Adolescentes (STAIC) y consideró importante la evaluación del autoestima a través de la Escala de Autoestima de Rosemberg.

En relación con el proceso de intervención, este se llevó a cabo durante 10 sesiones, utilizando el método cognitivo-conductual, donde se incluyeron técnicas de entrenamiento en habilidades sociales, estimulación de habilidades cognitivas, técnicas de autorregulación emocional y autoestima, técnica de control de impulsos, estrategias de control de conducta y entrenamiento en la resolución de conflictos. Mismas que, con base a la literatura Villa (2015) indica al intervenir con adolescentes con TDAH se debe involucrar todos los aspectos de su vida, tanto a nivel personal, emocional, pedagógico, cognitivo y conductual. Por otro

lado Tinoco (2020) menciona que existe una afectación en las capacidades cognitivas de los niños y adolescentes institucionalizados por lo que propone trabajar con actividades que estimulen estas habilidades.

De otro modo, los resultados post-tratamiento indicaron disminución en los síntomas depresivos y de ansiedad rasgo, y en igual forma, las fichas de observación permitieron identificar que conductas como incomodidad, respuestas apresuradas, ausencia de comunicación verbal, vocabulario soez, muestras de indiferencia, malhumor, aburrimiento y dificultad para recordar lo realizado en sesiones pasada, se pudieron modificar parcial o totalmente. Esto como resultado del entrenamiento en habilidades sociales, las técnicas autorregulación emocional y autoestima, las técnicas de control de impulsos y el entrenamiento en la resolución de conflictos, técnicas parte del abordaje cognitivo conductual. Pérez et al. (2016), asegura que un abordaje integral de pacientes con TDAH permite una evolución positiva.

Así mismo, González et al. (2012), propone trabajar en habilidades sociales, control de impulsos, solución de problemas y la autorregulación emocional para obtener resultados positivos como la reducción en los niveles de depresión, ansiedad y aumento en la percepción de sí mismos. Lara y Ocaña (2019), plantean un programa de intervención para niños institucionalizados en Ecuador donde las principales áreas a trabajar son la memoria, atención, autoestima, habilidades sociales y autorregulación emocional las mismas que dieron resultados positivos mediante la terapia cognitivo-conductual.

En el presente trabajo existieron algunas limitaciones debido al tiempo de intervención, la falta de una adaptación curricular para el paciente, lo que impedía un abordaje integral y la falta de una evaluación médica. Este estudio de caso planteó la evaluación, intervención y resultados de un adolescente con TDAH y CIL, pero también se demostró la prevalencia de estos trastornos dentro de casas de acogidas permanentes o temporales para niños y adolescentes, convirtiéndose en un tema de gran relevancia investigativa.

Finalmente, es importante indagar en las diferentes razones por las que los niños y adolescentes institucionalizados presentan consecuencias emocionales, y neurocognitivas, además de intervenciones que sean una alternativa para hacer llevadera la vida en el interior de las casas hogares permitiendo un mejor desarrollo de los adolescentes.

Conclusiones

Con base en los objetivos planteados en este estudio, después de haber realizado un análisis de los resultados obtenidos y considerando la discusión de resultados entorno a estudios previos relacionados con esta investigación se concluye que:

La utilización de los instrumentos WISC-V, ADHDT Y CARAS-R permitieron el diagnóstico acertado de Trastorno con Déficit de Atención e Hiperactividad y Capacidad Intelectual Limite.

Por otro lado, se concluye que después del proceso de intervención con el método cognitivo conductual existe una notable disminución en la intensidad de algunas conductas desadaptativas usadas por el paciente como la incomodidad frente a nuevas situaciones, la ausencia de comunicación verbal, la utilización de vocabulario soez cuando la frustración es elevada y el no recordar eventos entre sesiones.

Finalmente, basándose en la bibliografía investigada y en el diagnóstico del paciente, se concluye, que el contexto de institucionalización tiene consecuencias en sus habitantes en el ámbito emocional como la autoestima y los sentimientos de pertenencia, además de la alta prevalencia de problemas neuropsicológicos y neurocognitivos que dificultan el desarrollo integral de los individuos.

Recomendaciones

Debido a la relevancia de este tema reiterada en los hallazgos de este estudio y en la revisión bibliográfica se proponen las siguientes recomendaciones:

Se recomienda que se continúe con el proceso psicológico con un abordaje integral teniendo en cuenta el aspecto conductual, físico, y emocional del adolescente.

Además, se reconoce la importancia de continuar con el entrenamiento de habilidades cognitivas y trabajar a fondo la inatención e hiperactividad, por lo que se recomienda una intervención adaptada para el diagnóstico de TDAH para brindar un desarrollo integral en el sujeto.

Finalmente, se recomienda un abordaje que incluya el área educativa, proponiendo una adaptación curricular, de forma que se permita un avance en las habilidades del adolescente y que puedan ser notadas por el mismo reforzando autoestima y autoimagen.

Referencias

- Alda, J. (2022). Vista de Los retos del TDAH. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 39(1), 1–2. <https://bit.ly/3yTEHb2>
- Alvarán, L., Sánchez, D., & Restrepo-Ochoa, D. (2016). Neuropsicología de la inteligencia limítrofe. *Cuadernos de Neuropsicología*, 10(2), 129–141. <https://bit.ly/3OWfKBj>
- Artigas-Pallarés, J., Rigau-Ratera, E., & García-Nonell, C. (2007). Relación entre capacidad de inteligencia límite y trastornos del neurodesarrollo. *Revista de Neurología*, 44(12), 739–744. <https://bit.ly/3lweQsT>
- Asociación Estadounidense de Psiquiatría. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. *Médica Panamericana*. <https://bit.ly/3aqlaV8>
- Banco de instrumentos. (2015). Ficha técnica del instrumento. *Cibersam*. <https://bit.ly/3nTxsty>
- Buñuel, J. (2006). Diagnóstico del trastorno de déficit de atención con/sin hiperactividad. Una visión desde la evidencia científica. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 8(4), 25-37. <https://bit.ly/3ytBttl>
- Capurro, D., & Rada, G. (2007). El proceso diagnóstico. *Revista Médica de Chile*, 135(4), 534–538. <https://bit.ly/3yxH55U>
- Consejo General de la Psicología de España. (2020). Evaluación de la escala de inteligencia de Wechsler para niños-V (WISC-V). *Conde Peñalver*, 45(5), 2-14. <https://bit.ly/3yv66P9>
- Deambrosio, M., Gutiérrez De Vázquez, M., Arán-Filippetti, V., & Román, F. (2018). Efectos del Maltrato en la Neurocognición: Un Estudio en Niños Maltratados Institucionalizados y no Institucionalizados. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales*, 16(1), 239–253. <https://bit.ly/3AFXNmu>
- Díaz, J., Gallego, B., & León, A. (2006). El diagnóstico médico: bases y procedimientos. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 22(1). <https://bit.ly/2GzlvBP>

- Díaz-Bravo, L., Torruco-García, U., Martínez-Hernández, M., & Varela-Ruiz, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Inv Ed Med*, 2(7), 162–167. <https://bit.ly/3NQGNwE>
- Fernández-Ballesteros, R. (2013). *Evaluación psicológica conceptos, métodos y estudio de casos*. Pirámide.
- Fonseca-Pedrero, E., Paino, M., Sierra-Baigrie, S., Lemos-Giráldez, S., & Muñiz, J. (2012). Propiedades psicométricas del “Cuestionario de ansiedad estado-rasgo” (STAI) en universitarios. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 20(3), 547–561. <https://bit.ly/3NV4e83>
- García-Grau, E., Escolano, A., & Bados López, A. (2008). *Manual de entrenamiento en respiración*. Universidad de Barcelona. <https://bit.ly/2qUINNx>
- Gilliam, J. (s.f.). *Test de desórdenes de hiperactividad/déficit de atención*. Pro-ed.
- González, C., Ampudia, A., & Guevara, Y. (2012). Programa de intervención para el desarrollo de habilidades sociales en niños institucionalizados. *Act Colombiana de Psicología*, 15(2). <https://bit.ly/3bWC8Mh>
- Ibarra, A., & Romero, M. (2017). Niñez y adolescencia institucionalizadas en casas hogar Universidad Nacional Autónoma de México. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 20(4),1532. <https://bit.ly/2yA5gCl>
- Lang, M., & Tisher, M. (2014). *Cuestionario de Depresión para Niños* (8th ed.). TEA Ediciones. <https://bit.ly/3yxIsBy>
- Lara, L., & Ocaña, M. (2019). *Programa de intervención psico y neuropsicológica para niños institucionalizados en una casa de acogida, Riobamba 2018-2019* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional]. <https://bit.ly/3RB61IZ>
- León, A. (2017). *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad y su influencia en el bajo rendimiento académico en niños y niñas de la Unidad Educativa Fiscomisional “Santa Juana de Arco La Salle” de Carimanga. 2019* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional de Loja]. <https://bit.ly/3PtFtRV>

- López, A., Benítez, X., León, M., Maji, P., Domínguez, D., & Báez, D. (2019). La observación: Primer eslabón del método clínico. *Revista Cubana de Reumatología*, 21(2). <https://bit.ly/3RqzEpW>
- Marecos, E. (2003). El diagnóstico diferencial. *Revista de Posgrado de La VI a Cátedra de Medicina*, 128, 1–5. <https://bit.ly/3aqDU82>
- Medina, B., Mercado, E., & García, I. (2015). La capacidad intelectual límite: la gran olvidada. *INFAD Revista de Psicología*, 2(1), 365-372. <https://bit.ly/3auG6eW>
- Méndez, C., Obregón, L., & Jiménez, P. (2015). *Estrategias psicoeducativas de autocontrol en niños y niñas de 6 a 11 años de edad de la fundación hogar infantil madre de Dios*. [Práctica profesional modalidad de grado. Universidad Cooperativa de Colombia]. <https://bit.ly/3lqAkHE>
- Nelsen, J. (s.f.). *La Rueda de opciones*. Positive Discipline Association. <https://bit.ly/3lqKtUN>
- Oliva, A., Antolín, L., Pertegal, M., Ríos, M., Parra, Á., Gómez, Á & Reina, M. (2011). *Instrumentos para la evaluación de la salud mental y el desarrollo positivo adolescente y los activos que lo promueven*. Junta de Andalucía. Consejería de Salud. <https://bit.ly/3yVXsuH>
- Pérez, A., Molina, D., & Gómez, M. (2016). La Intervención Neuropsicológica en el Tratamiento Interdisciplinar para el TDAH. *Neuropsicología Clínica*, 1(2), 14–29. <https://bit.ly/3P7P14C>
- Pineda, L. (2014). *Factores que influyen en la institucionalización de los niños, niñas y adolescentes en situación de abandono, en edades de 13 a 17 años, ubicados en los hogares de cuidado y protección de la asociación Buckner Guatemala, Municipio de Mixco*. [Tesis de Posgrado. Universidad Rafael Landívar]. <https://bit.ly/3RnDU9D>
- Prada, M. (2016). *Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con TDAH presentación Hiperactiva-Impulsiva*. Universidad del Norte. <https://bit.ly/3ytC527>

- Ramos, C., Bolaños, M., & Ramos, D. (2015). Relevancia del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en estudiantes ecuatorianos. *Revista Científica y Tecnológica UPSE*, 3(1), 13-19. <https://bit.ly/3RLZW6d>
- Ríos, M. (2018). *Estudio de caso sobre el TDAH: Propuesta de intervención centrada en las necesidades socioemocionales*. [Trabajo fina de grado en Educación Primaria. Universidad de Sevilla]. <https://bit.ly/3atEYrK>
- Romero, H. [Psicología Cátedras] (2021). *Test (STAI)*. [Video]. YouTube. <https://bit.ly/3nSK9ow>
- Rusca-Jordán, F., & Cortez-Vergara, C. (2020). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes: Una revisión clínica. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 83(3), 148–156. <https://bit.ly/3P40ToM>
- Salvador-Carulla, L., García-Gutiérrez, J., Ruiz, M., Artigas-Pallarès, J., García, J., González, J., Nadal, M., Aguilera, F., Isus, S., Cereza, J., Poole, M., Portero, G., Monzón, P., Leiva, M., Parellada, M., García, K., Martínez, A., Rigau, E., & Martínez-Leal, R. (2013). Funcionamiento intelectual límite: guía de consenso y buenas prácticas. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 6(3), 109–120. <https://bit.ly/3P1p5bk>
- Schneider, M., & Robin, A. (2017). La técnica de la 'Tortuga': Un momento para el autocontrol de la conducta impulsiva. *Universidad del Estado de Nueva York*. <https://bit.ly/3uF0KQh>
- Spielberger, R., Gorsuch, R., & Lushene, R. (2015). *Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo: Adaptación española*. TEA Ediciones <https://bit.ly/3auGjPg>
- Thurstone, L., & Yela, M. (2019). *CARAS-R Test de Percepción de Diferencias-Revisado. Manual*. TEA Ediciones.
- Tinoco, M. (2020). Plan de intervención para estimular afectaciones cognitivas en niños y adolescentes institucionalizados. *INNOVA Research Journal*, 6(1), 84–110. <https://bit.ly/3yWWnCU>

- Troller-Renfree, S., Nelson, C., Zeanah, C., & Fox, N. (2016). Deficits in error monitoring are associated with externalizing but not internalizing behaviors among children with a history of institutionalization. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(10), 1145-1153. <https://bit.ly/3yTnkHh>
- Universidad de Lima. (2013). WISC V - Escala de Inteligencia de Wechsler para Niños – V. *Gabinete Psicométrico*. <https://bit.ly/3yXj75H>
- Universidad de Murcia. (s.f.). *Instrumentos para evaluación del retraso mental*. Portal OpenCourseWare. <https://bit.ly/2K38aX8>
- Valbuena, C., & Saldarriaga, J. (2020). *Efectos psicológicos de la institucionalización en niños, niñas y adolescentes*. [Tesis de Posgrado. Universidad Católica de Pereira]. <https://bit.ly/3NQMHhr>
- Vázquez, A., & Jiménez, R. (2004). Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de Psicología*, 22(2). <https://bit.ly/3yuGdyZ>
- Villa, L. (2015). *TDAAH Estudio de caso*. [Trabajo final de Grado en Psicología. Universidad de Jaume-I]. <https://bit.ly/3O061bU>
- Villarreal, D. (2022). Funcionamiento Intelectual Límite. *Clínica Hospital San Fernando*. <https://bit.ly/3PkIHxI>
- Vivian da Cunha, R., & Barreyro, J. (2015). Revisión del estado del arte de la depresión, la ansiedad y el apoyo social en torno del tema de niños y adolescentes institucionalizados. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 19(2), 58–73. <https://bit.ly/3aqqAHN>