



“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con TDAH presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Investigador :

Marcela Prada Hernandez

Director:

Ana Mercedes Bello Villanueva, Ph.D

03/06/2016

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

*A MI DIOS TODOPODEROSO GRACIAS INFINITAS POR SU GRAN AMOR Y POR TODAS LAS BENDICIONES QUE ME HA REGALADO. POR ILUMINAR Y GUIAR SIEMPRE MI CAMINO.*

*A MIS PADRES POR SER LOS MEJORES DEL MUNDO, POR SU APOYO INCONDICIONAL. GRACIAS A TI PAPÁ POR DARME LA MEJOR HERENCIA EN VIDA, LA FORMACIÓN PROFESIONAL. GRACIAS A DIOS POR USTEDES.*

*A MI ESPOSO GRACIAS POR LA PACIENCIA, AMOR Y APOYO DURANTE TODO ESTE TIEMPO. SIEMPRE COMPENSIVO Y MOTIVANDOME PARA SALIR ADELANTE.*

*A MI HIJO GRACIAS POR ENTENDERME Y POR LA PACIENCIA EN TODAS LAS HORAS DE DEDICACION QUE LE QUITE DURANTE ESTOS DOS AÑOS DE MAESTRIA. ERES LA LUZ DE MIS DIAS Y LA MOTIVACIÓN MAS GRANDE PARA SALIR ADELANTE. QUIERO SER UN EJEMPLO DE ESFUERZO Y PERSEVERANCIA PARA TI.*

*A MIS TUTORAS DE LA MAESTRIA GRACIAS POR SU TIEMPO, PACIENCIA, DEDICACION, POR EL AMOR POR LO QUE HACEN, POR ALENTARNOS SIEMPRE A TERMINAR SATISFACTORIAMENTE ESTA FORMACIÓN.*

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

Contenido:

Introducción

1.Justificación 8

2.Área Problema12

3.Objetivos18

3.1Objetivo Genera18

3.2Objetivos Específicos18

4.Historia Clínica del paciente19

4.1Información de identificación 19

4.2Motivo de consulta 19

4.3Descripción de la sintomatología 19

4.4Historia del problema actual 21

4.5Historia Personal 22

4.6Historia Familiar22

4.6.1 Genograma 25

4.7Historia Socio-Afectiva 26

4.8Historia Académica26

4.9Proceso de Evaluación 28

4.10Resumen de evaluación y resultados 30

4.11Conceptualización Diagnostica y Diferencial 34

4.12Conceptualización Cognitiva 38

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

4.13 Formulación clínica del caso 39

4.14 Objetivos terapéuticos y plan o diseño de intervención 45

4.15 Curso del tratamiento 50

4.16 Avances y dificultades en el proceso terapéutico 62

4.17. Apartes de las sesiones 63

5 Marco Teórico 84

5.1 Aspectos históricos 84

5.2 Trastornos por Déficit de atención con Hiperactividad (TDAH) 91

5.3 Etiología del TDAH 95

5.4 Modelos teóricos explicativos actuales del TDAH 104

5.5 Epidemiología del TDAH 110

5.6 Comorbilidad del TDAH con otros trastornos 111

5.7 Evaluación y diagnóstico del TDAH 116

5.8 Tratamiento del TDAH 134

5.9 Familia y déficit de atención con hiperactividad 162

5.9.1 Estilos parentales educativos 165

7. Discusiones y conclusiones 169

8. Bibliografía 175

Anexos

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

### INTRODUCCION

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es un trastorno de origen neurobiológico del neurodesarrollo que afecta la capacidad del niño, adolescente o adulto para prestar atención a las acciones que realiza (inatención), regular su nivel de actividad (hiperactividad) e inhibir o frenar sus pensamientos o su comportamiento (impulsividad). (Nicolas, Diez, & Soutullo, 2014).

Según el DSM-V, (2013), el TDAH se describe como un patrón persistente de inatención y/ o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o desarrollo. Este funcionamiento no solo se ve afectado por disfunciones a nivel cognitivo, si no también por alteraciones en la afectividad, las emociones y las motivaciones del paciente, interfiriendo de forma significativa el rendimiento escolar, y en general la vida cotidiana del individuo.

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

Conforme con el DSM-V (APA, 2013), el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es un trastorno cuya frecuencia de aparición se ha incrementado considerablemente en los últimos años. A diario, en los consultorios, ámbitos escolares, sociales, en nuestra comunidad en general, vemos como los niños con este trastorno tienen un mayor riesgo de fracaso escolar, problemas de comportamiento y dificultades en las relaciones socio-familiares, ya que los síntomas del trastorno como se menciona anteriormente, tienen un gran impacto en el desarrollo del individuo e interfieren en su funcionamiento social, emocional y cognitivo, además de presentar una alta comorbilidad (40%-60%) con problemas de conducta, emocionales (Ramírez, 2015).

Según Cardo E, Servera M. (2005), la tasa de prevalencia del TDAH es un tema controvertido. Aunque en el DSM-IV se establezca un intervalo entre el 3 y el 5%, que probablemente sea el valor más aceptado por la comunidad científica, la realidad es que la variabilidad resulta muy elevada. DuPaul et al (1998), hablan de un intervalo entre el 2 y el 30% en la población general y Buitelaar et al (1996) en una amplia revisión sobre el tema, la sitúan entre el 4 y el 17% con un elevado grado de variabilidad en función de la estrategia utilizada, los criterios clínicos y los puntos de corte aplicados, la edad, el sexo, las características sociodemográficas, las llamados presentaciones de TDAH hoy por el DSM-V y la comorbilidad.

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

Los trabajos más recientes mantienen ciertos resultados discrepantes: la revisión de Brown et al (2001) sitúa la tasa en la población general de 6 a 12 años entre el 4 y el 12%; Barbaresi et al, (2002), en un estudio en ambiente hospitalario, la sitúan entre el 7 y el 16%, y Cornejo et al (2005), en una muestra de niños colombianos, la estiman en alrededor del 16%. En cuanto a las diferencias por sexo, la tendencia es claramente favorable a un predominio del trastorno en los varones: según el DSM-IV, es de 9:1 en la población clínica y de 4:1 en la población normal.

En esta investigación, se presentará un estudio de caso único de un paciente (12 años), diagnosticado según los criterios del DSM-V con 314.01 (F90.1) Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad - Presentación hiperactiva/impulsiva. El propósito de esta investigación, la cual es desarrollada desde una metodología analítica descriptiva, es estudiar la efectividad del modelo cognitivo-conductual y las estrategias terapéuticas utilizadas en el proceso de intervención clínica, en este caso las propuestas por Isabel Orjales Villar (2004), Barkely (2000). Así mismo, se describirá la relación del estilo parental y la incidencia como factor de mantenimiento de la problemática.

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

Para ello se documentará detalladamente el desarrollo del estudio, entre otros, los objetivos del mismo, el área problemática a abordar, la historia clínica, personal, familiar, socioafectiva, y académica, la evaluación (batería de pruebas psicométricas, entrevistas, cuestionarios a los cuidadores y los profesores del colegio) el diagnóstico, los objetivos de intervención y la intervención, la conceptualización teórica, finalizando con un análisis del caso, discusión acerca de lo encontrado y logrado a través del estudio clínico y el tratamiento, y por último las conclusiones de mismo.



“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

## 1. JUSTIFICACION

El Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) ha motivado un gran interés social en la última década, debido principalmente a su elevada tasa de prevalencia, a su carácter crónico y al fuerte impacto que ocasiona en el ámbito familiar, escolar y social; pero sin duda también ha contribuido a la explosión que ha experimentado la investigación sobre TDAH la frecuente asociación que tiene el trastorno con otras psicopatologías en general y con dificultades de aprendizaje en particular (Brown, 2000; Miranda, Soriano y García, 2005). La investigación sobre la etiología del TDAH respalda que éste posiblemente está determinado por causas de naturaleza biológica; sin embargo, resulta imprescindible contemplar esta influencia desde un enfoque interactivo, valorando el papel modulador que ejerce el ambiente psicosocial sobre la misma predisposición biológica al TDAH (Asherson, Kuntsi y Taylor, 2005). Los factores relativos a los microsistemas sociales, familia y escuela, donde se desarrolla el niño son los que tienen una mayor influencia tanto en el curso del TDAH, como en el desarrollo de problemas asociados al trastorno. Si la familia, la escuela y el grupo de compañeros son conscientes de las dificultades que presentan los niños con TDAH y le ofrecen suficientes oportunidades para desarrollar habilidades de autorregulación están facilitando la evolución positiva del trastorno.

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

Por el contrario, si no son sensibles a las necesidades del niño o no poseen las habilidades para responder adecuadamente a las manifestaciones conductuales del TDAH, pueden empeorar los síntomas del trastorno o incluso potenciar su severidad.

Debido a los síntomas nucleares que definen un TDAH (hiperactividad, desatención e impulsividad), y a las manifestaciones relacionadas con la escasa autorregulación, tales como irritabilidad, fragilidad emocional, dificultad para seguir órdenes y baja tolerancia a la frustración, los niños que sufren este problema necesitan cuidadores especialmente sensibles y pacientes. En esta misma línea de ideas, criar y educar niños con un TDAH es una tarea que conlleva considerables recursos y tiempo, hasta el punto que las demandas excesivas que plantean en su crianza van a ocasionar probablemente un aumento del estrés en el ejercicio del rol parental, (Harrison y Sofronoff, 2002).

En efecto, numerosos trabajos señalan que uno de los factores del sistema familiar más relevantes en el desarrollo de los niños con TDAH es el estrés parental ocasionado por la crianza, entendido como una estructura multidimensional que incluye aspectos interactivos de la relación paterno-filial. Así es como, variables de los padres como su estilo de crianza, sus prácticas de disciplina, junto con otros aspectos internos, tales como sus sentimientos de competencia y percepción de autoeficacia, afectan al niño. Del mismo modo, las características del niño también influyen en los padres, (Hinshaw, 2002).

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

Con base en lo mencionado, cuando hablamos sobre la intervención aplicada en los pacientes con TDAH, se ha demostrado en diversas investigaciones los beneficios de utilizar un tratamiento multimodal e individualizado, teniendo en cuenta al paciente y a su familia (Tirado, Martín, & Lucena, 2004). Cuyo objetivo es disminuir los síntomas al mismo tiempo que se reducen las complicaciones derivadas del trastorno y el impacto negativo que puede tener en la vida de los pacientes y de su entorno.

Por tanto, es importante a la hora de planificar una intervención para niños con TDAH, involucrar a sus padres u acudientes en la misma y trabajar con ellos para modificar las conductas, estilos parentales y mejorar vínculos afectivos con el fin de incrementar unas relaciones más positivas con su hijo (Pelham y cols., 1998). El entrenamiento a los padres de los niños con TDAH tiene una larga historia de resultados positivos en la intervención clínica.

En esta dirección, este estudio de caso único busca ser un aporte importante para la academia en el desarrollo de estrategias de intervención, donde se abarquen todas las características sintomatológicas y las circunstancias que rodean al paciente, sus problemáticas, contextos de desarrollo, como en este caso la familia quien esta jugando como factor de mantenimiento de las problemáticas.

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

Desde esta perspectiva, Kazdin, 1980, se refería a que el estudio de caso, es una fuente inagotable de nuevas ideas para la investigación. En consecuencia, este estudio busca ser un aporte positivo para el enriquecimiento de la investigación de la psicología clínica y la intervención cognitiva-conductual, demostrando la eficacia de la implementación de su modelo, en un niño con Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH).

Del mismo modo, este estudio se propone como herramienta informativa y educativa que guie a la sociedad, a comunidades, ámbitos escolares y de acuerdo a lo antes citado, a las familias a un mejor manejo y dirección de los niños con TDAH.

De manera, que se adquieran las competencias y estrategias básicas para un funcionamiento global óptimo que mejore la calidad de vida del niño con TDAH, su familia, y el contexto escolar, favoreciendo así, la adaptación personal, familiar, social y académica y el impacto del trastorno en el entorno del afectado.

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

## 2. Área problemática

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad es un síndrome neurológico frecuente que presenta unas características nucleares como son la inatención, la hiperactividad e impulsividad, inadecuadas para el grado de desarrollo del niño, y otras asociadas, principalmente, trastornos emocionales, de comportamiento, de aprendizaje, etc. (Díez, Figueroa y Soutullo, 2006) que suponen un gran impacto en todas las áreas de la vida del niño (cognitiva, emocional, social y comportamental). El TDAH es el problema de comportamiento más común durante la infancia; constituye la enfermedad crónica más frecuente del período escolar y representa un problema complejo, debido a que aparece en edades tempranas, repercute en la vida diaria del niño y existe la probabilidad de que persista a lo largo de la vida.

Debido a las consecuencias que el TDAH produce en su entorno más próximo, en la familia y en la escuela (Martin, 2005), la investigación acerca de este trastorno va adquiriendo mayor interés, esta situación se ve reflejada en el aumento de publicaciones a nivel internacional (Antshel y Barkley, 2008; Barkley, 2009; Evans, Schultz, DeMars y Davis, 2011; Mrug et al., 2009; Pfiffner et al., 2007; Wodka et al., 2007) procedentes de distintos ámbitos educativos y sanitarios. Asimismo, las líneas prioritarias de investigación en TDAH se centran en los fundamentos neurobiológicos y genéticos, las funciones ejecutivas y la eficacia de los tratamientos (Cardo y Servera, 2008).

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

A consecuencia de su elevada prevalencia, El TDAH representa un problema de salud pública, hoy por hoy, se estima que el 5% de los niños, a nivel mundial y en la mayoría de las culturas, es diagnosticado con este Trastorno (DSM-5, 2013). En Europa se calcula que en la Unión Europea un 5% (3,3 millones) de los niños y adolescentes entre 6 y 17 años padece TDAH. Mientras tanto, un estudio reciente sugiere que la prevalencia en España es de 6,8%. Por otra parte, en Latinoamérica existen al menos 36 millones de personas con TDAH y menos de un cuarto de los pacientes se encuentran bajo tratamiento multimodal; entre estos, sólo el 23% tiene un apoyo terapéutico psicosocial y el 7% tratamiento farmacológico adecuado, lo cual enfatiza la problemática diagnóstica y terapéutica que se tienen en los países. (Cornellá & Canal, 2010). Por otro lado, en Colombia, no han sido muchas las investigaciones al respecto de este trastorno, sin embargo un estudio realizado en 2003 mostró una prevalencia del 15%, (Cornellá & Canal, 2010).

La literatura centrada en la eficacia del tratamiento cognitivo-conductual del TDAH se ha basado en la investigación de dos contextos principalmente, el familiar y el escolar. La familia va a convertirse en un pilar fundamental para el niño que presenta TDAH ya que su diagnóstico precoz, pronóstico y tratamiento va a depender de ésta.

Los estudios realizados sobre el contexto familiar indican que el entrenamiento a padres en técnicas de modificación de conducta producen mejoras en la reducción de síntomas, en los problemas de conducta, mejora la realización de tareas escolares en el hogar, disminuye el estrés familiar y mejora las habilidades parentales (Jarque, 2012).

El entorno familiar puede actuar como factor de protección, como hemos señalado

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

anteriormente, o como factor de riesgo, varios estudios señalan cómo la disfunción familiar está relacionada con la manifestación y/o mantenimiento de la sintomatología asociada al trastorno (Oh, Park, Suk, Song e Im, 2012; Steinhausen et al. 2013). Por lo tanto, parece relevante intervenir de manera directa con la familia de los niños con TDAH.

Asimismo, cómo se ha indicado, esta patología se puede manifestar a lo largo de todo el ciclo vital, aunque la severidad de los síntomas parece mejorar a medida que la persona va creciendo (Biederman y Faraone, 2005), existen ciertas dificultades emocionales, sociales y comportamentales (Albert et al., 2008; Fernández-Jaén et al., 2011; Schacht y Barkley, 2010) sobre las que es necesario intervenir desde la infancia para evitar que se agraven o se manifiesten en la adolescencia, juventud y edad adulta.

Por lo tanto, la intervención realizada sobre el funcionamiento socioemocional y comportamental va a favorecer la calidad de vida de los niños con TDAH y de su familia.

De acuerdo con lo anterior, los factores psicosociales parecen influir en la evolución del trastorno más que en su origen, entre éstos nos encontramos principalmente la inestabilidad familiar, los trastornos psiquiátricos en los progenitores, problemas con los iguales, paternidad y estilo de crianza inadecuado, las relaciones negativas entre padres e hijos, los niños institucionalizados y adoptados y familias con un bajo nivel socioeconómico (Thapar, Cooper, Jefferies y Stergiakouli, 2012) que veremos de manera más detenida en el capítulo siguiente.

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

Algunos estudios sitúan la importancia de variables de protección como son la cohesión familiar, la ausencia de conflictos familiares, la dedicación por parte de los padres en la crianza de los hijos, el estilo educativo (Raya, Herreruzo y Pino, 2008) en las familias de los niños que puedan presentar TDAH.

La diversidad de factores que se encuentran relacionados con el origen del TDAH tanto los procedentes de la herencia genética como los adquiridos durante el desarrollo humano permite hacer una idea de la complejidad del trastorno a la hora de establecer el diagnóstico y tratamiento así como de su prevención. Los factores de riesgo y los factores protectores van a jugar un papel destacado en este tipo de trastornos.

En el presente estudio, se describirá la importancia de las relaciones intrafamiliares y como el vínculo afectivo que haya establecido el niño con sus cuidadores, además de los roles y estilos parentales durante su crianza han podido haber sido determinantes para desencadenar las problemáticas, pero también para seguir manteniéndolas e incluso reforzándolas. En este caso, veremos cómo la intervención fue diseñada para abordar los diferentes contextos donde se desenvuelve el niño. Para tal efecto fue necesario que la cuidadores (abuelos) asistiera a un número de sesiones dedicadas para psicoeducación de estrategias y técnicas obtenidas de un programa de orientación y entrenamiento a padres creado por Barkley (2000), el cual está enmarcado en los principios de la terapia familiar sistémica y de la terapia cognitivo-conductual.



“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

En el transcurso de la intervención se observó interés y motivación por parte de su cuidadora (abuela), no obstante su asistencia fue inconstante y fueron pocas las técnicas y estrategias que puso en práctica en casa. Y no se ha contado hasta el momento con la participación del padre en el proceso psicoterapéutico.

Otra labor indispensable de esta intervención se dirigió al abordaje en el establecimiento educativo, tomando en cuenta la intervención psicopedagógica en el marco educativo es imprescindible debido a que es en el ámbito escolar donde los niños con TDAH van a encontrar su mayores dificultades, por su falta de atención y de control de impulsos, un mal seguimiento de las instrucciones escritas y orales, trabajos de peor calidad y dificultad para organizar y planear actividades que requieren varios pasos.

En cuanto al abordaje escolar, en el caso particular del paciente en cuestión, ha sido muy complicado intervenir, ya que no se ha contado con una respuesta positiva por parte del colegio, evitando involucrarse en el proceso terapéutico completamente. Hasta el presente, solo hemos contado con la colaboración en la evaluación del niño a través del cuestionario de Conners para profesores y solo tenemos la información del niño y la abuela sobre la actuación del colegio ante las dificultades del mismo. No obstante, no ha habido ninguna respuesta para dar lugar a una entrevista con la psicóloga o profesora, ni mucho menos para comenzar un trabajo integral de comunicación bidireccional entre la familia y el colegio. Esta falta de interés y de involucramiento en el proceso con el niño aumentan la vulnerabilidad hacia el fracaso escolar.

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

Mientras tanto, en cuanto al trabajo tendiente a abordar sus dificultades escolares, lo que se describe entonces en este estudio es la intervención con el niño y familia tendiente a mejorar las habilidades académicas del niño, prevenir y superar posibles dificultades de aprendizaje, mejorar la conducta ante las exigencias académicas, mejorar la motivación ante el estudio, mejorar su autoconcepto académico y fomentar la adquisición de hábitos de estudio en casa.

### **3. Objetivos**

#### **3.1 Objetivo general**

Describir la intervención Cognitivo- Conductual con el paciente (niño de 12 años) y en los contextos de interacción del mismo, en un caso clínico de un trastorno -TDAH con Presentación Hiperactiva/ Impulsiva con una alteración leve en el estado del animo: Caso único.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Establecer la relación entre el manejo del TDAH y la alteración del estado del animo
- Describir la relación entre los estilos parentales como factor de mantenimiento de las problemáticas en el manejo del Trastorno por Déficit de atención con hiperactividad y alteración del estado del ánimo.

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

- Describir la intervención del caso desde los diferentes contextos donde se desenvuelve el niño.
- Analizar la efectividad de las estrategias de la intervención cognitiva-conductual

## **4. HISTORIA CLINICA**

### **4.1 Identificación**

Paciente masculino de 12 años, estudiante de sexto de bachillerato, vive en casa con sus abuelos paternos, un tío paterno con su hija (prima), tía paterna con su hija (prima) y su esposo.

### **4.2 Motivo de Consulta.**

“Pelea mucho con los compañeros de clase, le dice mentiras a sus profesores, le está yendo mal en el colegio, no se le puede hablar, pasa con malgenio, siempre tiene flojera, le da pereza hasta hablar y lo más importante es que está cogiendo dinero sin permiso”. Este año comenzó con estas conductas.

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

### **4.3 Descripción de la sintomatología**

Claramente, los síntomas nucleares del TDAH son independientes unos de otros. No todos los niños con el trastorno manifiestan los mismos síntomas ni la misma intensidad de los mismos. Es decir que un niño con TDAH puede manifestar sólo uno, dos, o los tres conjuntamente.

Como resultado del proceso de evaluación el paciente arrojó un diagnóstico de Trastorno de Atención con Hiperactividad, presentación Impulsivo-Hiperactivo. Evidentemente, el paciente muestra la sintomatología asociada a este trastorno.

En orden podríamos catalogar que por intensidad, la impulsividad es el móvil de muchas de sus dificultades. Con respecto a esta sintomatología, el niño presenta impulsividad cognitiva y conductual, se observa impaciente, da respuestas anticipadas, toma objetos de sus compañeros y habla en momentos inadecuados como por ejemplo en clase, actúa sin organizar o planear, fundamentalmente no piensa antes de actuar. La hiperactividad, se ve expuesta en su movimiento motor inadecuado, golpea las mesas como tocando tambor, se levanta de la silla constantemente; cuando está en clase, comiendo y haciendo sus tareas, toma objetos para moverlos. Esta sintomatología hiperactiva-impulsiva, se manifiesta con frecuencia e intensidad en el colegio y en la casa. En el colegio específicamente le cuesta mantenerse sentado en la mayoría de las clases, busca estímulos todo el tiempo, toma las cosas de sus compañeros, hace ruidos inadecuados como golpear la mesa con un lapicero como si estuviera tocando un instrumento, tararea canciones. Cuando su profesor le pregunta por un tema

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

relacionado con la clase, responde lo primero que se le ocurre sin detenerse a pensar o dice mentiras para justificar su comportamiento.

Con sus compañeros mantiene continuas peleas, sus respuestas verbales y motoras son impulsivas, muchas veces exageradas e inadecuadas en contraste a la situación. En muchas ocasiones se anticipa con respuestas agresivas, golpes, burlas a sus compañeros. Se torna a la defensiva en sus relaciones con sus pares en el colegio.

En casa, presenta inquietud motora, a menudo responde de manera impulsiva antes que le hayan terminado de hacer una pregunta, se muestra desinteresado con las labores del hogar, sus tareas escolares, le cuesta seguir reglas y normas, sus familiares lo describen como perezoso, indiferente, agresivo. Su abuela resalta que desde que su padre se fue de la casa para casarse, lo ve triste, llora, se aísla, pasa tiempo solo en su cuarto.

#### 4.4 **Historia del problema**

Los problemas iniciaron este año cuando comenzaron a recibir quejas del niño por parte del colegio, tanto por su rendimiento escolar, que fue un cambio significativo, como por su comportamiento en clase, la relación conflictiva con sus compañeros y profesores. Desde que el niño comenzó su escolarización, se relacionó de manera inadecuada con los compañeros, pero al entrar a bachillerato, las quejas fueron más frecuentes y su rendimiento académico

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

empeoro. Así mismo, este año, se evidenciaron las conductas de hurto. Por otra parte el niño comenzó a cambiar su actitud con sus abuelos, comportándose irritable y grosero. El colegio recomendó a sus acudientes buscar ayuda psicológica.

#### **4.5 Historia Personal**

Su abuela paterna quien es la acudiente del niño, nos cuenta que la madre estuvo expuesta a mucho estrés a causa del continuo maltrato verbal y psicológico de su hijo, a pesar de esto, tuvo un embarazo normal y a término, pero el nacimiento fue forzoso porque era un bebe muy grande, tuvieron que utilizar fórceps para sacarlo, causándole una deformidad en la cabeza al niño, los médicos le advirtieron la posibilidad de que los niños que nacen en estas condiciones pueden padecer de T.D.A.H, a lo que la abuela y la madre creen cierto, pues aunque nunca ha sido diagnosticado, el niño siempre ha mostrado un aumento en la actividad motora, lloraba mucho, muy explorador. En cuanto a su desarrollo, el niño siempre fue precoz, gateaba y escalaba a escasos meses, camino a los 9 meses, hablo muy temprano, pero demoro en el control de esfínteres. El niño ha gozado en general de muy buena salud, solo gripas normales.

#### **4.6 Historia familiar**

El niño vivió con sus padres hasta la edad de 5 años de edad, esos años según la madre fueron muy difíciles, el niño vio mucho maltrato físico y psicológico por parte del padre a la madre. A los 5 años de edad, la madre decide separarse de su pareja e irse del país, dejando a su hijo

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

al cuidado del padre y una tía paterna en casa de sus suegros, el niño durante ese tiempo es maltratado psicológicamente y verbalmente por su padre, quien continuamente le decía que debía odiar a su madre porque los había abandonado, que era mala.

El niño recibió sin embargo muchos cuidados y amor por parte de su tía y el resto de la familia que habitaba en la casa.

A los 7 años la tía del niño se casa y se va del país, el niño no recuerda este evento pero expresa que le han dicho que su tía lo quería mucho y le alcahuteaba cosas con las que no estaba de acuerdo su papa (darle tetero).

La abuela paterna del niño, quien es comerciante pasa entonces a cuidarlo, quien junto a su abuelo están a cargo hasta el momento del niño. La madre del niño vive fuera del país, tiene 34 años, está casada y tiene dos niñas de 4 y 7 años, siempre ha mantenido contacto con los abuelos paternos y con el niño, ha respondido por el económicamente, de acuerdo a sus posibilidades. El niño no solo mantiene contacto con su madre si no también con sus hermanas, sobretodo la mayor, que le habla en inglés y le enseña, dice que las quiere ver.

El niño vivió con su padre en casa de sus abuelos hasta hace algunos meses, cuando decidió irse a vivir con su novia, hoy en día solo va de visita y cuando lo hace siempre trata mal a su hijo. El padre del niño tiene 36 años y es Tecnólogo en cableado, su madre, es decir la abuela del paciente, dice que su hijo padece de algún trastorno mental, que nunca lo han diagnosticado, pero que él no tiene un comportamiento normal. Nos comenta que su suegra, la

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

madre de su esposo si esta diagnosticada con un trastorno mental pero que no sabe cuál es y que incluso ha estado recluida en centros psiquiátricos.

El niño actualmente vive con sus abuelos paternos, un tío de 34 años y su prima de 12 años. Se lleva muy bien con todos en la casa, todos lo quieren mucho, sus abuelos son cariñosos, su abuela se acuesta a su lado y hablan mucho, le dedica mucho tiempo, su abuelo es alcohólico, toma cada fin de semana y esto preocupa mucho al menor. Comenta que su abuelo lo defiende cuando lo castigan o su abuela lo regaña, según la abuela dice que el niño es la debilidad de su esposo y que hay inconsistencias en la crianza y límites porque el abuelo desautoriza a la abuela.

Manifiesta que le pego en algunas ocasiones, cuando se comportaba muy grosero, pero que ya no lo hace, que no sabe muchas veces como imponerle castigos, ni que estrategias tomar, dice que él es indiferente a cualquier amonestación y que repite el mismo error.

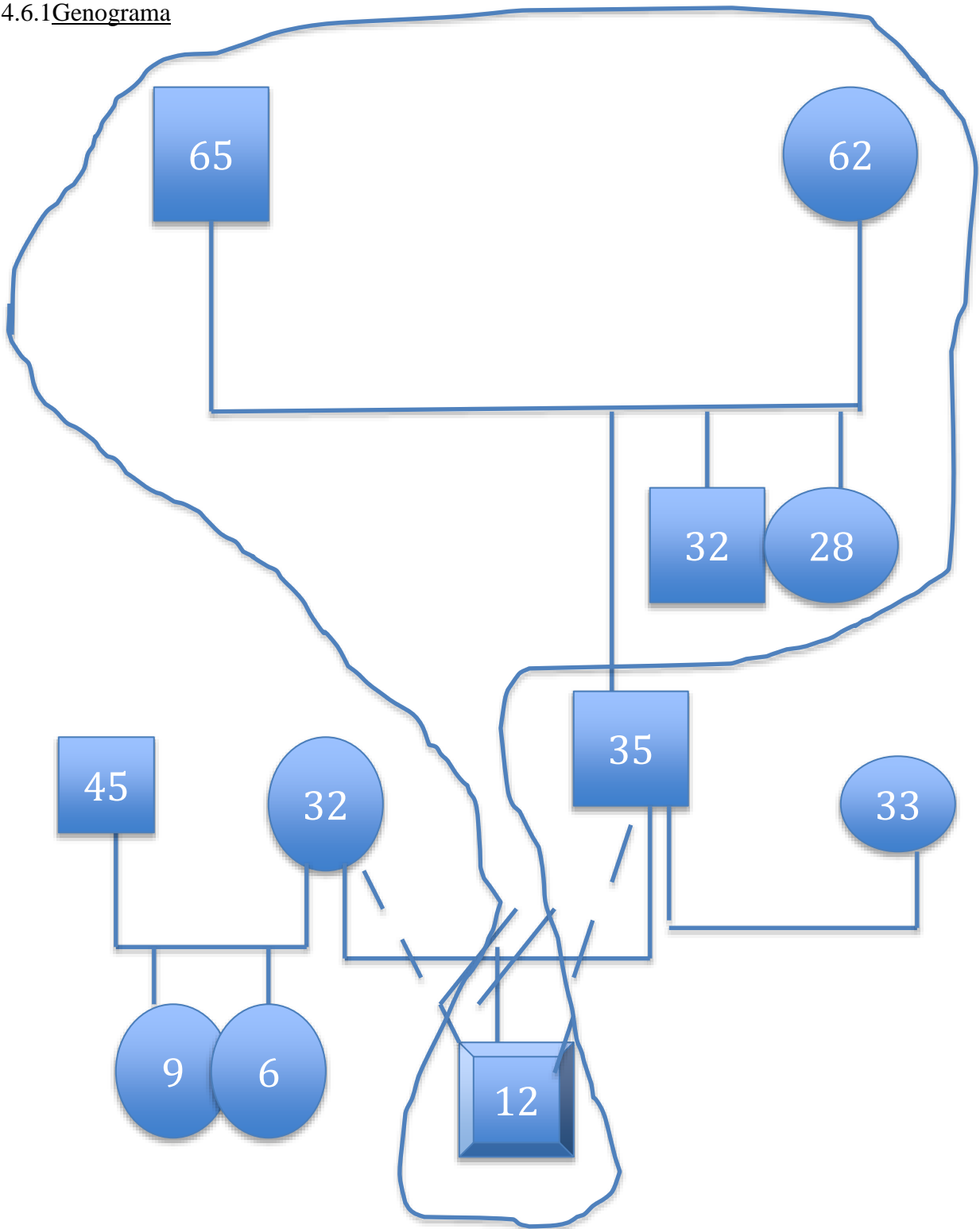
Expresa que con el único con quien tiene problemas y de quien recibe maltratos es de su padre, que casi ya no va a la casa de sus padres. El padre se muestra muy autoritario, exigente impone a la fuerza las órdenes, lo maltrata, lo grita.



“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

4.6.1 Genograma



“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

#### **4.7 Historia Académica**

Desde los tres años comenzó su escolarización. Ha estudiado siempre en el mismo colegio. Su desempeño escolar siempre había sido normal a bueno, pero la relación con sus compañeros siempre ha sido conflictiva incluso desde pre-escolar, empujaba los niños, peleaba. Comenzó a bajar su rendimiento académico en cuarto de primaria, pero se hizo más notable en primero de bachillerato. Posee grandes habilidades matemáticas, es su materia preferida. Su abuela dice que aprendió las operaciones matemáticas desde muy pequeño y prácticamente solo. Actualmente, están a la espera de sus notas, ya que tenía 4 materias con muy bajas calificaciones.

#### **4.8 Historia socioafectiva:**

El menor ha estado expuesto a abandonos (madre, tía y padre), maltrato psicológico y poca afectividad por parte del padre. El paciente muestra dificultad para relacionarse adecuadamente con sus pares, está a la defensiva con sus compañeros, manifiesta una relación conflictiva e inadaptativa, se burla, pone sobrenombres, busca peleas y empuja a sus compañeros. Aunque afirma que lo hace porque ellos lo hacen con él, sin embargo, sus acudientes expresan que desde preescolar ya se relacionaba de manera inapropiada con sus compañeros. En cuanto a su relación con los profesores, es mentiroso, para excusarse por no hacer las tareas, inventa historias.

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

En su casa, se muestra muy irritable, grosero con todos, muchas veces es desobediente, su abuela dice que no es expresivo, que pareciera que no quisiera a nadie, no demuestra amor por nadie, ni siquiera por su mamá con quien dice querer estar y ver. Su abuela dice que a pesar de la actitud y los maltratos del padre, él muestra más interés por ella que por cualquier otra persona.

El paciente expresa que le afectó mucho que su padre se fuera a vivir con su novia. Para su cumpleaños el papá le prometió quedarse con él desde el día anterior para pasar juntos todo el día del cumpleaños, el padre llegó temprano, pero salió a donde su novia diciendo que regresaba, el niño tuvo una crisis, lloraba, gritaba, se encerró en el cuarto, llamaron al padre y regresó enseguida sin embargo el niño no se calmó, al otro día amaneció triste, llorando, expresaba que no quería que existiera ese día. Su padre lo invitó a salir, y en la salida cambió de ánimo y manifestó haberla pasado muy feliz.

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

#### 4.9 Proceso de Evaluación

<p>➤ <b>Historia Clínica</b></p>	<p>-Entrevista clínica (abuela y conversación con la madre que vive fuera del país) - Entrevista clínica con el niño</p>
<p>➤ <b>Exploración cognitiva del niño:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Estilo atribucional y locus de control</li> <li>-Valoración intelectual, atención selectiva, sostenida</li> <li>-Valoración de la impulsividad e hiperactividad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Autoregistros</li> <li>-Análisis funcional conductas impulsivas e hiperactivas</li> <li>-Aplicación de Subpruebas Wisc-IV</li> </ul>
<p>➤ Exploración académica</p>	<p>-Información sobre el rendimiento escolar</p>
<p>➤ Exploración conductual</p>	<p>Cuestionario de Conductas para Padres, CONNERS (15 de nov de 2014- 09 de mayo 2015 ) 24 _24 puntos</p> <p>-Cuestionario de Conductas para Profesores, CONNERS (19 de mayo) 13 puntos</p> <p>-Observación de la conducta</p>

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

<p>➤ Exploración Emocional del niño</p>	<p>-Dibujo de la familia</p> <p>-Entrevista sobre aspectos emocionales en niños</p> <p>-CDI (15 de nov de 2014)</p> <p>-CDI (9 de mayo)</p>
<p>➤ Checklist con criterios diagnósticos DSM -V</p>	<p>➤ Cumple con los criterios de un TDAH – Presentación Hiperactivo-Impulsivo</p>

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

4.10. Resumen de evaluación y resultados

Durante el proceso de la entrevista clínica la abuela quien es su acudiente manifestó una gran preocupación por el comportamiento inadecuado de su nieto; conflictos con sus compañeros, peleas, quejas de los profesores por su mala conducta en clase y con ellos, bajo rendimiento académico. Así mismo, expresa que en casa se muestra irritable, perezoso, y con desinterés en todas las actividades, además de la conducta de hiperactividad.

A su vez, la abuela del niño respondió el cuestionario de **Conners para padres** y el resultado fue de **24 puntos** en total. Igualmente, se envió la prueba de **Conners para profesores** pero no fue posible obtener los resultados. Posteriormente, se entrevistó por teléfono a la madre del menor. Ella expresó igualmente su preocupación por la conducta de su hijo, su estado de ánimo y por lo afectado que él puede estar por su abandono.

La madre relata un poco el comportamiento del niño desde bebe, el cual concuerda totalmente con la descripción de la abuela, no solo en cuanto a su conducta hiperactiva, sino a su comportamiento con sus compañeros.

De igual forma, se le aplicó al paciente el Cuestionario de valoración diagnóstica de síntomas depresivos – **CDI**, (15-11-2014), en el cual con **22 puntos** no se evidenció sintomatología depresiva.

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

Al retomar la psicoterapia en (Mayo 2015), se entrevista de nuevo al acudiente para recoger información sobre DC durante estos meses de ausencia.

La abuela reporta que no ha recibido quejas de ninguna índole por parte del colegio pero expresa que el mal comportamiento continúa en casa.

Se aplica de nuevo la prueba de **Conners** para padres y arrojo de nuevo un puntaje de **24 puntos**.

Se aplicó la prueba de Conners para profesores y arrojo un puntaje de **13 puntos (nueva profesora, nuevo año escolar)**. Señalando sobretodo la conducta impulsiva e hiperactividad (Excesiva inquietud motora, molesta frecuentemente a otros niños, intranquilo siempre en movimiento, no termina tareas que empieza, sus esfuerzos se frustran fácilmente).

Se emplea la entrevista sobre aspectos emocionales en niños y se aplica de nuevo el **CDI** (09-05-2015), el cual no arroja de nuevo sintomatología depresiva PD: **20 puntos**, encontrándose dentro de los límites. Con un diagnóstico de TDAH y para determinar presentación, se aplicaron subpruebas del Wisc-IV (16-05-2015):

**-Razonamiento perceptivo (RP):** Cubos, Conceptos y Matrices incompletas

**-Comprensión verbal (CP):** Semejanzas, Comprensión, Vocabulario

**-Memoria de trabajo (MT):** Dígitos, Aritmética, sucesión de números y letras.

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

Las pruebas arrojaron un buen puntaje y tuvo un adecuado desempeño en las mismas, a pesar de presentar impulsividad en sus respuestas, su promedio en todos los subtipos aplicados estuvieron en un rango de puntuación dentro de los límites - alta.

Como se menciona anteriormente, con esta prueba se quería evaluar la presentación del TDAH, De allí pues que según los resultados todo indica que se trata de un diagnóstico de TDAH de tipo Hiperactivo-Impulsivo, ya que no solo evidenció una buena capacidad intelectual si no también atencional, de concentración y de memoria de trabajo, se mostró motivado y fue muy persistente en la consecución de la prueba.

---

**Valoración Diagnóstica de Síntomas Depresivos a través del CDI, para niños y adolescentes**

(se aplicó 15 nov/2014)- (9 de mayo/2015)

Pc	PD . (15/11/2014 - 09/05/2015)	Categorías diagnósticas
1 – 25	(22puntos - 20 puntos)	No hay presencia de síntomas depresivos. Dentro de los límites normales
26 – 74		Presencia de síntomas depresivos mínima y moderada
75 – 89		Presencia de síntomas depresivos marcada o severa
90 – 99		Presencia de síntomas depresivos en grado máximo

Tabla 1.



“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

Resultado: **WISC-IV**

Subpruebas / Test	Puntuación	Resultado
Razonamiento perceptivo		
<b>Cubos</b>		<b>Promedio alto</b>
<b>Conceptos</b>	<b>27</b>	
<b>Matrices</b>	<b>10</b>	Buena coordinación vasomotora, revela capacidad de aprendizaje, razonamiento perceptivo.
<b>Figuras incompletas</b>	<b>19</b>	
	<b>22</b>	
Comprensión verbal		
<b>-Semejanzas</b>	<b>17</b>	<b>Promedio dentro de los límites</b>
<b>-Comprensión</b>	<b>18</b>	Muestra capacidad de razonamiento verbal y el conocimiento del entorno individual, comprensión y uso de la lengua, matemáticas.
<b>-Vocabulario</b>	<b>33</b>	
Memoria de trabajo		
<b>-Dígitos</b>	<b>17</b>	<b>Promedio alto</b>
<b>-Aritmética</b>	<b>18</b>	Se evidencia capacidad para retener temporalmente en la memoria cierta información, trabajar u operar con ella y generar un resultado. Implica atención sostenida, concentración, calculo mental, control mental y razonamiento.
<b>-Sucesión de letras y números</b>	<b>19</b>	
	<b>21</b>	

Tabla 2.

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

En conclusión, y de acuerdo a la descripción del comportamiento que ha tenido el niño desde su edad temprana y durante la evolución en cada una de las etapas de desarrollo, a las características del comportamiento del niño reportadas por el colegio a su abuela, las observadas en casa y durante la evaluación clínica, además de su desempeño en la misma, D.C se puede diagnosticar con T.D.A.H, Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Presentación Hiperactivo-Impulsivo.

**4.11. Evaluación Multiaxial y Diagnóstico Diferencial Según el DSM-V**

Eje I: F90.0 T.D.A.H, Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Presentación Hiperactivo-Impulsivo

Eje II: NA

Eje III: NA

Eje IV : Problemas relativos al grupo primario de apoyo (problemas en las relaciones intrafamiliares, vinculación afectiva y en relación al estilo parental)

Eje V: (EEAG) 51-60 (anterior)- 80-90 (actual)

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

### **Diagnostico Diferencial**

En el caso del Trastorno Oposicionista Desafiante (TOD) este consiste en un patrón de conductas negativistas, hostiles y desafiantes presente de forma persistente durante al menos 6 meses.

Dichas conductas incluyen discusiones con adultos, rabietas y enfados, negativa a cumplir las normas establecidas o las órdenes de los adultos, mentiras, culpar a otros de malas conductas propias y resentimiento.

Los niños con comportamiento negativista desafiante pueden resistirse a realizar tareas escolares que requieren dedicación personal a causa de su rechazo a aceptar las exigencias de otros. Sin embargo, y aunque el paciente presente conductas inadecuadas de desobediencia y agresivas como parte de la descripción de su sintomatología, no cumple con todo el patrón de comportamiento negativista, hostil y desafiante.

EL Trastorno explosivo intermitente Comparte los altos niveles de conducta impulsiva que caracteriza al TDAH. Sin embargo, en el TEI hay una hostilidad pronunciada hacia los otros, la cual no es característica en el TDAH, además en el TEI no hay problemas en la atención.

En ocasiones algunos niños/as con distintos grados de retraso mental leve y capacidad intelectual en el límite con el retraso mental, pueden ser confundidos con el TDAH.

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

Cuando nos encontramos con un niño/a con un cociente intelectual (CI) bajo, es frecuente que aparezcan síntomas de inatención, desmotivación y pérdida de interés que no tienen por qué corresponder a un trastorno de déficit de atención. En los niños con retraso mental sólo podrá establecerse un diagnóstico de TDAH si los síntomas de desatención/hiperactividad son excesivos para la edad mental del niño.

También puede observarse desatención en el aula cuando niños/as de elevada inteligencia están situados en ambientes académicamente poco estimulantes.

Los niños con problemas académicos de lecto-escritura, cálculo, comprensión, a menudo son confundidos con niños con déficit de atención, ya que las dificultades y errores académicos de estos niños concurren a veces con las dificultades que se aprecian en los sujetos con TDAH, y es por tanto necesario realizar evaluaciones específicas y pruebas de tamizaje.

En el caso de DC, los problemas de atención, desmotivación y pérdida del interés escolar, no tienen que ver con su capacidad intelectual, los resultados arrojados por las pruebas psicométricas nos muestran un promedio alto para las pruebas intelectuales y revelando buena capacidad atencional, concentración y motivación en la ejecución.

Respecto a la hiperactividad, algunos niños en la parte alta del espectro normal de actividad pueden parecerse a niños con TDAH, o niños con un temperamento difícil. También el trastorno bipolar de comienzo temprano se puede parecer al TDAH.

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

Los trastornos de ansiedad, las fobias, la depresión, o las secuelas de abuso o abandono de las necesidades del niño pueden interferir con la atención y la concentración, estados de agitación, etc. (Soutullo y Díez, 2007). Una gran variedad de trastornos pueden confundirse con el TDAH u ocurrir con ellos. Los niños con TDAH, tienen por lo menos un trastorno comórbido, en este caso el paciente muestra sintomatología depresiva, pero no cumple con todos los criterios para un trastorno clínico. Así que podemos decir, que existe una posible comorbilidad en DC, de un TDAH con una alteración en el estado ánimo, la cual refuerza y mantiene sus problemáticas.

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

#### 4.12. Conceptualización cognitiva

Tabla 3.

<p><b>Datos relevantes de la infancia:</b></p> <p><b>El abandono de su madre, a disposición de un padre con sintomatología depresogénica, maltratador, nada afectivo y una tía paterna que estuvo con él hasta los 7 años y se cambió de residencia para casarse, el niño lo interpretó como un abandono. Abandono de su padre dejándolo en casa de sus abuelos.</b></p>
<p style="text-align: center;"><b>Reglas/creencias/suposiciones condicionales:</b></p> <p><u>Presunciones:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si mi mamá no se hubiera ido, yo sería muy feliz.</li> <li>• Si no hago nada y me dejo cuando mis compañeros me molestan quedo como un bobo.</li> <li>• Si soy más hábil y más inteligente ya no tendría tantos problemas</li> <li>• Si mi mamá me quisiera estaría aquí conmigo</li> <li>• Si mi papá me quisiera estaría conmigo</li> </ul>
<p><u>Regla:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los niños deben estar con sus padres.</li> <li>• Debo defenderme de mis compañeros.</li> </ul>
<p><u>Pensamientos automáticos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• “Me da mucha tristeza que mi mamá se haya ido”.</li> <li>• “Solo pienso en volver a verla”.</li> <li>• “Desde que ella se fue nunca he dejado de pensar en ella”.</li> <li>• “Cuando veo un avión me acuerdo del día que mi mamá se fue”.</li> <li>• “Soy bruto para algunas materias”</li> <li>• “No soy tan importante para mi papá”</li> </ul>

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

#### **4.13. Formulación clínica**

De acuerdo a los resultados en las pruebas, así como por la observación conductual; su estilo impulsivo, hiperactividad, conjuntamente, con su historia de desarrollo, su historia escolar y las observaciones de sus acudientes y profesores, D.C, se valoró con un diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). Presentación Hiperactivo-Impulsivo.

Durante la evaluación D.C manifiesta habilidades comunicativas y de interacción. En cuanto a su motivación, en la mayoría de las pruebas se mostró colaborador y muy persistente en la consecución de las mismas. Respecto a la atención, no se evidenciaron dificultades importantes de atención sostenida y focalizada. En todo momento estuvo atento y concentrado. No obstante, en ocasiones ante algún estímulo externo o dentro del mismo consultorio se despista fácilmente aunque retomando la actividad rápidamente cuando se le indica. DC, presentó un estilo cognitivo impulsivo, este se expresa en respuestas precipitadas, en planteamientos con información sesgada, en acciones y respuestas emocionales reactivas (reacciones emocionales desajustadas a los acontecimientos) dando como resultado un funcionamiento académico y social poco adaptativo. En este caso en el colegio se evidencia en la relación con sus compañeros. Durante las sesiones esta conducta se observó en sus respuestas impulsivas, se precipitaba a hablar, a comentar, a dar su opinión antes de terminar una indicación o sobre su comprensión acerca de un párrafo de la lectura, no se toma tiempo para pensar antes de hablar.

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

Tal como lo mencionaron sus cuidadores y sus profesores, D.C presenta inquietud motora continua, aunque esta escuchando al terapeuta y concentrado en la actividad, mueve las piernas y las golpea con sus manos como si fuera un tambor, observa como explorando todo el salón, se cambia de puesto en varias ocasiones, se estira la camiseta y coge bolígrafos, o las hojas de la mesa, o las fichas de la prueba. En cuanto a memoria, durante las pruebas específica de memoria de dígitos, tuvo un desempeño normal a bueno, en cuanto a la memoria y comprensión, se evidencio que mientras la información no sea extensa y preferiblemente sea de su interés, los resultados son mas satisfactorios. Por lo anterior, se puede decir que las dificultades de memoria, que presenta en clase y en el colegio atienden mas a un desinterés, a una estrategia de escape de la situación de trabajo que a verdaderas dificultades de memoria de trabajo, estas están mas relacionadas a sus intereses, estado de animo y al hecho de que le cuesta permanecer quieto, es decir posiblemente mas asociadas a la hiperactividad e impulsividad cognitiva que a un problema de atención como tal.

Siguiendo en esta misma línea, en cuanto a los aspectos emocionales, DC no es consciente de sus dificultades de impulsividad, hiperactividad y autocontrol. Evidentemente, estos aspectos emocionales influyen en el desempeño del paciente, los sentimientos que priman son los de tristeza, minusvalía, impotencia y baja autoestima. DC expresa un continuo desinterés, aburrimiento, pereza y ante las tareas que debe cumplir en casa y las actividades escolares y la larga jornada de clases. D.C revela creencias irracionales como por ejemplo;(ser inteligente es bueno, ser tonto es malo). Los inteligentes son capaces de resolver cualquier problema, como yo no soy capaz, soy tonto.



“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

Ante la situación de resolver un problema en base a esa creencia, D.C tiene una frustración, se siente incapaz, por lo que evita realizar ese problema formando un círculo vicioso, un ejemplo de esto es cuando el expresa que como no entiende en clase lo que el profesor esta explicando, el prefiere distraerse hablando con sus compañeros u observado por la ventana.

Sin embargo, D.C si se muestra muy activo, motivado y dispuesto ante clases como matemáticas y actividades de su interés como las deportivas o los juegos con sus amigos por su casa.

Por otro lado, la familia ha representado un factor de mantenimiento en el aprendizaje y rendimiento escolar de D.C, ya que difícilmente los acudientes han sido un apoyo en la vida escolar del paciente, de ahí que en las únicas ocasiones que se han interesado en ayudarlo, es cuando ya el paciente debe realizar las recuperaciones de las materias perdidas, las cuales siempre pasa de manera satisfactoria, lo que nos permite deducir que mientras D.C se proponga estudiar y tenga el apoyo de alguien que lo motive y lo supervise, el puede salir adelante. Por consiguiente, es indiscutible que D.C requiere un apoyo adicional para rendir de acuerdo a lo que se espera de el.

En relación al área social, su repertorio de habilidades sociales es adecuado, sin embargo, su elevada impulsividad ante las situaciones que le generan frustración, pueden repercutir de forma negativa en una adecuada resolución de conflictos, y actuar en el plano social de manera inadecuada.

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

En relación con las problemáticas del paciente, se puede decir que estas pudieron desarrollarse por diferentes factores, inicialmente, D.C cuenta con antecedentes que lo predisponen efectivamente al diagnóstico del TDAH, (estrés prenatal al que estuvo expuesto, nacimiento forzado, experiencias traumáticas a través de su desarrollo, maltrato físico y psicológico de su padre, abandonos de las figuras paternas).

En conclusión podemos decir que esta historia de eventos predisponentes, además de los cuidados disfuncionales que ha recibido; falta de atención, afectividad, manejo inadecuado de su comportamiento tanto en casa como en el colegio por los docentes, son factores de riesgo importantes para haber desencadenado pero también para seguir manteniendo las problemáticas actuales que presenta el paciente (problemas intrafamiliares, conductuales y la alteración del estado del ánimo).

Ahora bien, DC no tuvo un diagnóstico precoz de TDAH y no ha tenido un tratamiento adecuado que hubiera podido influir positivamente en la evolución de sus dificultades, contrariamente el ambiente y la falta de contingencias adecuadas para el manejo de sus síntomas dentro de los diferentes contextos de desarrollo, han mantenido y reforzado conductas disruptivas (en casa con su familia y en el colegio con sus profesores y compañeros).

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

Así mismo, han exacerbado déficits cognitivos (autorregulación de sus impulsos y de su inquietud motora, atención, concentración) y desencadenando cambios en el estado de ánimo. Se puede decir que las características biológicas (predisponentes) y las vulnerabilidades fisiológicas y psicológicas de DC, sumado a la frecuencia de los sucesos estresantes o situaciones difíciles a las que ha estado expuesto, son posiblemente causas directas de sus cambios en el estado de ánimo, (tristeza, desánimo, desinterés evidente en las actividades), conjuntamente con la frustración que le genera su desempeño en la ocupación en las diferentes áreas (social, familiar y académica) donde se desarrolla.

En esta misma línea de ideas, se puede decir que DC no ha crecido dentro de un ambiente familiar, educativo estable, ni ha recibido atención clínica que le propicie un mejor control en la sintomatología y evolución del TDAH, lo que ha permitido que los síntomas avancen y la incapacidad en el manejo y autocontrol de los estados afectivos y emocionales se intensifique en la adolescencia.

En cuanto a los problemas intrafamiliares y de conducta, el niño por medio de la observación directa diaria, ha modelado también relaciones intrafamiliares disfuncionales, como la de sus padres, la de su padre con el resto de la familia y la actitud agresiva y demandante de su padre como única manera de vincularse con él.

Así mismo el estilo parental ineficaz por parte de sus cuidadores (abuelos y padre) e inconsistencia de límites, mantienen y refuerzan las problemáticas en las relaciones intrafamiliares y en las alteraciones en la conducta.

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

De igual manera la historia académica nos habla de una nula intervención del establecimiento de educación y docentes en cuanto a estrategias y recursos para control y modificación de las conductas en el aula y con sus compañeros.

Es importante resaltar que las dificultades más significativas de DC se derivan por su imposibilidad o dificultad de autorregularse y no por desgano, pereza o desinterés deliberado. Si no atiende “más o mejor” o no puede controlar su excesiva inquietud motora es porque no puede hacerlo y no porque no quiera. Sin embargo el contexto en el que se desarrolla, no lo entiende sino que lo acusa, castiga y lo toma como una conducta inadecuada aislada a cualquier otro factor, en este caso el TDAH, lo cual refuerza directamente los comportamientos disfuncionales y las problemáticas que ya presenta, como: los problemas de tipo emocional (llanto fácil, baja autoestima, inseguridad), problemas de rendimiento escolar (poca motivación, rendimiento variable, fracaso escolar), dificultades de adaptación escolar, social (baja tolerancia a la frustración, dificultades para seguir las normas). Los problemas en las relaciones con los compañeros (comportamiento agresivo, rechazo). Y las dificultades en las relaciones familiares (desobediencia, dificultades para adquirir hábitos, irritabilidad).

Cabe resaltar, que en el proceso de evaluación psicológica, DC revelo una capacidad intelectual promedio para su edad, dentro de los límites. Muestra aptitudes matemáticas. Sin embargo, su rendimiento escolar es bajo demostrando que tiene dificultades para el aprovechamiento de sus capacidades, posiblemente a causa de los problemas asociados a su cuadro diagnóstico y a los factores que mantienen dicha problemática.

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

De manera que, es indispensable que esta problemática se aborde de manera rápida y efectiva ya que con el tiempo, la falta de una intervención y el mal manejo de este cuadro diagnóstico podría colaborar con la cronicidad del mismo y la repercusión en todas las áreas de su vida e incluso la comorbilidad con un Trastorno del estado del ánimo o un Trastorno de conducta, teniendo en cuenta que en este caso, DC muestra sintomatología depresiva la cual al evaluar y según los criterios del DSM-V no alcanza a reunir todos los requerimientos para determinar que tiene una comorbilidad con un trastorno depresivo.

4.14. Objetivos terapéuticos y plan de intervención

La intervención esta diseñada para desarrollarse en 32 sesiones de 45 minutos. Hasta la fecha se han desarrollado 23 sesiones.

Tabla 4. Alteración de la conducta

Nivel de intervención	Propósito	Estrategias y técnicas	sesiones
Alteración en la conducta	Estabilizar las conductas disruptivas en casa, en el colegio (hiperactividad, impulsividad)	<p><b>-Psicoeducación al niño</b>, concientización de los síntomas, aspectos positivos del TDAH.</p> <p><b>-Psicoeducación a los acudientes</b> a través de las Técnicas de orientación a padres- PEP de Barkley (2000): -Reencuadrar los comportamientos problemas a luz de las interacciones familiares,</p>	12

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

		<p>-Aprenda a prestar atención positiva a su hijo - pautas para poner límites y establecer disciplina,-atención problemáticas escolares</p> <p><b>-Resolución de problemas:</b> Límites y normas claras, estables, realistas, pocas y de una en una, explicar la razón del porque se deben cumplir y deben tener consecuencias inmediatas.</p> <p>-Reforzadores de la conducta positivas como la economía de fichas y castigos como el coste de respuesta, pérdida de puntos.</p> <p><b>-Entrenamiento en conductas prosociales, habilidades comunicación asertiva.</b></p> <p>Cuestionario sobre Estrategias de interacción social (Díaz Aguado,1986) situaciones para análisis de las problemáticas escolares.</p> <p>Alternativas de respuesta al cuestionario sobre estrategias de interacción social (Orjales, 1999)</p> <p>-A través de actividades de role- playing solucionar los conflictos que se dan en el aula, aprender cómo gestionar las críticas.</p> <p><b>- Entrenar en estilo reflexivo y en el control de las respuestas impulsivas cognitivas-conductuales:</b></p> <p>Autoinstrucciones, señales internas de alarma, empleando entrenamiento en las autoinstrucciones de Meichenbaum. &amp; Gogman (1976) 1.Definición del problema. 2.Aprox. al problema. 3.Focalizar la atención en el prob. 4.Elección de una respuesta. 5.Valoración de la respuesta.</p> <p>-Resolución de problemas</p> <p><b>-Reestructuración cognitiva:</b> Debate de pensamientos.</p>	
--	--	--	--

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

		<p>- <b>Psicoeducación a los docentes sobre el TDAH</b> - Implementación de técnicas del Programa de intervención en el aula de Miranda, Presentación, Gargallo Soriano, Gil y Jarque (1999).</p> <p>1-Entrenamiento en técnicas de modificación de conducta, ej: la extinción, costo de respuesta</p> <p>2-Técnicas cognitivo-conductuales: Autoinstrucciones.</p> <p>3-Manejo instruccional en el aula, ej: disposición física del aula</p> <p>4- Discusión sobre normas</p> <p>5- Entrenamiento en habilidades de autoevaluación. Economía de fichas.</p> <p>-Informe con el pautas y técnicas de intervención con el niño.</p> <p><b>-Controlar el movimiento motor:</b></p> <p>-Autoobservación</p> <p>- Toma de conciencia de la conducta motora hiperactiva</p> <p>-Técnicas de autocontrol.</p> <p>-Autoreforzo positivo en casa y en el colegio</p> <p>-Entrenamiento en relajación (Terapia de Jacobson, mindfulness).</p>	
--	--	--	--

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

Tabla 5. Tabla Alteraciones intrafamiliares

Nivel de intervención	Propósito	Estrategias y técnicas	Sesiones
Alteraciones intrafamiliares	<p>-Psicoeducar a los cuidadores sobre la influencia del estilo y rol parental y las problemáticas del paciente y su familia</p> <p>-Mejorar las relaciones intrafamiliares</p>	<p>-Debatir creencias relacionadas con estilo y rol parental disfuncional, inconsistente- (Debate de creencias irracionales. A. Ellis)</p> <p>-Reestructuración cognitiva.</p> <p>-Aprender a verbalizar sus emociones</p> <p>-Aprender técnicas de relajación control de la respiración,</p> <p>-Entrenamiento en resolución de conflictos y control de las emociones.</p> <p>-Aprender y utilizar Reforzadores positivos.</p> <p>-Reforzadores sociales: Elogio verbal, atención, contacto físico, expresiones faciales de aprobación.</p> <p>-Aumentar el tiempo de ocio en familia, sobretodo con el padre.</p>	10



“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

Tabla 6. Alteración en el estado de animo

Nivel de intervención	Propósitos	Estrategias y técnicas	Sesiones
Alteración en el estado del animo	<p>-Prevenir que se instaure un trastorno afectivo</p> <p>-Conocimiento y manejo de sus emociones</p>	<p>Todo el proceso de intervención a nivel conductual, relaciones intrafamiliares estan encaminadas a estabilizar su estado del animo y asi prevenir un trastorno afectivo</p> <p>-Técnica de autocontrol emocional : Detención, utilizamos técnica del semaforo (detección señales, concientizacioón, alternativas)</p> <p>-debate de pensamientos automaticos negativos, generar pensamientos mas utiles y positivos.</p> <p>- Aprender a verbalizar sus emociones</p> <p>-Relajación progresiva</p>	10

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

4.15 El curso y los resultados

Tabla 7. Curso y resultados de intervención

Sesión	Trabajo Terapéutico	Logros, dificultades y novedades
1	-Entrevista inicial con la abuela, llamada telefonica con la madre (Historia personal y evolutiva, antecedentes medicos, clinicos familiares, Historia del problema, sintomas.)	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Profundización en el problema motivo de consulta y su impacto</li> <li>-Antecedentes familiares.</li> <li>-Indagar la presencia o no de trastornos en los padres y acudientes y si el contexto es el apropiado.</li> <li>-La no existencia de evaluaciones clinicas previas y ningun diagnostico previo o tratamientos psicologicos o psiquiatricos anteriores o actuales en el paciente</li> <li>-Reconocimiento de otras variables importantes de la historia que facilitan la formulación del problema.</li> <li>-Historial de estos problemas: Inicio, curso, periodicidad.</li> <li>-Se realizo un análisis conductual con la abuela. Antecedente-Conducta del paciente y su respuesta.</li> <li>-Se identificaron los puntos fuertes y debiles del paciente y de la familia.</li> <li>- Se establecieron las áreas de disfunción</li> <li>-La abuela comunica que el padre no vendra a entrevista.</li> </ul>

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

Sesión	Trabajo Terapéutico	Logros, dificultades, novedades
2/3	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Entrevista semiestructurada con el paciente.</li> <li>-Establecer Alianza terapéutica, una relación comunicativa.</li> <li>-Determinar la percepción del niño sobre el motivo de la evaluación, motivos de consulta.</li> <li>-Análisis funcional.</li> <li>-Autoregistros de evaluación</li> <li>-Introducción a las Autoinstrucciones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Explicación del modelo</li> <li>-Se obtuvo información sobre los intereses y talentos de DC.</li> <li>-Se determinaron hasta que punto los síntomas no son apropiados para la etapa de desarrollo.</li> <li>-Se analizaron problemáticas descritas por medio de el análisis funcional de dos antecedentes que desencadenaron conductas problemáticas e impulsivas.</li> <li>-Se adaptó la complejidad del autorregistro a la edad, comprensión y motivación del paciente.</li> <li>-Se facilitó por escrito las autoinstrucciones para su realización.</li> </ul>

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

Sesión	Trabajo Terapéutico	Logros, dificultades, novedades
4	Análisis de los autoregistros	<p>-DC realizó los autoregistros, se le aprobó y reforzó positivamente la conducta expresiones verbales, elogios y con un juego didáctico de memoria al final de la sesión.</p> <p>-Identificación de situaciones problemáticas, pensamientos automáticos, identificación de emociones y síntomas físicos asociados, conducta.</p>
5/ 6	Aplicación de escalas de diagnóstico. TDAH y evaluación acerca de una posible comorbilidad con una alteración del estado del ánimo.	<p>- Se envía cuestionario de Conductas para Padres, CONNERS</p> <p>-Sale a vacaciones y no se puede aplicar el cuestionario CONNERS a profesores.</p> <p>-CDI</p> <p>-Se realizaron algunas preguntas de la entrevista emocional para niños. Al parecer no hay un trastorno comorbido del estado del ánimo pero sí reacciones emocionales producto de sus problemáticas que no son irracionales, ni duraderas como para ser un estado del ánimo. Tiene la capacidad para autoregularse.</p>

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

Sesión	Trabajo Terapéutico	Logro, dificultades, novedades
7	Aplicación de escalas intelectuales que colaboran al diagnóstico del TDAH y a decidir predominio.	-Aplicación de Subpruebas Wisc-IV. Los resultados de DC son favorables, con un promedio dentro de los límites a alto. Se observó interesado, atento y concentrado, así como también se evidenció su estilo impulsivo de respuesta en su desempeño en las pruebas y movimiento motor. Se determina predominio del TDAH.
8	Se hace entrega a su acudiente, de los resultados de la evaluación hasta el momento.	<p>-se comienza con un repaso de las preocupaciones del acudiente y el colegio y los motivos por los que se solicitó la evaluación.</p> <p>-Se repasa con la abuela las fuentes de información que se han recogido y lo que indican.</p> <p>-Se le da una información sobre el TDAH (naturaleza, causas, curso, riesgos) y su presentación de tipo hiperactivo-impulsivo. Y como las problemáticas que presenta DC están relacionadas con el curso del trastorno, muchas de las principales actividades de la vida del paciente están siendo afectadas negativamente por falta de intervención. Al igual como el ambiente tampoco le ha colaborado.</p> <p>-Se repasaron otros temas que se han identificado como pertinentes durante la evaluación.</p>

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

Sesión	Trabajo Terapéutico	Logros, dificultades, novedades
8	<p>Se inculca aceptación y compasión haciendo hincapié en el TDAH como un trastorno crónico.</p> <p>-Se anima a su acudiente en relación con el proceso de tratamiento.</p> <p>-Se transmite un mensaje de esperanza.</p> <p>-Se explica la importancia del trabajo multifactorial y multimodal.</p>	<p>-Se evaluó como positiva la disposición para iniciar tratamiento tanto en el acudiente como en el paciente.</p> <p>-Se le explicó como el TDAH es uno de los trastornos psiquiátricos más tratables.</p> <p>-La efectividad de los tratamientos disponibles</p> <p>-el alto grado de superación que logran los pacientes.</p> <p>- Se percibe hasta el momento apoyo activo de los acudientes y profesores.</p> <p>(6 meses sin atención psicológica por cierre del Centro de atención).</p> <p>Última cita del año- Noviembre 2014)</p>
9	<p><b>Retoma Psicoterapia (mayo 2015)</b></p> <p>Entrevista con el paciente, reevaluación</p>	<p>-El paciente acude solo a la primera cita. Ha tenido cambios en su apariencia física, ha crecido y se observa más preocupado por su presentación personal. Se percibe más tranquilo, sosegado, se ha disminuido considerablemente el movimiento motor, observado en el consultorio. Comenta que ha tenido cambios positivos en el colegio, ha mejorado su comportamiento y hasta el momento no ha vuelto a tener un solo problema ni con los compañeros. Ni con los profesores. Sin embargo, expresa que sigue manteniendo un bajo rendimiento escolar y aunque afirma que su relación con su padre ha mejorado, continúan las dificultades en casa. Actitud positiva para el proceso. -Se envía cuestionario de CONNERS para padres y profesores.</p>

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

Sesión	Trabajo Terapéutico	Logros, dificultades, novedades
10/11	<p>-Reevaluacion de problemáticas.</p> <p>-Se reevalua estado emocional, y como ha sido el curso de sus problemáticas en los meses anteriores</p>	<p>El cuestionario para padres Conners, arrojó de nuevo <b>24 puntos</b> y el cuestionario Conners para profesores arrojó un puntaje de <b>13 puntos (Nueva profesora, nuevo año escolar)</b> Sin embargo, cotejando con la información que proporciona DC, y su abuela de cero problemas y quejas hasta lo que lleva del año, se puede decir que ha habido un cambio en su comportamiento.</p> <p>-Se realiza entrevista sobre aspectos emocionales en niños completo. (Se muestra atento, interesado, se concentra y completa rápidamente la prueba)</p> <p>- Se reaplica el CDI</p> <p>-Se hace un análisis funcional de una situación problemática en la casa con su abuela.</p>
11	-Entrevista con la abuela	<p>-DC me comenta que su abuela quiere hablar conmigo al final de la sesión, él está de acuerdo y responde de manera positiva.</p> <p>-La abuela reafirma los cambios positivos en DC. Afirma que nunca más cometió robo. Sin embargo, expresa su preocupación por otros cambios que también ha tenido (Tiene novia, y comenzó la conducta masturbatoria). Y no sabe cómo manejar estos temas.</p> <p>Ella afirma que no está de acuerdo con nada. Siguen los problemas en cuanto a los hábitos de estudio.</p>

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

		En cuanto a la problemática “hábitos de estudio” se hace un análisis funcional con ella. Se habla sobre otros puntos importantes y que preocupan a la abuela (desobediencia, actitud negativa hacia ella, atención).
--	--	--

Sesión	Trabajo Terapéutico	Logros, dificultades, novedades
12	-Aplicación de escala intelectual. -Se cito al abuelo y la abuela	Aplicación de otras Subpruebas del Wisc-IV.
13	-Psicoeducación:	-Se expuso a sus abuelos información sobre el problema y el tratamiento que se iba a llevar a cabo. <b>El padre nunca ha asistido a consulta.</b> Se les explico la importancia y la influencia de un rol y estilo parental funcional en la evolución o el mejoramiento de las problemáticas de DC. -Se proporcionó una serie de pautas y de recomendaciones que deberían seguir en casa, algunas dirigidas al la problemática planteada el la sesión anterior, manejo del proceso de cambio de DC en su inicio a la pubertad.  Se les explicó la importancia de establecer límites y normas consistentes y consecuentes (todos en casa deben cumplir, estar de acuerdo) y de seguir unos hábitos y rutinas



“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

	<p>-Intervención en el ámbito educativo</p>	<p>adecuados a la familia.</p> <p>Se resalto la importancia de reforzar de forma positiva las conductas adecuadas del niño y castigar de forma coherente y adecuada aquellas conductas disfuncionales.</p> <p>-Se solicita una cita por medio de los abuelos con el colegio.</p>
--	---	--

Sesiones	Trabajo Terapéutico	Logro, dificultades, novedades
14/15	Psicoeducación:	<p><b>El colegio no responde a la solicitud de la abuela.</b></p> <p>Se trabajó con el niño la planificación y organización escolar mediante el establecimiento de un horario que indicaba el tiempo que debía emplear en trabajar en cada asignatura y las tareas que tenía que realizar cada día. Se trabajaron los hábitos que fomentan conductas apropiadas para el aprendizaje como el manejo del horario y el control de la agenda escolar.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- El niño se ve motivo en el aprendizaje de estas técnicas</li> </ul>
16/17	Técnicas programa para padres de Barkley	<p>-Se explicaron algunas estrategias que nos ayudan a facilitar y motivar el estudio y la realización de tareas escolares. Se explico como realizar una cartelera divertida, como herramienta para facilitar y recordar nuestras actividades.</p>

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

18/19	Establecimiento de normas y rutinas. (Colegio y en casa)	<p>A la espera de una cita con la profesora, para integrar el trabajo de intervención casa y colegio.</p> <p>-Se trabajó con DC y con la abuela mediante técnicas de modificación de conducta a través de una economía de fichas. Durante la sesión No. 15, se explicó el funcionamiento de la misma, se establecieron las conductas a reforzar y se acordaron los posibles reforzadores, con el fin de poder ponerla en funcionamiento en la siguiente sesión, las conductas que se acordaron reforzar hacen parte de una rutina que DC debe implementar:</p> <p>Cuando llega a casa del colegio 4:00 p.m: Después de tomar un descanso y su merienda (30 min), debe: 1) dirigirse al espacio que se propicio, especial para estudiar.</p> <p>2) revisar la agenda escolar cada día: cada tarde al volver del colegio debe mirar su agenda escolar y</p> <p>comprobar que tareas tiene que hacer cada día y qué debe llevar al colegio al día siguiente;</p> <p>3) hacer las tareas del colegio: cada tarde luego de revisar en su agenda escolar que es lo que tiene que hacer para el día siguiente, se debe poner a hacer las actividades que le mandan en el colegio cada día 4) preparar su maletín con todos sus libros y cuadernos para llevar al otro día al colegio</p> <p>5) Organizar la habitación: cada día debe ordenar su habitación sin que su abuela se lo tenga que decir; 6) Tomar su baño como es habitual, comer 7:00 p.m. y completar su rutina de aseo personal (cepillado) y acostarse antes de las 9:00 p.m. y no a las 11:00 p.m. como lo venía haciendo. Por el cumplimiento de cada conducta</p>

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

		<p>obtendrá un punto, cuando alcance un número de puntos se canjeara por premios el fin de semana.</p> <p>Durante la primera semana debía conseguir 20 puntos, durante la segunda 25 puntos y en la tercera semana debía cumplir con la mayoría de conductas hasta conseguir 28 puntos. Estos premios acordados consistirán en ir a piscina, cine, comer o a algún sitio que le guste con la familia. El premio a largo plazo será unos zapatos de futbol que quiere, si completa 28 puntos en la tercera semana y 30 puntos en la cuarta semana.</p>
--	--	---

Sesión	Trabajo Terapéutico	Logros, dificultades y novedades
20	Trabajar en el mejoramiento de las relación intrafamiliares (abuela)	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Debatir creencias relacionadas con estilo y rol parental disfuncional, inconsistente-</li> <li>(Debate de creencias irracionales. A. Ellis)</li> <li>-Reestructuración cognitiva.</li> <li>-Estilos parentales consistentes</li>   <li>-Aprender a verbalizar sus emociones</li> <li>-Entrenamiento en resolución de conflictos y control de las emociones.</li> <li>Aprender técnicas de relajación control de la respiración</li> <li>-Aprender y utilizar Reforzadores positivos.</li> <li>-Reforzadores sociales: Elogio verbal, atención, contacto físico, expresiones faciales de aprobación.</li> </ul>

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

	<p>-Entrenamiento en autoinstrucciones -Control del estilo impulsivo de respuesta, entrenar estilo reflexivo (Meichenbaum, 1977).</p>	<p>-Aumentar el tiempo de ocio en familia, sobretodo con el padre.</p> <p>-Modificar el dialogo interno para facilitar el afrontamiento de una tarea escolar, utilizar en la comprensión de lectura.</p> <p>-Se hacen una cartulinas en color, con los dibujos de un adolescente que se plantea estas mismas preguntas o autoinstrucciones.</p>
--	---	---

Sesión	Trabajo Terapéutico	Logros, dificultades y novedades
21	Entrenamiento en resolución de problemas	<p>Resolución de problemas, D´Zurilla y Goldfried,</p> <p>1- Orientación hacia el problema, 2- definición y formulación del problema, 3- Generación de alternativas, 4- Toma de decisiones, 5- Llevar el plan a la práctica y comprobar los resultados.</p> <p>-Se realizo el ejercicio con una situación donde ocurrió un comportamiento impulsivo que ocurrió con un compañero de su clase.</p> <p><b>-Se logra identificar pensamiento impulsivo, se anticipa a lo que le va decir el compañero y le responde inadecuadamente.</b></p> <p>Esta técnica se trabajo por medio de situaciones problemáticas ya experimentadas en un rol play, el debía exponer distintas alternativas de posibles soluciones, hacer una valoración de cada alternativa y poner en funcionamiento la más eficaz.</p> <p>Es una estrategia que se utiliza tanto para prevenir problemas como para fomentar la autonomía (Gavino, 1997).</p>

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

22	Autoevaluación:	<p>Se trata de una técnica cognitiva que permitirá al paciente, tomar conciencia de aquellas cosas que hace bien y de las que tiene dificultades.</p> <p>Se trabajara por medio de tres pasos; en primer lugar se hará un listado de las cosas que hace bien, después se hará otra lista de aquellas que le cuesta hacer, o tiene dificultades y por último se establecieron posibles soluciones ante aquellas cosas que mas se le dificulten.</p>
----	-----------------	--

Sesión	Trabajo Terapéutico	Logros, dificultades, novedades
23	Entrenamiento en habilidades sociales	<p>Introduccion al Entrenamiento en conductas prosociales, habilidades comunicación asertiva.</p> <p>A partir de la lista de dificultades sociales, conductas disfuncionales en la autoevaluación se realizo un Cuestionario sobre Estrategias de interacción social (Díaz Aguado,1986)</p> <p>Se expusieron y debatieron alternativas de respuesta sobre estrategias de interacción social adecuada (Orjales, 1999)</p>

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

#### 4.16 Avances y dificultades en el proceso terapéutico

Para medir los avances se utilizó la escala de (1 a 10 para frecuencia) y para (intensidad 0 a 100%)

**Tabla 8. Avances y dificultades terapéuticas**

##### **Avances**

- **Disminución de las peleas o conflictos en el colegio (Anterior: 6 a la semana )**  
**Actual: 3**
- **Castigos de tiempo fuera en el aula de (Anterior: 4 veces a la semana)**  
**Actual: 0**
- **Disminución en el movimiento motor (5 veces se levantaba en cada clase)**  
**Actual: 1 vez**
- **Se evidencia internalización de las autoinstrucciones, mejor resolución de problemas, autocontrol.**

##### **Dificultades**

- **Inconstancia en la asistencia a psicoterapia.**
- **En casa no se realizan las tareas pactadas con el acudiente tendientes a apoyar a DC en sus tareas escolares, adecuación ambiental.**
- **Aunque el padre no ha estado presente en el proceso terapéutico, el niño evidencia un cambio significativo en el mejoramiento de su relación. DC expresa que su abuela le comunica todo lo que se trabaja en psicoterapia.**
- **El colegio no responde ni muestra interés en el trabajo con DC**

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

#### **4.17. APARTES DE ALGUNAS SESIONES**

##### **Sesión No. 2/3**

En esta sesión se llevo a cabo una entrevista menos estructurada y adaptada a su edad, se indago sobre sus intereses, talentos, pasatiempos, con el fin de establecer una relación terapéutica con el niño y recoger información sobre su conducta en casa, en el colegio y sus relaciones sociales así como su motivación para el cambio. DC reconoce que su comportamiento no es adecuado y se encuentra dispuesto al cambio del mismo.

se inicio al niño en el manejo de los autoregistro, autoobservaciones. Se le explico detalladamente el cuadro de autoobservaciones y cual seria su uso.

T: DC, te acuerdas que en la primera cita, te hable sobre la terapia cognitiva y la relacion de los pensamientos, lo que sentimos (afectos) y la conducta?

DC: Si me acuerdo, que todos se relacionan (DC responde y toma el lapicero, se lo cambia de una mano a otra)

T: Bueno! hoy vamos aprender una manera de identificar y a entender esta relación a traves de un cuadro que te voy a mostrar, le vamos a llamar “cuadro de autoregistros”.

T: Se le da una hoja con el cuadro ( Día, hora - Situacion – Pensamiento –Emoción – Conducta). Ahora bien hagamos un ejercicio, dime cual fue la última vez que peleaste con un compañero de clase?

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

DC: Hace dos días, un compañero me estaba sabotando y me decía “que nada cabezon” cuando yo decía cualquier cosa. Bueno ahora anota el día y la hora, y en la situación anota lo que me acabas de decir. Listo! Y que paso entonces? (DC mueve las piernas)

DC: Me dio mucha rabia!

T: De 0 a 100% de intensidad cuanto calificas esa rabia?

DC: 90 %

T: Y por que le das 90%

DC: Porque se me me puso la cabeza caliente, porque no paraba decirmelo y me puse rojo como un tomate!

T: Por que sabes que se te puso la cabeza caliente y que estabas rojo como un tomate?

DC: Yo sentia la cabeza caliente, y mi amigo Pedro Luis me dijo: Calmate tu te dejas joder de ese pelao, te pones rojo como un tomate.

T: ahora anota en donde dice emoción, rabia y pon la calificación que le diste a la rabia.

DC: Osea que 90%?

T: Asi es! Y recuerdas que pensabas en ese momento?

DC: Siii!!! Yo le dije que se quedara quieto pero como no se quedo, pense que tenia que ir a pegarle porque si me dejo me la va seguir montando y va pensar que soy un bobo, porque cuando me dice cabezon me esta diciendo bobo!



“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

T: ahora escribe en el espacio de los pensamientos lo que me acabas de decir que pensabas en ese momento.

T: Muy bien! Y entonces que paso?

DC: Me fui y le pegue su empujon y se cayó al piso y le dije que como siguiera molestandome le daba su trompada!

T: ahora escribe en conducta lo que hiciste.

DC: Listo!

T: bueno ahora te das cuenta como se hace un autoregistro?

DC: Si! Es facil, bueno digo yo!

T: Claro que si lo vas a lograr! Llevate esta hoja y en esta semana si ocurre alguna situación que tenga que ver con las problematicas que analizamos en la sesión anterior como las peleas con los compañeros, con la abuela, los comportamientos que estas comentiendo y que no son adecuados en el colegio, como hablar mucho en clase, levantarte de la silla varias veces, salirte de clase. Tambien puedes analizar aquellas veces cuando te pones triste.

DC: Como seria para llenar el autoregistro como hicimos ahora si hay veces me pongo triste sin saber porque.

T: Listo, muy buena pregunta DC! Este registro tambien puedes llenarlo en otro orden. Por ejemplo dime cuando fue la ultima de vez en esta semana que te pusiste triste, sin saber porque?

DC: El lunes me puse triste y dure un rato asi! ( Me pide permiso para tomar un libro que esta en el estante) T: (Claro ahora que terminemos con este ejercicio lo tomas

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

T: Entonces no sabes porque te pusiste triste?

DC: Ummm, bueno si creo que fue porque vi un avión que paso cerca, porque el otro día tambien me dio un amargue y me fui para el cuarto y me acorde de mi mamá

T: Osea que cuando ves un avión te acuerdas de tu mamá?

DC: Si porque mi abuela me dijo que ella se fue en un avión para alla y bueno ya eso lo se para ir alla hay que ir en avión, es muyyy lejos!

T: Si asi es DC! Entonces lo que me quieres decir es que cuando ves un avión te acuerdas de mamá y eso como te hace sentir?

DC: Si me hace sentir triste y amargado

T: Por que te hace sentir asi?

DC: Porque si ella no se hubiera ido yo seria mas feliz, porque pienso que no se cuando la voy a volver a ver!. Al responder, denota tristeza en el tono de voz y en la expresión de su cara.

T: Te entiendo DC, comprendo porque te sientes triste!

T: Y cuando pensaste eso y te sentiste de esa manera, luego que hiciste?

DC: Me fui para mi cuarto y llore un poquito, pero mi abuela me fue a preguntar que porque estaba amargado y creo que fui grosero con ella, pero no fue mi intención, si no que ella es desesperada, no me deja quieto.

T: Entiendo lo que me dices! Te aislaste de todos en casa y te fuiste a tu cuarto, querias estar solo.

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

DC: Si me fui para que nadie me molestara y tenia ganas de llorar, pero despues se me pasaron y ya me senti bien, me fui a jugar con un amigo de la cuadra.

T: Que bueno! Te desahogaste, descargaste tus emociones, te recuperaste y seguiste con tu actividades diarias.

DC: Sii asi!

T: DC, despues de todo esto que hemos hablado ya tienes claro porque te pusiste triste el lunes?

DC: Si, ya entiendo!

T: Ahora podrias llenar el cuadro de autoresgistros con lo que me has relatado ahora?

DC: Si, en la situación esta cuando vi el avión cuando estaba sentado en lapuerta de mi casa.

En los pensamientos entonces iria que me acorde de mi mamá?

T: Si iria que pensaste en tu mamá, que se fue en un avión y que mas crees que iria ahi?

DC: Que si estuviera aquí seria mas feliz y esas cosas...

T: En la emoción?

DC: Pongo tristeza y amargue

T: Ok, esta bien y en cuanto vas a calificar la tristeza y el amargue del 1 al 10?

DC: Tristeza como 7 y amargue como 8

T: Estabas mas amargado que triste entonces

DC: Pues cuando mi abuela me molesto me amargue mas

T: Ok, perfecto! Ahora bien, que pondrias en la conducta

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

DC: Ummm, no se! Que me fui al cuarto?

T: Si muy bien! esa es una de ellas, pero tambien puedes poner que lloraste, y que fuiste grosero con la abuela.

DC: Ah bueno!

T: Ok! Esta semana vas a evaluar también tus conductas y si tienes algunas emociones como las que me dices sientes muchas veces. Si tienes alguna pregunta o no te sientes seguro cuando vuelvas la otra semana hacemos el ejercicio juntos!

T: Bueno, para concluir la sesión de hoy quiero decirte que eres muy listo! Quiero felicitarte porque has estado muy atento y participativo durante toda la sesión, ademas comprendiste muy rápido y bien en que consiste los autoregistros.

#### **Sesión No. 4**

Es esta sesión DC llega muy sonriente, se observa motivado y trae la hoja de autoregistros en la mano! En esta sesión revisaremos sus autoobservaciones, haremos un analisis funcional de una conducta que el niño trae registrada.

T: DC Como pasaste en la semana?

DC: Bien Dra, el martes meti dos goles y otro compañero metio otro gol y ganamos un partido del campeonato que estamos jugando!

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

T: Excelente noticia! Te felicito!!!

DC: y aquí esta lo que escribi esta semana, escribi dos historias!

T: Muy bien!!! Quieres explicarme la primera “historia”?

DC: En el colegio estaba en una presentación en el patio que estaban haciendo los de noveno grado, y Luis un compañero que lo tengo en la mira porque me anda buscando pelea siempre, me hizo una broma pesada, me echo agua en la cabeza, un poquito pero todos se rieron. Eso lo puse en donde dice situación!

T: Esta muy bien!

DC: Bueno a mi me dio muchisima rabia y le jale la silla y se cayo al piso. (risa)

T: Ok! continua

DC: Se que esta mal pero el empezo, por eso yo ahora tambien soy pesado por pelaitos como ese que son pesados tambien, y no me voy a dejar joder ni porque fuera bobo, me tiene que respetar.

T: esa es la razón por la que le pegaste verdad?

DC: Siii!!! Ah bueno en los pensamientos puse que pensaba que no podia quedar como un bobo que le mojaron la cabeza y se queda sin hacer nada, uno se tiene que defender. Eso es lo que pienso!

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

T: Muy bien, entonces dejame ver si comprendí toda la situación. (Situación): Estando en una presentación en tu colegio fuera del salon, un compañero te echo agua en la cabeza, (Emoción): sentiste mucha rabia de 10 puntos y (Pensamiento): pensaste que tenias que defenderte y hacerte respetar y (Conducta): entonces le quitaste la silla y el se cayo al piso!

T: Que piensas de toda esa “historia”

DC: Que el no debe molestarme y buscarme la pelea porque yo me defiendo ah y por último el profesor nos saco de ahí y me dio mucha piedra porque no pude ver la presentación. Por culpa del pelao ese!

T: Estas seguro que toda la culpa es de el?

DC: Bueno no, de los dos! Pero el empezo!

T: Ahora vamos hacer un historia igual pero con a cambiar un poquito su contenido para ver como resulta. Te parece?

T: Resulta que el niño te echa agua en la cabeza, obviamente, te da mucha rabia el hecho y entonces te levantas vas a donde el profesor y le dices lo que ocurrio! Que piensas?

DC: jajajajajaja... quedo como el propio sapo y bobo que no se puede defender!

T: Ok listo! Ahora el profesor se acerca y le pide a tu compañero que se salga del evento, tu vuelves a tu sitio y ves toda la presentación.

DC: Si pero despues cuando salga de eso el pelaito ese me dice vainas que me van a sacar mas la piedra y entonces ahí de pronto si le pego, por que no voy a decirle al profesor eso tambien.

T: Y es que acaso no puedes defenderte de otra manera que no se actuando parecido a el?

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

DC: Si bueno de pronto diciendole que madure y coja oficio, que si no tiene algo mejor que hacer, o que si yo soy tan importante para el como para que me este jodiendo todo el día!

T: Y eso? Se lo dijiste ya?

DC: No eso me dijo un profesor un día que le dijera, pero no se lo he dicho.

T: Y por que no pruebas? Que te hace pensar que solo se defiende el que golpea o maltrata u ofende?

DC: No se

T: Bueno, intenta hablar con el!

DC: huyy!!! Lo voy a intentar! (se cubre la cara con sus manos)

T: DC, ahora cuentame acerca de la otra “historia”

DC: Bueno estabamos en la casa y mis abuelos pelearon por mi culpa, porque mi abuela me castigo porque no hice una tarea y no me dejo ir a la practica de futbol que es muy importante, porque estamos preparandonos para los partidos intercolegiales de futbol. Entonces mi abuelo, le dijo que ese castigo no iba porque yo tenia que entrenar y me llevo al partido, mi abuela se puso histerica.

T: Y entonces que paso?

DC: Me dio rabia con mi abuela porque ella sabe que yo no puedo perder la practica, me regaña el entrenador, el futbol es lo que mas me gusta en el mundo! En cambio, mi abuelo si me entiende. Pero también me da tristeza que peleen mis abuelos.

T: Entonces lograste entrenar?

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

DC: Si entonces en la situación puse que mi abuela me castigo no dejándome ir a la práctica de fútbol por no hacer la tarea, en pensamientos escribí que mi abuela no me entiende y no sabe que eso es lo más importante para mí y que mi abuelo sí! Y en la emoción rabia de 8 puntos y tristeza luego de 6 puntos, y en la conducta final mis abuelos pelearon y que me fui con mi abuelo y que no obedecí a mi abuela. Así está bien?

T: Si está bien!!!! Has comprendido muy bien de que se trata esto. Ahora bien tú dices que tu abuela no te entiende, verdad?

DC: Si no me comprende!

T: Y tú entiendes a tu abuela? Sabes porque está imponiéndote ese castigo?

DC: Claro! Me está yendo mal en el colegio y no hago la tarea, pero es que me aburre tanto hacer la tarea y en mi casa es imposible concentrarse hay mucho ruido. Ella no quiere que yo pierda el año de pronto!. Entonces ella sabe que para el fútbol si estoy listo y feliz siempre.

T: Ok, entonces sabes que ella sí te entiende, porque sabe que el fútbol, es lo que más te gusta en el mundo. Yo creo que ella solo quiere que tú cumplas con tus responsabilidades y puedas seguir divirtiéndote, con lo que más te gusta! ¿Qué piensas?

DC: Si que es verdad!

T: Ahora bueno sigamos...Y si cambiamos solo algo de la “historia”?

DC: (risas)

T: Y si hubieras hecho las tareas? Como hubiese sido tu historia?



“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

DC: Es que me da flojera hacer la tarea, se me pasa el tiempo y ni siquiera me doy cuenta, me puse a ver televisión y ya cuando me tenia que ir es que mi abuela me pregunta si hice la tarea, me hubiera dicho antes! Pero se me paso el tiempo!

T: Y es que si no te recuerdan sobre hacer tus tareas se te olvidan? Eso pasa siempre?

DC: Hay veces me acuerdo pero si estoy viendo un programa de tv hay veces se me olvida.

T: A que horas haces tus tareas?

DC: Bueno salgo a las 4:00 p.m todos los días del colegio. La historia que escribi paso el sabado pasado. Pero normalmente hago las tareas despues de comer o antes, no se!

T: Ok volvamos a la historia, y si hubieras hecho la tarea que hubiera pasado?

DC: Si alguien me hubiera ayudado a hacer la tarea o me hubiera acordado de hacerla, mi abuela no me hubiera dicho nada, no hubiera peleado con mi abuelito.

T: Y que mas?

DC: No me hubiera dado rabia con mi abuela y no hubiera sido grosero con ella, porque no hubiera pensado que mi abuela era mala por no dejarme ir.

T: Y creo que tampoco te hubieras sentido triste porque tus abuelitos entonces, no hubieran peleado?

DC: Sii es verdad! (Su cara expresa aflicción).

T: Bueno pero no te sientas mal, porque estamos aquí para encontrar juntos que es lo mejor para ti y para todos los que te rodean.

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

DC: Sonrie

T: Creo que hoy podemos concluir en esta sesión, primero que has comprendido muy bien el uso de los autoregistros y quiero felicitarte de nuevo por eso! Y segundo que aunque hayan “historias”, donde experimentamos situaciones problemáticas, donde pensamos muchas cosas negativas y experimentamos emociones que no nos gustan, como la tristeza y la rabia, las cosas siempre pueden tomar un mejor camino y casi siempre el camino que tomen depende de cómo actuamos nosotros o de lo que pensamos sobre lo que ocurre.

**Sesión No. 5/6**

En esta sesión se evalúa su estado del ánimo a través del CDI, Cuestionario de depresión, cuestionario de aspectos emocionales para niños. El puntaje arrojado en el CDI, fue de 23 puntos, lo que significa que no hay presencia de síntomas depresivos, la sintomatología se encuentra dentro de los límites normales. Por otro lado en el Cuestionario sobre aspectos emocionales en niños, aunque tampoco se observan respuestas asociadas a una sintomatología depresiva, expresa que sus emociones de tristeza devienen del abandono de su madre, la relación de su padre y el abandono del padre.

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

T: DC hoy quiero que me respondas por favor algunas preguntas de un cuestionario que se

llama: Entrevista sobre aspectos emocionales en niños.

DC: Bueno esta bien! (se muestra motivado y con la mirada busca leer ya las preguntas)

T: ok comencemos! Sabes por que estas aquí?

DC: Para que usted me ayude con las dificultades que tengo con mi abuela, en la casa, en el colegio, con las peleas con mis compañeros y todo eso

T: Muy bien! Algunas personas se quejan de ti?

DC: Ufff!!! Mi papá, mi abuela, mis profesores, no se quien mas....

T: Ok! De que se quejan?

DC: “Que me porto mal, que no obedezco, que me muevo mucho, que soy grosero, que no pongo atención, que soy flojo”

T: Y entonces que les gusta de ti?

DC: No se! Ummm... que hago reír, pero bueno esos son mis amigos que piensan eso, también que juego bien futbol y ya. Ah que me va bien en matemáticas!

T: Dime tres cosas que te produzcan alegría!

DC: Jugar futbol, salir con mi papá, estar con mi papá, ir a la playa, a la piscina, cuando pienso que mi mamá me viene a ver.

T: Súper, dijiste mas de 3 cosas!!! Ósea que hay muchas cosas que te hacen feliz!!!

DC: Siii!! (risas)

T: Y ahora dime tres cosas que te produzcan tristeza

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

DC: Que mi papá me trate mal, me regañe, que haya ido con la nueva esposa, que mi mamá no este conmigo. Ah también que me vaya mal en el colegio.

T: Dime ahora tres cosas que te produzcan rabia

DC: lo primero es que me castiguen y me dejen ir a jugar futbol, segundo que me molesten los compañeros, tercero que mi abuela me mande hacer mandados.

T: hazme una lista con cinco cualidades y cinco defectos que tu tengas y dime porque de cada uno.

DC: Soy bueno para matemáticas porque me va bien en la materia y la profesora me lo dice siempre. Soy bueno para jugar futbol porque yo lo se y porque estoy jugando en la liga porque juego bien. Hago reír a mis amigos. Mis defectos son: Soy grosero con mi abuela. Me gusta molestar a mis compañeros. Me va mal en otras materias.

T: Muy bien!

T: Ahora, si yo fuera un mago, una hada madrina y pudiera cambiar tres cosas que quisiera cambiar?

DC: Quisiera ser mas inteligente, quisiera que mis papás estuvieran juntos y no pelearan tanto o que fueran amigos y ya. Y quisiera que mi papá pasara mas tiempo conmigo.

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

**Sesión No.7**

En esta sesión se aplicaron algunas Subpruebas Wisc-IV, con el fin no solo de evaluarlo a nivel cognitivo si no de su desempeño, actitud, comportamiento ante la misma.

Los resultados de DC son favorables, con un promedio dentro de los límites. Se observo interesado, atento y concentrado, así como también se evidencio su estilo impulsivo de respuesta en su desempeño en las pruebas y movimiento motor. Se determina predominio del TDAH

T: DC hoy trabajaremos en unas pruebas psicotécnicas llamada el Wisc-IV, se explica por cual subprueba se comenzara (cubos) y se le da las indicaciones para completarla, se muestra atento e interesado, toma la prueba y la observa.

DC: Comienzo ya?

T: Comprendiste las indicaciones?

DC: Si!

T: Realiza la prueba muy rápido, se concentra y se nota competitivo consigo mismo, quiere hacerlo muy bien, encuentra dificultad solo en los últimos ítems y se muestra frustrado.

DC: Déjame intentar de nuevo hacer las dos últimas por favor aunque ya no me califiques.

T: Esta bien pero al final de la prueba

DC: Esta bien!

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

T: Bueno ahora vamos a realizar otra subprueba, esta se llama (retención de dígitos), se que te va a gustar! Se dan las indicaciones. Comprendiste ahora hagamos un ensayo!

DC: Comenzamos ya? Sonríe...

T: Quiero estar segura que comprendes bien la prueba!

DC : Si si! la entiendo primero los repito en orden y luego al revés.

T: Ok comencemos! Escucha muy bien los dígitos y trata de retenerlos, con calma! DC tiene un despeño bueno en la prueba, se muestra atento y encuentra dificultad a partir de los 7 y 8 dígitos. En cuanto al orden inverso también lo realiza bien y pero comienza a equivocarse a partir de los 8 y 9 dígitos. Se muestra conducta impulsiva en el desarrollo de la prueba.

T: Lo hiciste muy bien, veo que estas motivado y hasta te divierte esta prueba!

DC: Si, si me gusta! no es tan difícil como pensaba! Y que sigue ahora?

T: Ok! Ahora seguimos con una prueba de aritmética

DC: Que es aritmética? Es como matemática?

T: Así es!

DC: Esta va estar buena, Se frota las manos mostrando emoción.

T: Al terminar con las indicaciones

DC: Ya puedo comenzar?

T: Comprendiste?

DC: Si!

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

T: Se observa concentrado, motivado por la prueba, muestra habilidades para el cálculo, termina rápido.

T: Muy bien DC, cuando estas motivado y te concentras en una tarea definitivamente lo logras.

DC: Se sonríe y expresa: Si, yo se!

DC finaliza con las subpruebas propuestas para ejecutar durante la sesión. Se observa emocionado, sonriente.

T: Como te sentiste con las pruebas?

DC: Chéveres, no son tan difíciles!

T: Eso te da alegría

DC: Si!

T: Y por que?

DC: Como las hice bien, me doy cuenta que yo puedo hacer las cosas cuando me propongo verdad?

T: tu lo has dicho! Así es!

DC: bueno la otra semana las termino.

T: Claro que si!

DC: Dra. Tengo irme ya, tengo un partido de futbol y vivo lejos.

T: Claro que si DC! ya terminamos por hoy! Quiero felicitarte por tu desempeño en las pruebas, que te diviertas en tu partido de futbol!

DC: Si eso es lo que mas me gusta en el mundo! Sonríe...

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

### **Sesión No. 8**

En esta sesión se instruyó el paciente en una técnica de control de la emoción.

T: DC como estuvo tu semana?

DC: Muy bien!

T: Que es lo mejor que te ha pasado en esta semana?

DC: Bueno que salí con mi papá al cine, a comer, me compro unos zapatos y la pase súper chévere!

T: WOW, hiciste muchas cosas chéveres ya veo!!!

T: Ahora cuéntame que fue lo que no te gusto tanto de esta semana?

DC: ummm...Ah ya! Que me sacaron del curso por hablar! Ahhh!!! Y es que estábamos en clase y quería decirle algo del partido de futbol de la tarde a un amigo pero el no me estaba viendo que yo le quería decir algo entonces le grite para que volteara y me sacaron. Si me entiende?

T: Ok, es decir que tenias un rato tratando de llamarle la atención a tu amigo, pero como no te escuchaba o no se había dado cuenta, te levantaste en medio de la clase y hablaste en voz alta, lo llamaste por su nombre! Asi es?

DC: (risas) Si si asi fue como usted dice! Después si me di cuenta que la embarre de nuevo.

T: Y entonces te pidieron que salieras de la clase!

DC: exacto!

T: Y era muy urgente lo que tenias que decirle? O podías esperar a que terminara la clase?



“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

DC: No era tan urgente pero estaba impaciente.

T: Que es estar impaciente?

DC: No se que no puedo esperar! Que quiero decirle ya lo que tenia que decirlo.

T: como te sentias en ese momento cuando querias decirselo?

DC: Me sentia muy emocionado!!!

T: Hay alguna señal fisica, en tu cuerpo que te indique que estas tan emocionado, que no vas a contenerte y vas a gritarle a tu amigo lo que tenias que decirle en medio de la clase? Por ejemplo como mencionaste en una situación anterior, antes de pegarle o quitarle el puesto a tu compañero tu cabeza se puso caliente y te pusiste rojo.

DC: ah bueno siempre me pongo caliente y rojo cuando tengo rabia. Mis amigos me dicen y mi abuela tambien.

T: Ok! Esa es una alarma que tu cuerpo te da cuando estas molesto antes de actuar. Sabes que cuando estes ante una situacion que te haga poner de esa manera, luego te pones caliente y rojo y entonces que podría pasar?

DC: podria actuar como no debo.

T: Esta vez no fue rabia, fue mucha emoción porque tenia que ver con lo que mas te gusta que es el futbol, pero tampoco pensaste un poco antes de actuar.

DC: Si eso es lo que paso creo! Yo me pongo inquieto cuando estoy emocionado, contento, no se...(risas)

T: Inquieto? Como?

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

DC: Muevo las manos, me pongo impaciente, usted me entiende? Es que ese día yo estaba inquieto pero porque tenía que decirle a mi amigo que iba a jugar en la tarde porque el otro niño del otro curso no había venido y el profe me dijo que él iba a jugar por él. Yo estaba pensando que ya estábamos jugando los dos y estaba como emocionado por él, que casi no lo dejan jugar nunca.

T: Te entiendo completamente! Pero y si hacemos algo para calmar esa emoción, no para que se vaya si no para que no se tannnnnn grande, solo que te puedas tranquilizar y puedas actuar de otra manera que no te traiga esas consecuencias, como que te castiguen o te saquen del curso que se que no son nada cheveres, verdad?

DC: No no son nada cheveres! (risas)

T: Bueno y si te doy una idea, algo como una estrategia, para que esa impaciencia baje!

DC: Si esta bien!

T: Si en el momento que estabas pensando que estabas jugando futbol con tu amigo y pensabas que tenías que decirle a tu amigo el mensaje del profesor en ese momento y estabas muy impaciente, desesperado, con mucha inquietud, querías levantarte, gritar, hablar, etc. Y si en vez de eso, hubieras detenido el pensamiento y hubieras visualizado o pensado en una experiencia que en ese momento fuera mas relajante para ti. Sabes que quiero decir?

DC: Una experiencia relajante es algo que me relaja?

T: Eso es!

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

DC: Ah! Eso es cuando me baño en piscina, me siento tranquilo y relajado, porque si es verdad que cuando pienso en futbol me emociono demasiado aunque despues de jugar me siento tranquilo y relajado.

T: Muy bien eso!

DC: Sii esa es mi experiencia mas relajante y cuando duermo tambien, ah y tambien cuando juego domino con mi tio.

T: Y crees que si desvias ese pensamiento, esa emoción que ya sabes que si las dejas seguir te va a llevar a una conducta que va traer consecuencias negativas para ti, si piensas en otras cosas que te relajen, que crees que puede pasar?

DC: Ah bueno ese día hubiera podido pensar en que despues que ya habiamos jugado estabamos en las escaleras hablando, tranquilos y eso es relajante.

T: Entonces, quiero que me digas que harias si vuelves a pasar por una emoción asi como la de ese día?

DC: Que trato de pensar en algo que me relaje como cuando me baño en piscina o en la playa, las olas me relajan.

T: Quiero aclararte que sentir emoción por un partido no es un problema, no hay nada malo en eso, lo que no esta bien es que las emociones sean cual sean se te lleven a los extremos. Eso se llama Control de las emociones. Debes vivirlas, sentirlas pero debes buscar una manera de estabilizarlas, como buscar un equilibrio en ellas. Por ejemplo es imposible no sentir rabia alguna vez solo que no debe subir al 100% de la intensidad por que ella te lleva a hacer cosas que no debemos.

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

## 5.0. **Marco Teórico**

### 5.1. **Aspectos Históricos**

Los antecedentes del concepto de TDAH podemos hallarlos en la cultura anglosajona, por un lado, en los escritos de Crichton (1798), en ellos, se habla de la atención, de los trastornos de la atención y se da una descripción de la “alteración mórbida” entendida como la incapacidad de atender con la constancia adecuada sobre cualquier objeto. Por otro lado, Clouston (1899) habla de la hiperexcitabilidad que la describe como la excesiva reactividad a estímulos emocionales y mentales, este trastorno ha sido considerado como el precedente de la hiperactividad.

Otro precedente de este trastorno lo podemos encontrar en la obra del psiquiatra alemán Hoffman (1845), un libro de poemas infantiles en la que el autor realiza una descripción de dos casos de TDAH que corresponden a dos personajes de dos poemas distintos, un niño que presentaba todas las características del predominio hiperactivo-impulsivo y otro niño con predominio inatento.

Por otro lado, en Francia, Bourneville (1897) en su libro sobre tratamiento médico y pedagógico describe un tipo de niños con importantes déficits a nivel cognitivo que presentan inquietud psicomotora, inatención y desobediencia.

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

En la misma línea Demoor (1901), en Alemania, introduce el concepto “corea mental” que él define como un problema que presentan algunos niños y que consiste en los cambios bruscos del estado de ánimo, déficits en la inhibición conductual y en la atención sostenida, necesidad de movimiento de manera constante y necesidad de cambios en su entorno.

El TDAH fue descrito por primera vez por el pediatra inglés Still (1902) en tres conferencias realizadas en Londres, lo definió como un síndrome que se manifiesta en niños y que se caracteriza por la presencia de conductas impulsivas y agresivas y labilidad emocional asociadas a la falta de atención. Estos comportamientos según Still, tenían su origen en “defectos del control moral” que se relacionaban con la moral familiar y con malformaciones congénitas.

Unos años más tarde, Philippe y Boncourt (1907) comienzan a hablar del “escolar inestable” y lo describen como aquel niño que presenta dificultades de aprendizaje relacionadas con déficits atencionales para escuchar, responder y comprender. Estos autores introducen el aspecto neuropsicológico de los trastornos específicos del desarrollo psicológico infantil.

Asimismo, Tredgold (1908) señaló que las conductas desordenadas del TDAH podrían estar causadas por una disfunción cerebral adquirida durante el periodo perinatal que afecta al área del comportamiento.

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

El primer autor que atribuye a la hiperactividad la etiqueta de síndrome es Heuyer (1914) en su tesis titulada “Los niños anormales y los delincuentes juveniles”. En ésta, el autor señala la asociación entre un determinado número de síntomas como son el déficit de atención, la hiperactividad, el comportamiento perverso con un pronóstico negativo, ya que según Heuyer estos síntomas describen una serie de etapas de inadaptación familiar, escolar y socio-laboral que llevaría a estos niños a la delincuencia y al vagabundeo.

A partir de la epidemia mundial de encefalitis letárgica durante el 1917 y 1918, millones de personas quedaron afectadas por alteraciones neurológicas. La descripción clínica de esta epidemia en niños y adolescentes como era la hiperactividad, problemas de atención y memoria e inestabilidad emocional (Ebaugh, 1923; Hohman, 1922; Streker y Ebaugh, 1924) se asemejaba a la realizada por Still para los pacientes con TDAH.

Más tarde, el psicólogo francés Wallon (1925) describe cuatro estadios del desarrollo psicomotor del niño: el impulsivo, el emotivo, el sensoromotor y el proyectivo, para este autor es necesario que el niño supere todos los estadios para tomar conciencia de sí mismo y adquirir la inteligencia práctica. Para Wallon la hiperactividad supone que no se ha finalizado alguno de estos estadios del desarrollo motor de manera adecuada.

Por otro lado, Vermeyleylen (1926) realizó el primer estudio en el que se introdujeron variables de tipo neurocognitivo, asimismo, fue el primero en plantear la etiopatogenia psicogenética de la hiperactividad.

Éste propuso dos categorías de niños: los armónicos y los disarmónicos.

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

Señalaba que los niños disarmónicos, los niños hiperactivos se encontrarían dentro de este grupo, obtendrían unos resultados más pobres en las pruebas que medían concentración y puntuaciones mejores en las pruebas que medían memoria, razonamiento e imaginación.

Los autores Kramer y Pollnow (1930) señalaron dentro de la psicosis infantil un síndrome al que denominaron “trastorno hiperkinético” de origen desconocido que consistía en problemas para articular el habla, distrabilidad e inquietud extrema.

A partir de los hallazgos de Khan y Cohen (1934) se consideró el TDAH como resultado de un daño en el cerebro por lo que comenzó a denominarse “síndrome de lesión cerebral humana”. Estos autores encontraron síntomas similares a los del TDAH en niños que habían padecido lesiones o infecciones cerebrales.

Por otra parte, Bradley (1937) utilizó la benzedrina, un derivado anfetamínico, en el tratamiento de los niños hiperactivos y descubrió que resultaba eficaz para mejorar los síntomas de atención y el comportamiento de los niños con TDAH.

Strauss y Lehtinen (1947) introdujeron el término “síndrome de disfunción cerebral infantil” con el que describieron a aquellos niños con trastornos de conducta en los que no se apreciaba patología cerebral alguna lo que hizo resaltar el papel de los factores neurológicos como causa de las alteraciones comportamentales de estos niños. Más tarde, este término pasó a denominarse “daño cerebral mínimo” ya que los problemas que presentaban estos niños no estaban siempre causados por discapacidades psíquicas o lesiones cerebrales, con el tiempo y a falta de evidencias, el término se convirtió en “disfunción cerebral mínima” (Burks, 1960;

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

Mackeith y Bax, 1963; Paine, Werry y Quay, 1968). Clements y Peters (1962) describieron la “disfunción cerebral mínima” como aquella caracterizada por hiperactividad, déficit de atención, bajo control de impulsos, agresividad, fracaso escolar y labilidad emocional.

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en la segunda edición (DSM-II), la Asociación Americana de Psiquiatría (1968) introduce el término “reacción hipercinética de la infancia y la adolescencia”, esta denominación se centra en las características motoras del trastorno.

Más tarde, Douglas (1972) señaló que la dificultad de mantener la atención y la impulsividad, asociadas a una deficiente autorregulación, era la clave de estos trastornos, a partir de los trabajos de esta autora se abandona la sobreactividad motora como síntoma clave y los aspectos conductuales centrándose en la parte cognitiva del trastorno.

La Organización Mundial de la Salud en la Clasificación Internacional de Enfermedades en la novena versión, la CIE-9 (OMS, 1975), utiliza el término “trastorno hipercinético de la infancia” para denominar a este trastorno. Por otra parte, en la décima versión, la CIE-10 (OMS, 1992), se propone el término “trastornos hipercinéticos” que se incluye dentro del apartado trastornos de comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia de dicha clasificación.



“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

A partir del DSM-III (APA, 1980) se introduce el término “déficit de atención con y sin hiperactividad” que se centra en los aspectos cognitivos, en concreto, en los problemas atencionales. En el DSM-III-R (APA, 1987) sólo se establecieron los criterios diagnósticos para el “déficit de atención con hiperactividad”, dejando apartado el término “déficit de atención sin hiperactividad”.

Asimismo, en el DSM-IV (APA, 1994) se mantiene únicamente el término “déficit de atención con hiperactividad” y se introducen tres subtipos (inatento, hiperactivo-impulsivo y combinado) que se mantienen en la revisión, en el DSM-IV-TR (APA, 2000). En 2013, aparece la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. El DSM-5 ha actualizado la definición del trastorno para describir con mayor precisión la experiencia de los adultos afectados, a través de la adaptación de los criterios para los adultos, el DSM-5 (APA, 2013) tiene por objeto garantizar que los niños puedan continuar recibiendo atención durante toda su vida, si fuera necesario.

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

A continuación, en la Tabla 1 vamos a destacar la conceptualización del TDAH a lo largo del tiempo desde la primera descripción realizada por Still (1902) hasta nuestros días.

Resumen de la evolución histórica del concepto de TDAH.

Autores, año	Concepto
Still (1902)	Defectos del Control Moral.
Philippe y Boncour (1907)	Escolar Inestable.
Tredgold (1908)	Deficientes Mentales, grupo de no idiotas.
Hohman (1922) Ebaugh (1923)	Síndrome de Inestabilidad Psicomotriz.
Streker y Ebaugh (1924)	Trastorno de Conducta Postencefálico.
Khan y Cohen (1934)	Síndrome de Impulsividad Orgánica.
Strauss y Lethinen (1947)	Síndrome de Lesión Cerebral.
Clements y Peters (1962)	Disfunción Cerebral Mínima.
DSM-II (1968)	Reacción Hiperkinética en la infancia y la adolescencia.
Douglas (1972)	Déficit Atencional.
OMS( 1975): CIE-9	Síndrome Hiperkinético de la Infancia.
APA (1980): DSM-III	Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad.
APA(1987): DSM-III-R	Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.
OMS (1992): CIE-10	Trastornos Hiperkinéticos.
APA (1994): DSM-IV APA (2000): DSM-IV-TR APA (2014): DSM-5	Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.

Tabla 1.

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

## 5. 2. Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)

Hay niños revoltosos, inquietos, movidos, nerviosos pero a veces atrás de un niño que no esta quieto se esconde un problema mucho más amplio y complejo y que no tiene nada que ver con el niño simplemente travieso. Es el caso de los niños con Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad.

La hiperactividad infantil es bastante frecuente, se calcula que afecta a un 3-5 % de los niños menores de 7 años y es más común entre los niños que en las niñas, hay cuatro niños hiperactivos por cada niña. (Barkley1998).

La OMS (Organización Mundial de la Salud) define este síndrome como:

*“Se caracteriza por la distractibilidad, la desinhibición, la impulsividad, la hiperactividad, los cambios marcados de humor y la agresividad”*

Barkley (1998) la define de la siguiente manera: *"comporta una deficiencia significativa en la atención propia de la edad, en el control de los impulsos y en la conducta según las normas establecidas (obediencia, autocontrol y resolución de problemas)".*

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

La conducta hiperactiva es desorganizada y caótica, su característica principal es la falta de atención y la inquietud a un nivel excesivamente alto para un niño. Dicha conducta, además va generalmente ligada a una tendencia impulsiva, rasgo muy común en este tipo de trastorno.

Liliana Vilches (1987) define impulsividad como: *“tendencia a actuar brusca, inmediata, irreflexiva e irracionalmente, con perdida del control e instintiva”*.

Por otra parte Dickman (1993) la plantea como: *“tendencia a actuar con una menor previsión de las consecuencias de nuestros actos”*. Además distingue entre una impulsividad funcional y otra disfuncional. La primera, se refiere a conductas de falta de previsión que han recibido contingencias positivas asiduamente (en otras palabras, han sido reforzadas por el medio. La disfuncional, en cambio, es la impulsividad que aún recibido mucha estimulación aversiva se mantiene.

Los niños hiperactivos por tanto tienen una actividad motora intensa sin ningún propósito en especial. Esta sobreactividad aumenta cuando están en presencia de personas con las que no mantienen relaciones frecuentes y disminuye cuando están solos.

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

En el último periodo de la infancia los signos de actividad motora son menos frecuentes y tienden a desaparecer en la adolescencia y la madurez. Sin embargo, se estima que más del 80% de los niños que presentan el trastorno TDHA, continuarán presentándolo en la adolescencia, y entre el 30 y el 65% lo presentarán también en la edad adulta (Barckley, R. 1995).

En los casos en los que esto ocurre, los síntomas de hiperactividad toman forma de inquietud y dificultad en el desarrollo de actividades relajadas pero ya no se habla de un trastorno.

Es importante destacar que las manifestaciones del síndrome varían notablemente a lo largo de la vida.

Hasta los cinco años estos niños suelen presentar un desarrollo motor precoz, comienzo temprano de la deambulación y en general son descritos por los padres como niños inquietos, como impulsados por un motor. Son niños de fáciles rabietas, buscan constantemente la atención, no parecen tener noción de peligro, curiosidad insaciable y excesiva actividad motora; son además desobedientes, opositoristas y desafiantes.

Es en la edad escolar donde se detectan más frecuentemente los niños con TDAH, es además cuando comienzan a presentar problemas en la adquisición y aprendizaje de la lectoescritura lo que redundará en un principio de fracaso escolar que se agudizará más cuanto más se fuerce al niño sin tratamiento adecuado.

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

Existen datos que nos hablan de que aproximadamente un 21% de los niños hiperactivos de 9 y 10 años reciben clases de educación especial, un 42% ya han repetido curso, y hasta un 81% necesita ayuda diaria para hacer los deberes.

En la adolescencia todo cambia. La hiperactividad suele disminuir notablemente hasta llegar a una sensación subjetiva de inquietud, pero todavía el 70% siguen presentando problemas de atención e impulsividad.(Barckley, R. 1995).

Los estudios longitudinales parecen estar esta vez de acuerdo, en que la hiperactividad de los adolescentes se desplaza hacia trastornos de conducta, alrededor de un 43 % con el peligro de las conductas de riesgo como adicciones, acciones predelictivas, abandono escolar, accidentes etc.

Algunos estudios asocian la influencia del TDAH en la edad adulta a problemas como el alcoholismo, abuso de sustancias o conducta antisocial. También a un aumento en desórdenes psiquiátricos, menor nivel socioeconómico, coeficiente intelectual más bajo, mayor índice de fracasos matrimoniales.

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

### **5.3. Etiología del TDAH**

La Etiología del cuadro así como su diagnóstico es bastante compleja. No hay ningún factor presente en la totalidad de los niños hiperactivos, y muchas de las conductas que se repiten tienen orígenes distintos en cada uno de los casos. Se estima que las causas están determinadas en función de si son atribuidas a factores endógenos básicamente genéticos, exógenos pre, peri y post natales, como elementos o factores ambientales como la familia, el nivel sociocultural, la escuela, la contaminación, etc. (Barkley1998)

Se pueden considerar diversos factores:

#### **5.3.1. Aspectos Genéticos**

La etiología de este trastorno es desconocida, y probablemente intervengan factores genéticos y ambientales. Indudablemente, el THDA tiene un intenso componente genético. Los estudios realizados en los últimos 30 años revelan una heredabilidad de 0,6- 0,9. Otros estudios más recientes efectuados en gemelos apuntan incluso valores dicigóticos. Otros estudios de análisis familiar revelan que los padres de hijos con THDA tienen un riesgo de 2- 8 veces más que la población general de sufrir también este trastorno. Del mismo modo, los familiares de niños con THDA tienen una mayor prevalencia de trastornos neuropsiquiátricos como la personalidad antisocial, los trastornos del estado de ánimo, el trastorno disocial, los trastornos obsesivo- compulsivos, los trastornos por ansiedad y el abuso de sustancias.

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

Esta circunstancia se ha puesto en evidencia de forma contundente al estudiar a los padres biológicos de niños adoptados que sufren este trastorno; la incidencia de patrones psicopatológicos es claramente superior en los padres biológicos que en los adoptivos.

Por este motivo se han propuesto múltiples teorías genéticas que intentan justificar una transmisión asociada o simultánea del THDA con otras patologías psiquiátricas.

La transmisión familiar ha mostrado diferente penetrancia en relación con el sexo. Aunque es muy frecuente encontrar familias con numerosos varones afectados en diferentes generaciones, cuando una niña es diagnosticada de THDA, los antecedentes familiares positivos son más prevalentes que cuando el diagnóstico se efectúa en un varón.

Para este “efecto umbral propio del sexo” como lo definen Popper y West 1996, se proponen diferentes teorías:

- Una menor penetrancia para la expresión clínica en niñas.
- Diferencias del estilo cognitivo o de la comorbilidad.
- Diferencias de la propia sintomatología del THDA.
- Diferencias etiológicas.

Aunque para explicar genéticamente esta patología se ha apuntado la presencia de una patrón de herencia monogénico en algún estudio, por ejemplo la asociación con carácter autosómico dominante ligado al cromosoma 20 (estudio de Hess y colaboradores en 1995), los estudios de



“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

segregación familiar más recientes señalan un patrón poligénico como base genética del THDA.

Partiendo del beneficio terapéutico obtenido con sustancias dopaminérgicas como los psicoestimulantes, las primeras investigaciones en la genética molecular se dirigieron hacia los genes relacionados con la transmisión dopaminérgica.

El defecto podría situarse en el gen para el transportador de la dopamina (DAT1) en el cromosoma 5p15.3, el cual inactivaría al neurotransmisor posiblemente por la elevada afinidad por el mismo y una menor recaptación de dopamina por la neurona presináptica (Popper y West 1996). Otra posibilidad se situaría a nivel del gen para el receptor de la dopamina (DRD4) en el cromosoma 11p15.5, que codificaría un receptor postsináptico disfuncional, con menor sensibilidad a la dopamina del espacio sináptico.

Esta teoría explicaría desde el punto de vista terapéutico el beneficio de estos pacientes con agonistas dopaminérgicos como los estimulantes. Por otro lado, desde un punto de vista diagnóstico y neurorradiológico justificaría claramente las diferencias observadas entre los niños con THDA y la población en general. Así, los estudios funcionales (SPECT, PET) ponen de manifiesto una actividad reducida de las vías frontoestriatales, ricas en terminaciones dopaminérgicas. Los estudios volumétricos mediante RM cerebral revelan un volumen menor que los controles sanos a nivel de los lóbulos frontales, ganglios basales y alguna región del cuerpo calloso.

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

### 5.3.2 Aspectos Neurológicos

Apoyándonos en la misma teoría dopaminérgica, habría que presuponer que cualquier alteración lesiva de las vías frontoestriatales puede justificar una situación clínica similar. La alteración de base infecciosa, traumática o isquémico-hemorrágica de las vías dopaminérgicas, especialmente de los lóbulos frontales, se han asociado históricamente al THDA. La presencia de pacientes inquietos que han sufrido TCE severos fue apuntada a principios del pasado siglo por Meyer. Igualmente, su posible relación con infecciones del sistema nervioso central fue ya señalada por Homan en 1922 y Bender en 1942. Esta percepción se mantiene en la práctica neuropediátrica habitual en nuestros días.

Igualmente, las lesiones pre o perinatales pueden lesionar selectivamente las neuronas de las vías frontoestriatales. Esta circunstancia puede justificar la presencia de hiperactividad y déficit de atención en pretérminos, niños con antecedente de anoxia o con bajo peso al nacer.

La prematuridad y el bajo peso al nacer se han asociado con frecuencias entre el 20 y el 30% a hiperactividad y déficit de atención.

La presencia de dificultades escolares supera el 50% de los casos en niños con peso inferior a 1000gr. Estos hallazgos probablemente ponen de manifiesto la lesión selectiva de ganglios basales y lóbulos frontales, aunque otros factores como las complicaciones postnatales y los tratamientos empleados en estos niños pueden posteriormente contribuir a la sintomatología.

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

Del mismo modo, la exposición mantenida toxinas cerebrales como el tabaco, el plomo, el alcohol o la cocaína pueden favorecer, e incluso justificar, la sintomatología a estudio.

El síndrome de alcohol fetal asocia rasgos físicos peculiares, retraso mental o nivel cognitivo medio- bajo, y con mucha frecuencia, síntomas de hiperactividad, déficit de atención e impulsividad.

Esta relación clínica se ha observado también en madres fumadoras o con exposición al humo del tabaco durante la gestación.

La relación entre el consumo de tabaco durante el embarazo y la mayor prevalencia de trastornos comportamentales o alteraciones del desarrollo cognitivo en el niño se ha reflejado con frecuencia en la literatura médica con independencia de la mayor frecuencia de bajo peso o la mayor predisposición a complicaciones perinatales en el hijo de madre fumadora.

A este factor, algunos autores suman un componente adicional; la madre que fuma durante el embarazo a pesar de conocer los efectos nocivos para el niño probablemente tenga una falta de autocontrol o una “tendencia compulsiva” por el tabaco, rasgos que estos autores asocian a la propia hiperactividad. (Barkley1998).

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

Numerosos estudios han relacionado la exposición pre o postnatal al plomo como una causa posible del THDA. Esta exposición puede preceder la sintomatología característica de este trastorno, así como otros déficit cognitivos. Dos estudios han puesto en evidencia la clara relación entre los niveles de plomo en sangre u otros tejidos con el cociente de inteligencia en estos niños o la puntuaciones obtenidas en las escalas comportamentales. Igualmente, se ha propuesto la relación entre la prevalencia de “hiperactividad” y el área geográfica, dependiendo de la exposición a plomo en cada región topográfica.

### **5.3.3. Aspectos Médicos**

A los factores genéticos y neurológicos se suman numerosos factores no estrictamente neuropatológicos que pueden explicar la hiperactividad y el déficit de atención.

El THDA se ha relacionado con la resistencia generalizada a la hormona tiroidea. El 50% de los pacientes con esta resistencia muestran síntomas compatibles con el THDA.

Esta alteración se origina en la mutación autosómica dominante del receptor humano para la hormona, localizado en el cromosoma 3. Se propone como explicación etiopatogénica la asociación a alteraciones cerebrales acontecidas durante el neurodesarrollo fetal en estos niños. Esta teoría se apoya además en la presencia de alteraciones del lóbulo temporal o de la cisura de Silvio en pacientes con resistencia a la hormona tiroidea.

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

Sin embargo, la prevalencia de esta patología es tan baja, que escasamente puede justificar el propio THDA, y aún menos la sistematización de estudios de resistencia a la hormona en esta población. Igualmente se ha observado una mayor prevalencia de THDA en niños con desnutrición grave durante los primeros meses de vida. (Dietrich M. 1998)

En este grupo, más del 50% de los niños mostrarán hiperactividad y déficit de atención incluso en edades avanzadas. El origen de esta asociación se sitúa en la necesidad de un correcto aporte cuali y cuantitativo en la dieta del lactante para el buen desarrollo del sistema nervioso central, aunque de nuevo puedan añadirse factores ambientales y sociales a esta teoría.

Finalmente, la relación entre los trastornos neuropsiquiátricos autoinmunes asociados con infecciones estreptocócicas (Gilles de la Tourette, trastorno obsesivo -compulsivo) y la hiperactividad, ha promovido nuevas hipótesis que relacionan al propio THDA con bases autoinmunológicas relacionadas con los estreptococos. Estas teorías no han podido ser aclaradas en niños hiperactivos.

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

#### **5.3.4. Influencias Ambientales**

Hay factores físicos que han sido considerados como causas como por ejemplo el clima, la iluminación fluorescente, pero carecen de fundamentación empírica. Sin embargo hay evidencias que indican que el plomo y los aditivos alimenticios tienen cierta influencia en las conductas hiperactivas.

##### ***A) Plomo ambiental:***

El plomo está presente en el aire y los nutrientes contaminándolos. En gran cantidad puede causar encefalopatías graves en los niños. Los afectados que sobreviven a una intoxicación de plomo sufren secuelas neurológicas permanentes y deterioros cognitivos y conductuales.

Evidentemente es complicado demostrar la influencia del plomo entre las causas de la conducta hiperactiva, pero parece ser que las pruebas apoyan una relación entre niveles de plomo elevados y deterioro cognitivo.

***B) Alimentación: aditivos, colorantes y azúcares.*** Los productos químicos que contienen los aditivos alimenticios han sido relacionados

con diversas formas de cáncer, esquizofrenia, depresión y enfermedades cardiovasculares. En algunas pruebas entre un 30 y un 50% de los niños con TDAH mostraban una gran mejoría cuando no tomaban aditivos en su dieta alimenticia.

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

Tampoco existen datos empíricos fiables, por otra parte, muchos de estos aditivos contienen un nivel alto de azúcar y se ha sugerido que esto también podría ser un factor causal. Hay dos nociones principales que guían la investigación de la dieta como causa del TDAH. Feingold, 1975. Decía que los niños hiperactivos son especialmente sensibles a los componentes tóxicos de los colorantes artificiales, ciertos conservantes y silicatos naturales.

Una teoría presentada por muchos ecologistas clínicos sugiere que los niños hiperactivos son alérgicos en su mayoría a diferentes alimentos como la leche, los cereales, los huevos o el azúcar.

Diversos estudios indican que la dieta puede ser beneficiosa pero que generalmente actúa como placebo. Los colorantes no contribuyen de forma significativa a la hiperactividad ni tampoco la originan.

### **5.3.5 Factores psicosociales**

Los factores psicosociales parecen influir en la evolución del trastorno más que en su origen, entre éstos nos encontramos principalmente la inestabilidad familiar, los trastornos psiquiátricos en los progenitores, problemas con los iguales, paternidad y estilo de crianza inadecuado, las relaciones negativas entre padres e hijos, los niños institucionalizados y adoptados y familias con un bajo nivel socioeconómico (Thapar, Cooper, Jefferies y Stergiakouli, 2012).

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

Algunos estudios sitúan la importancia de variables de protección como son la vinculación familiar, la ausencia de conflictos familiares, la dedicación por parte de los padres en la crianza de los hijos, el estilo educativo (Raya, Herreruzo y Pino, 2008) en las familias de los niños que puedan presentar TDAH.

La diversidad de factores que se encuentran relacionados con el origen del TDAH tanto los procedentes de la herencia genética como los adquiridos durante el desarrollo humano permite hacer una idea de la complejidad del trastorno a la hora de establecer el diagnóstico y tratamiento así como de su prevención. Los factores de riesgo y los factores protectores van a jugar un papel destacado en este tipo de trastornos.

#### **5.4. Modelos teóricos explicativos actuales del TDAH**

A lo largo de la literatura podemos encontrar diversas clasificaciones y modelos que explican el mecanismo etiológico del TDAH, por ello, vamos a destacar los modelos actuales que se apoyan en estudios recientes siguiendo tres líneas de trabajo principales. Por un lado, vamos a señalar los autores que se basan en la hipótesis cognitiva, por otro lado, destacaremos aquellos estudios que se centran en la hipótesis motivacional y, por último, nos centraremos en las hipótesis basadas en dos o más vías.



“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

#### **5.4.1. Modelos basados en la hipótesis de procesos cognitivos**

Los modelos que se basan en la hipótesis cognitiva plantean que las alteraciones neuroanatómicas y neurofuncionales de los pacientes con TDAH se deben al déficit en una o varias de las funciones ejecutivas.

Diversos estudios sugieren que los síntomas del TDAH se deben a un déficit primario en las funciones ejecutivas. El lóbulo frontal es la estructura cerebral encargada de tomar la información de todas las demás estructuras del cerebro y coordinarlas para actuar de forma conjunta (Golberg, 2002). Entre las funciones ejecutivas relacionadas con el área prefrontal del lóbulo frontal nos encontramos las siguientes: motivación, atención sostenida, flexibilidad cognitiva, memoria de trabajo, razonamiento, formación de conceptos, regulación emocional y control de impulsos. Estas funciones son entendidas como aquellas capacidades que permiten planificar, organizar, dirigir la conducta hacia un objetivo, centrarse en una tarea, inhibir las distracciones, permite la flexibilidad y la autorregulación incluyendo componentes conductuales y motivacionales.

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

Como podemos observar estas funciones se diversifican en distintas capacidades que permiten el adecuado desempeño de distintas tareas y la adaptación al entorno.

En la revisión realizada por Willcutt, Doyle, Nigg, Faraone y Pennington (2005) los resultados de distintos estudios señalan un deterioro significativo en todas las áreas de la función ejecutiva, sobre todo, en las medidas de inhibición de respuesta, vigilancia, memoria de trabajo y planificación en los pacientes con TDAH.

En esta línea, el Modelo de Autorregulación de Barkley (1997) propone que el principal factor que explica el deterioro que se produce en el TDAH es un déficit en la inhibición de respuesta, este déficit involucra tres procesos que están relacionados entre sí: la inhibición de la respuesta prepotente inicial a un evento, la interrupción de una respuesta en curso y la protección frente a las distracciones. La inhibición incluye la alteración secundaria de cuatro habilidades ejecutivas y de control motor, estas son: la memoria de trabajo, la autorregulación del afecto-motivación-activación, la internalización de expresión y la reconstitución (el análisis del comportamiento y la síntesis).

Otros de los modelos basados en la hipótesis cognitiva es el Modelo Cognitivo-energético (Sergeant, 2000; Sergeant, Oosterlaan y Van Deer Meere, 1999), se basa en la idea de que los factores energéticos son fundamentales para explicar los déficits de rendimiento de los niños con TDAH.

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

Éste modelo presenta tres niveles: el primer nivel es el cognitivo e incluye los mecanismos computacionales de la atención; el segundo nivel es el arousal, la activación y el esfuerzo y, el tercer nivel que es de control y está relacionado con el funcionamiento ejecutivo.

Aunque encontramos numerosas evidencias a favor de la función deficiente del lóbulo frontal en el TDAH, se desconocen cuáles son exactamente los déficit neuropsicológicos básicos que presenta (Sánchez-Carpintero y Narbona, 2001).

#### **5.4.2. Modelos basados en la hipótesis de procesos emocionales**

Cuando hablamos de los modelos basados en la hipótesis de los procesos emocionales nos centramos en los trabajos que explican el TDAH a partir de la alteración de los procesos asociados al sistema de recompensa debido a la afectación en los circuitos estriado-talámico-corticales, en concreto, nos referimos a las vías neuronales que conectan la región del estriado ventral (especialmente el núcleo accumbens) con regiones de la corteza frontal y orbito-frontal.

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

Estos modelos surgen a partir de las deficiencias de los modelos cognitivos a la hora de explicar las características cognitivo-conductuales de pacientes con TDAH.

El Modelo de Aversión a la Demora de Sonuga-Barke, Taylor, Sembi y Smith (1992), indica que los niños con TDAH, por un lado, presentan preferencia por la recompensa inmediata, aunque sea pequeña, que la recompensa mayor pero demorada, les resulta muy difícil posponer las recompensas, por otro lado, tienen dificultad para trabajar adecuadamente durante largos periodos de tiempo.

Resultados similares presentan varios estudios cuyos hallazgos señalan que los niños que presentan TDAH tienen dificultad para esperar recompensas o estímulos que les motiven y para trabajar durante un espacio de tiempo prologado en comparación con niños controles (Kuntsi, Oosterlaan y Stevenson, 2001; Luman, Oosterlaan y Sergeant, 2005; Scheres, Milham, Knutso y Castellanos, 2007; Tripp y Alsop, 2001).

#### **5.4.3 Modelos basados en la hipótesis de dos o más vías**

Actualmente están surgiendo otros modelos cuya explicación sobre la etiología del TDAH la basan en la heterogeneidad del trastorno, por ello, señalan la existencia de dos vías o más vías asociadas a distintos mecanismos neurobiológicos cognitivos y afectivos en la explicación de la sintomatología del TDAH.

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

Uno de los modelos basados en la doble vía es el Modelo Dual de Sonuga-Barke (2002, 2003), éste es una ampliación del Modelo de Aversión a la Demora, anteriormente señalado, se basa en la alteración de los circuitos de recompensa y a la vez contempla un déficit ejecutivo en la capacidad de control inhibitorio de la conducta.

Por otro lado, el Modelo de Nigg y Casey (2005) señala que las deficiencias en el desarrollo de las operaciones realizadas por el circuito fronto-estriado y el circuito fronto- cerebral que se encargan de detectar y predecir cuándo se producen los eventos importantes en el contexto y su interacción con el circuito fronto-amígdala en la asignación de significado emocional a estos eventos, podrían disminuir el desarrollo del control cognitivo y afectivo y otras operaciones mentales mediadas por la corteza prefrontal, el resultado de estas alteraciones podría explicar los síntomas que encontramos en los niños con TDAH.

Éstos y otros trabajos de investigación están proponiendo diversos planteamientos para explicar el origen del TDAH, en realidad no se trata de modelos contrapuestos, más bien nos encontramos ante modelos que se complementan en la explicación de la etiología del TDAH que debido a sus características, heterogeneidad y particularidad en la sintomatología que presentan los pacientes, hace muy difícil llegar a una explicación consensuada por parte de los diversos autores que estudian su origen.

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

### 5.5 Epidemiología del TDAH

El TDAH representa uno de los trastornos psiquiátricos más prevalentes que se presenta durante la infancia (Cardo et al., 2011) en los distintos países y culturas, asimismo, se entiende como una enfermedad que abarca todo el ciclo vital.

Según el DSM-IV-TR (APA, 2000) se estima que la tasa de prevalencia se sitúa entre 3 y 7% de niños en edad escolar. En la revisión realizada por Polanczyk et al. (2007) los datos de prevalencia mundial se sitúan en torno al 5,29%. En España, estos datos son similares, entre el 3 y 6% (Criado-Álvarez y Romo-Barrientos, 2003), así los estudios más recientes sobre el número de casos que presentan TDAH encuentran los siguientes resultados: Cardo, Servera y Llobera (2007) en Mallorca sobre una muestra de 1.509 niños de entre 6 a 11 años, hallaron una tasa de prevalencia del 4,6%; Rodríguez et al. (2009) en Castilla y León encontró una tasa del 6,66% en una muestra de 1.095 niños y adolescentes de entre 6 y 16 años y en el estudio realizado por Jiménez, Rodríguez, Camacho, Afonso y Artiles (2012) en Canarias en una muestra de 2.365 alumnos de entre 6 y 12 años se presentó un porcentaje de prevalencia del 4,9%. Hay que tener en cuenta que estas cifras sobre prevalencia varían en función de la clasificación diagnóstica utilizada, el origen de la muestra, la persona que informa, la metodología, así como el sexo y la edad del paciente.

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

Por otra parte, los datos epidemiológicos señalan que el trastorno se presenta con mayor frecuencia y severidad respecto a los síntomas entre niños que entre niñas, la ratio oscila entre 4:1 en muestras comunitarias y 9:1 en niños en edad escolar en muestras clínicas (APA, 1994). En función del subtipo, el combinado es el más frecuente en ambos sexos seguido del inatento y, por último, el hiperactivo. Asimismo, el subtipo inatento es más frecuente en niñas que en niños (Pineda, Lopera, Henao, Palacio y Castellanos, 2001).

Respecto a la evolución del trastorno varios autores señalan que se mantiene constante a lo largo de la adolescencia y la edad adulta (Aragón et al., 2010) aunque los síntomas tienden a atenuarse con la edad, sobre todo los síntomas de hiperactividad.

Vamos a continuar este capítulo presentando otra de las características más frecuentes en el TDAH, como es la presentación de otros trastornos asociados que complican los síntomas nucleares y deterioran aún más la calidad de vida de estos pacientes.

**5.6. Comorbilidad del TDAH con otros trastornos.** Diversos estudios hallados señalan que el TDAH presenta algún trastorno psiquiátrico comórbido (Ambrosini, Bennett y Elia, 2013; Díez, Figueroa y Soutullo, 2007). Según varios autores los trastornos más frecuentes son los trastornos emocionales (ansiedad, del estado de ánimo), los trastornos de aprendizaje y los trastornos del comportamiento (negativista desafiante y disocial). La presencia de comorbilidad influye sobre el diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento del TDAH (Jensen et al., 2001).

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

### 5.6.1. Trastornos emocionales

La tasa de niños con TDAH deprimidos según algunos autores se eleva hasta el 57% de los casos (Angold y Costello, 1993) esta comorbilidad conlleva mayores niveles de deterioro psicosocial (Biederman et al., 2008) ya que la sintomatología propia del TDAH empeora de manera significativa.

Generalmente los síntomas depresivos en estos niños se asocian con baja autoestima, estado de ánimo irritable, pérdida de interés o placer en las actividades, cambios de apetito y de peso, fatiga, sentimientos de inutilidad, culpa y dificultades de sueño (Spencer, Biederman y Mick, 2007). Estos síntomas depresivos varían en función de la edad y el sexo del paciente. Entre los 6 y 12 años se presentan especialmente síntomas relacionados con la irritabilidad, timidez, enuresis, encopresis, terrores nocturnos e inseguridad principalmente (Mesman, Bongers y Koot, 2001). En las niñas el trastorno depresivo tiene un inicio más temprano, mayor duración y complicación que en los niños (Pliska, 2003).

Por otro lado, la comorbilidad del TDAH con los trastornos de ansiedad se presenta en torno a un 20-25% (Pliszka, 1998; Tannock, Ickowicz y Schachar, 1995) según algunos autores, los síntomas ansiosos que podemos encontrar en estos pacientes son principalmente miedo a dormir solos, separarse de los padres, preocupación excesiva por la salud de su familia y malestar físico, así los trastorno de ansiedad más frecuentes son el trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno de ansiedad por separación.



“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

Estos síntomas se presentan en mayor proporción en niñas y en el subtipo inatento (Díez et al., 2007). Los niños con TDAH y ansiedad presentan una peor adaptación a su entorno escolar y personal y un deterioro de las relaciones familiares y con los iguales, aunque las características de este trastorno comórbido pueden hacer disminuir la impulsividad de estos pacientes.

#### **5.6.2. Trastorno de aprendizaje y de la comunicación**

Alrededor del 70% de los niños con TDAH presentan dificultades de aprendizaje (Mayes, Calhoun y Crowell, 2000), estas dificultades se contemplan en la lectoescritura: problemas de comprensión de textos, escriben textos con menor número de palabras, utilizan frases cortas, cometen más errores sintácticos y repiten las mismas palabras, la grafía es irregular, los textos descuidados, por lo tanto, sus composiciones escritas son de peor calidad (Miranda, Baixauli y Colomer, 2013), la velocidad lectora es inadecuada, las dificultades en el lenguaje se observan en el uso del vocabulario ya que utilizan menos palabras y dificultades en la fluidez verbal.

Por otra parte, encontramos dificultades en la asignatura de matemáticas: problemas para realizar el cálculo, elección adecuada de reglas mnemotécnicas y dificultad para la resolución de problemas por la carencia de atención, organización y planificación que requieren (DuPaul y Volpe, 2009).

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

Estas dificultades y carencias se observan en el bajo rendimiento académico (Birchwood y Daley, 2012) que en ocasiones les lleva a repetir curso y al fracaso escolar (Biederman et al., 2004).

### 5.6.3. Trastornos del comportamiento

Los trastornos del comportamiento se presentan entre el 30 y el 50% de los niños con TDAH (Biederman, Newcorn y Sprich, 1991). Por un lado, el trastorno más comórbido con el TDAH es el negativista desafiante que se presenta en el 10% de los casos (Angold, Costello y Erkanli, 1999). Las conductas más frecuente se traducen en comportamientos disruptivos como desobediencia, molestar a los iguales, pelearse, hablar de manera excesiva, reclamar atención de manera constante, discutir con adultos de manera constante, mentir y baja tolerancia a la frustración. Por otra parte, la prevalencia de TDAH con el trastorno disocial se sitúa entre el 20-50% de los casos (Lahey, Loeber, Burke y Rathouz, 2002), éste se manifiesta a través de comportamientos agresivos, hostiles que presentan un carácter heterogéneo ya que puede ir desde una rabieta hasta la destrucción de material, robo y absentismo escolar (Taurines et al., 2010). Los niños con TDAH que presentan comorbilidad con los trastornos del comportamiento suelen tener peores relaciones sociales, familiares y académicas (Gorman et al., 2006; Gresham, MacMillan, Bocian, Ward y Forness, 1998).

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

#### 5.6.4. Otros trastornos relacionados con el TDAH

El TDAH presenta comorbilidad con otros trastornos además de los señalados anteriormente, a continuación vamos a destacar algunos de éstos. Por un lado, nos encontramos que el TDAH se asociada con trastornos del sueño (Owens, 2005). Estos niños presentan principalmente dificultad para quedarse dormidos, movimiento de piernas y/o extremidades, resistencia a irse a la cama, sueño agitado, despertares nocturnos, excesiva somnolencia diurna, dificultad para despertarse por las mañanas, etc. (Domínguez-Ortega y Vicente-Colomina, 2006). Los trastornos del sueño conllevan cambios de humor, retraimiento social, agresión, hiperactividad y problemas académicos principalmente. Por otra parte, los niños con TDAH presentan elevadas tasas de trastornos de tics, que pueden contribuir a la disfunción social debido a las características (movimientos o verbalizaciones) propias del trastorno (Spencer et al., 1999). El 12% de los pacientes con TDAH presenta un trastorno de tics (Spencer et al., 2001). Por último, la experiencia clínica y los resultados de distintos estudios indican que el trastorno por uso de sustancias presenta una elevada comorbilidad con el TDAH (Lee, Humphreys, Flory, Liu y Glass, 2011; van Emmerik-van Oortmerssen et al., 2012). En estos casos de comorbilidad es muy importante la identificación de los problemas asociados para que el tratamiento incluya estos aspectos (Artigas-Pallarés, 2003), incluso hay que actuar de manera prioritaria sobre algunos de estos trastornos antes de centrarse en los síntomas propios del TDAH en algunos casos como medida para mejorar la calidad de vida de estos niños.

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

### **5.7. Evaluación y diagnóstico del TDAH**

Actualmente no existe ninguna prueba específica que pueda asegurar el diagnóstico correcto del TDAH. Para realizar una exhaustiva evaluación que permita obtener un diagnóstico lo más adecuado posible con el objetivo de establecer un tratamiento eficaz para el paciente que presenta TDAH y, prevenir complicaciones y descartar otras patologías, es necesario que diversos especialistas realicen una serie de pruebas clínicas y médicas.

Para ello, vamos a partir de la recogida de datos a través de la valoración de distintas áreas que integran la información más relevante acerca de los distintos ámbitos de la vida personal, social, escolar y familiar del paciente, asimismo, describiremos distintos instrumentos de evaluación estandarizados y nos basaremos en los sistemas de clasificación internacional que establecen los criterios diagnósticos para este trastorno.

#### **5.7.1. Áreas principales de valoración**

Según las guías de práctica clínica internacionales (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry-AACAP, 2007; American Academy of Pediatrics-AAP, 2001; National Collaborating Centre for Mental Health-NICE, 2008; Scottish Intercollegiate Guidelines Network-SIGN, 2009) para realizar un diagnóstico adecuado del TDAH, es necesario recoger la información de distintas áreas que deben incluir la edad de inicio, los principales síntomas así como su intensidad, frecuencia y duración, el contexto en el que

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

aparecen los síntomas, su evolución hasta la actualidad así como la historia familiar, escolar y social del niño que presenta TDAH (Montañés-Rada et al., 2010).

Por lo tanto, para poder realizar un estudio lo más completo posible de las características del paciente con TDAH los especialistas van a examinar los siguientes aspectos:

En primer lugar, se realizará un análisis de los antecedentes familiares para explorar los factores genéticos que puedan encontrarse en el origen del trastorno. Por lo tanto, se solicitará información acerca de experiencias previas y actuales de TDAH tanto de los padres como de los hermanos.

Por otro lado, se centrarán en los antecedentes personales, en esta área, se realizará un seguimiento hasta la actualidad de los posibles factores que han dado lugar al trastorno para ello, se analizará la historia obstétrica y perinatal, en ésta se recogerá la información relacionada con el embarazo (prematuridad, retraso en el crecimiento intrauterino, enfermedades de la madre durante el embarazo, consumo de drogas durante el embarazo, etc.), con el parto (sufrimiento fetal, prolapso de cordón, cesárea, desprendimiento de placenta, vueltas de cordón y distocia de hombros, etc.) y con el postparto (adaptación extrauterina: malformaciones, parámetros cardiovasculares y neurológicos y edad gestacional). Asimismo, se recogerá la historia médica del paciente (alimentación, sueño, hábito intestinal, higiene, enfermedades, intervenciones, hospitalizaciones, medicación, etc.).

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

Una vez que recabada la información anterior es importante conocer cómo ha sido el desarrollo evolutivo del niño, es decir, si el paciente ha tenido un desarrollo físico, psicológico y motor adecuado a su edad. Por ello, se recogerá información acerca de la exploración física (temperatura, estatura, peso, la tensión arterial, frecuencia cardiaca, perímetro del cráneo, piel, cabeza, nariz, boca, ojos, oídos, ganglios, cuello, tórax, abdomen, espalda y columna, extremidades superiores e inferiores y genitales), la exploración neurológica (funciones corticales, pares craneales, motricidad, coordinación, marcha, estática, reflejos y sensibilidad) y de la exploración psicopatológica (apariencia física, nivel madurativo, orientación en el tiempo, lugar y personas, contacto, conciencia, memoria, atención, lenguaje, pensamiento, afectividad y estado de ánimo, sensopercepción, nivel cognitivo, psicomotricidad, comportamiento) para descartar la existencia de otras enfermedades que puedan ser la causa o empeorar la sintomatología presente.

Por último, es importante conocer el funcionamiento psicosocial a través de la historia familiar (conflictos familiares, estilo educativo, relación padres-hijos, nivel socioeconómico familiar, historia de abusos o maltratos), la historia escolar (necesidades educativas que pueda presentar el niño en la actualidad y en el pasado) y la historia social (relaciones sociales), se recogerá en este apartado los factores de riesgo y de protección en el contexto familiar, escolar y social.

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

Tabla 2. Resumen de las áreas de valoración en el niño con TDAH.

ÁREAS DE VALORACIÓN			
Antecedentes familiares	Antecedentes personales		
Antecedentes genéticos	Historia obstétrica y perinatal	Historia médica	Desarrollo evolutivo: físico, psicológico y motor
-Pruebas genéticas. - Patrón de transmisión de patologías.	-Desarrollo del embarazo. - Desarrollo del parto.	-Estado de salud. - Enfermedades. - Intervenciones. - Hospitalizaciones. - Tratamientos farmacológicos.	-Exploración física. - Exploración neurológica. - Exploración psicológica.
Funcionamiento psicosocial			
Historia familiar	Historia escolar	Historia social	
-Estructura familiar. - Funcionamiento familiar. - Comunicación familiar. -Estilo educativo parental. -Relación padres-hijos. -Relación entre hermanos.	-Datos de escolarización. -Nivel educativo. -Necesidades educativas.	-Relaciones con los iguales. -Relaciones con adultos. -Habilidades sociales.	

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

<p>-Nivel socioeconómico familiar. Nivel educativo familiar.</p>	<p>-Rendimiento académico.</p>	
--	--------------------------------	--

### 5.7.2. Instrumentos de evaluación

La evaluación del TDAH en niños y adolescentes precisa la recopilación de la información procedente de las áreas de valoración señaladas anteriormente, para ello, deben utilizarse distintos instrumentos y fuentes. Respecto a los instrumentos estandarizados para detectar el TDAH y otros problemas relacionados, vamos a disponer de una serie de herramientas como son: entrevistas, observación directa, escalas, cuestionarios, pruebas neuropsicológicas, etc. Para poder recopilar esta información, son necesarias tres fuentes principales como son familia, el profesorado y el propio niño. Estas pruebas y fuentes ofrecen una visión general sobre la intensidad, frecuencia y duración de los síntomas que presentan los pacientes.



“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

### 5.7.3. Entrevista

Existen diversos tipos de entrevistas que se utilizan para la evaluación de los trastornos que pueden presentarse durante la infancia y la adolescencia. En este momento, vamos a señalar, de forma breve, algunas de las más aplicadas en nuestro medio, éstas van a recoger información detallada acerca de la sintomatología actual que presenta el paciente. Algunos de estos instrumentos son: Diagnostic Interview for Children and Adolescents (DICA-IV) (Herjanic y Reich, 1982; Herjanic, Herjanic, Brown y Wheatt, 1975; Reich, 2000; Reich, Leacock y Shanfeld, 1997) es una entrevista estructurada para niños y adolescentes basada en los criterios diagnósticos del DSM-III-R (APA, 1987) y DSM-IV (APA, 1994) que identifica una amplia gama de patologías (trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastorno negativista- desafiante, trastorno de abuso de sustancias: alcohol, tabaco y otros, depresión mayor/distimia, manía/hipomanía, trastorno de ansiedad por separación, trastorno de pánico, agorafobia, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno por fobias sociales y específicas, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno disfórico premestruar, trastorno de estrés postraumático, trastorno de la alimentación, somatización, trastornos de la eliminación, trastornos de identidad de género y síntomas psicóticos). Consta de tres versiones, una para niños entre los 6 y los 12 años (DICA-C), otra para adolescentes de entre 13 a 17 años (DICA-A) y otra para padres (DICA-P). Esta entrevista dispone de una versión al castellano (Ezpeleta, Osa, Doménech, Navarro y Losilla, 1997).

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC-IV) (Costello, Edelbrock, Dulcan, Kalas y Klaric, 1984; Shaffer, Fisher, Lucas, Dulcan, Schwab-Stone, 2000) es una entrevista diagnóstica estructurada que evalúa más de treinta trastornos psicopatológicos de los más comunes en niños y adolescente.

Presenta dos formas, una para padres de niños y jóvenes de entre 6 a 17 años (DISC-P) y otra para jóvenes de entre 9 a 17 años (DISC-Y). El DISC-IV utiliza los criterios diagnósticos como se especifica en el DSM-III-R (APA, 1987), DSM-IV (APA, 1994) y la CIE-10 (OMS, 1992) para detectar las siguientes patologías: trastornos de ansiedad (agorafobia, ansiedad generalizada, ansiedad excesiva, trastorno obsesivo-compulsivo, pánico, estrés postraumático, la ansiedad de separación, fobia social, fobia específica); trastornos del estado de ánimo (trastorno distímico, episodio depresivo mayor, episodio maníaco/hipomaníaco); trastornos de conducta (déficit de atención/hiperactividad, negativista-desafiante, otros trastornos del comportamiento); trastorno por abuso de sustancias (abuso y dependencia de alcohol, nicotina, marihuana y otras sustancias) y otros trastornos (anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, enuresis/encopresis, pica, esquizofrenia, mutismo selectivo, síndrome de Tourette y otros trastornos por tics, tricotilomanía). Este instrumento dispone de una versión al castellano desarrollada por Bravo et al. (2001).

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

Clinical Interview form for Child and Adolescent ADHD Patients (Barkley, 1987) es una entrevista semiestructurada que se realiza a los padres de los niños que presentan TDAH. Este instrumento permite obtener información sobre la historia del niño en una gran diversidad de aspectos a través de seis apartados: historia del desarrollo, la historia médica, la historia de tratamientos anteriores, la historia escolar, la historia familiar y la historia social.

Estas y otras entrevistas estructuradas, semiestructuras o abiertas son el método más utilizado para obtener información sobre las distintas características que presentan los niños y adolescentes en el contexto de la evaluación clínica de los trastornos más frecuentes y en concreto, en la valoración del TDAH.

#### **5.7.4. Escalas y cuestionarios**

Como complemento a las entrevistas existen diversas escalas y cuestionarios específicos para medir el TDAH que nos aportan información acerca de los principales síntomas que presenta el paciente. La información aportada por la familia y el profesorado acerca de la valoración de la conducta es un componente esencial en la evaluación y diagnóstico del TDAH (Barkley, 1987). Entre los instrumentos utilizados en éste ámbito vamos a describir el objetivo de algunos de los más representativos, estos son:

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

Child Behaviour Checklist (CBCL) (Achenbach, 1991a) y el Teacher's Report Form (TRF) (Achenbach, 1991b) son instrumentos de cribado que permiten valorar la presencia de trastornos comórbidos.

Conners' Parent Rating Scale-Revised (CPRS-R) (Conners 1997a; Conners, Sitarenios, Parker y Epstein 1998a) y Conners' Teacher Rating Scale-Revised (CTRS-R) (Conners 1997b; Conners, Sitarenios, Parker, Epstein y 1998b) se centran en detectar la presencia de TDAH mediante la evaluación de la información recogida a través de los padres y profesores, además este instrumento es sensible a los cambios provocados por el tratamiento.

Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) (Goodman, 1997) es un instrumento cuya finalidad es el cribado de trastornos de salud mental.

Escala para la Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (EDAH) (Farré y Narbona, 1998) se trata de una herramienta de cribado y evaluación de los síntomas de TDAH y otros trastornos de conducta que pueden coexistir con el síndrome ADHD Rating Scale-IV (DuPaul, Power, Anastopoulos y Reid, 1998; Servera y Cardo, 2007) es una escala de cribado y evaluación del TDAH, cada ítem representa cada uno de los síntomas del TDAH según criterios del DSM-IV.

Estos instrumentos permiten orientar el diagnóstico ya que analizan los principales síntomas que presentan los niños con TDAH.

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

### 5.7.5 Pruebas neuropsicológicas

Las pruebas neuropsicológicas que se van a realizar en los pacientes de TDAH van a estar principalmente centradas en detectar el efecto que tiene este trastorno sobre los procesos cognitivos, psicológicos, emocionales y comportamentales del paciente. Existen diversos instrumentos que permiten recoger información focalizada en los déficits específicos que presenta el TDAH, vamos a destacar algunos de los más utilizados en la evaluación de este trastorno para niños entre los 6 y los 12 años aproximadamente.

Por un lado, se utilizan instrumentos que evalúan inteligencia en general éstos son: la Weschler Intelligence Scale for Children IV (WISC-IV) (Weschler, 2003), aporta información acerca de la capacidad intelectual general del niño, su funcionamiento en comprensión verbal, razonamiento perceptivo, memoria de trabajo y velocidad de procesamiento y la Kaufman Assessment Battery for Children (K-ABC) (Kaufman y Kaufman, 1997) es una medida de la habilidad cognitiva y conocimientos académicos a través de la evaluación de la capacidad de procesamiento mental o inteligencia.

Por otra parte, se evalúan tareas de atención sostenida y selectiva, concentración, focalización del estímulo y control inhibitorio, memoria operativa, flexibilidad mental, resistencia a la interferencia, autorregulación, planificación y resolución de problemas: el Color Stroop Test and Word Test (Golden, 1978, 2001), mide la atención selectiva a través de la habilidad para resistir la interferencia de tipo verbal; el Perception of Differences Test (Thurstone y

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

Thurstone, 1941; Thurstone y Yela, 2012) evalúa la aptitud para percibir, rápida y correctamente, semejanzas y diferencias; el D2, Test of Attention (Brickenkamp y Zillmer, 1998) se centra en la velocidad de procesamiento, la atención selectiva y la +i''''1997) se centra en el nivel de desarrollo intelectual y perceptivo-motor, la actividad perceptiva, atención, memoria visual inmediata, esfuerzo de memorización y rapidez de funcionamiento mental; Conners' Continuous Performance Test (CPT) (Conners, 1995) ofrece una medida de la atención sostenida, selectiva y el control inhibitorio de respuestas; el Wisconsin Card Sorting Test (WCST) (Grant y Berg, 1999) mide la flexibilidad cognitiva y la capacidad de categorización y el Matching Familiar Figures Test-20 (MFF-20) (Buela-Casal, Carretero-Dios y De los Santos-Roig, 2002; Cairns y Cammock, 1978) evalúa el estilo cognitivo reflexibilidad- impulsividad.

Existen diversidad de materiales que podemos utilizar para valorar de manera general y específica las distintas dificultades y potencialidades que presentan los niños con TDAH.

#### 5.7.6 Criterios diagnósticos

En la actualidad existen dos sistemas de clasificación principales que utilizan los profesionales de la salud y que permiten establecer unos criterios específicos a través de la agrupación de síntomas descriptivos que presenta el TDAH para realizar el diagnóstico y establecer las bases del tratamiento.

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

### 5.7.7 Sistema de Clasificación Internacional de los Trastornos Mentales (CIE-10)

En la CIE-10 (OMS, 1992) se abandona la diferenciación entre psicosis y neurosis utilizadas en las ediciones anteriores para dar paso al término trastorno. En esta décima edición nos encontramos el TDAH dentro del grupo de Trastornos del Comportamiento y de las Emociones de Comienzo Habitual en la Infancia y la Adolescencia (F90-98), en concreto, en el subgrupo denominado Trastornos Hipercinéticos (F90) que contempla el Trastorno de la Actividad y de la Atención (F90.0), el Trastorno Hipercinético Disocial (F90.1), Otros Trastornos Hipercinéticos (F90.8) y el Trastorno Hipercinético Sin Especificación (F90.9).

➤ **Criterios diagnósticos del TDAH en la CIE-10.**

1. Inatención. Al menos 6 síntomas de inatención han persistido al menos 6 meses en un grado que es desadaptativo e incoherente con el nivel de desarrollo del niño.

- Frecuente incapacidad para prestar atención a los detalles junto a errores por descuido en las labores escolares, el trabajo y en otras actividades.
- Frecuente incapacidad para mantener la atención en las tareas o en el juego.
- A menudo aparenta no escuchar lo que se le dice.
- Imposibilidad persistente de cumplimentar el trabajo escolar asignado u otras tareas (no debido a conducta de oposición o fallo en comprender las instrucciones).
- Disminución de la capacidad para organizar tareas y actividades.

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

- A menudo evita o se siente marcadamente incómodo ante tareas tales como los deberes escolares que requieren un esfuerzo mental sostenido.
- A menudo pierde objetos necesarios para tareas o actividades, tales como material escolar, lapiceros, libros, juguetes o herramientas.
- Se distrae fácilmente ante estímulos externos.
- Con frecuencia es olvidadizo en el curso de las actividades diarias.

2. Hiperactividad. Al menos 3 síntomas de hiperactividad han persistido al menos 6 meses en un grado que es desadaptativo e incoherente con el nivel de desarrollo del niño.

- Con frecuencia muestra inquietud con movimientos de manos o pies, o removiéndose en su asiento.
- Abandona el asiento en la clase o en otras situaciones en las que se espera que permanezca sentado.
- A menudo corretea o trepa en exceso en situaciones inapropiadas (en adolescentes y adultos pueden solo estar presente sentimientos de impaciencia).
- Es inadecuadamente ruidoso en el juego o tiene dificultades para entretenerse tranquilamente en actividades lúdicas.
- Exhibe persistentemente un patrón de actividad excesiva que no es modificable sustancialmente por los requerimientos del entorno social.



“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

3. Impulsividad. Al menos 1 de los siguientes síntomas de impulsividad han persistido durante al menos 6 meses en un grado que es desadaptativo e incoherente con el nivel de desarrollo del niño.

- Con frecuencia hace exclamaciones o responde antes de que se le hagan las preguntas completas.
- A menudo es incapaz de guardar turno en las colas o en otras situaciones en grupo.
- A menudo interrumpe o se entromete en los asuntos de otros (conversaciones, juegos).
- Con frecuencia habla en exceso sin contenerse ante las situaciones sociales.

4. El inicio del trastorno no es posterior a los siete años.

5. Los criterios deben cumplirse en más de una situación (p.ej., la combinación de inatención e hiperactividad debe estar presente en casa y escuela, o en escuela y otro ambiente donde el niño sea observado, como en la consulta (se requiere información de más de una fuente).

6. Los síntomas de hiperactividad, déficit de atención e impulsividad ocasionan malestar clínicamente significativo o una alteración en el rendimiento social, académico o laboral.

7. No cumple los criterios para trastorno generalizado del desarrollo, episodio maníaco, episodio depresivo o trastorno de ansiedad. OMS (1992).

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

➤ **Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-IV-TR y DSM- 5)**

En el DSM-IV-TR (APA, 2000) dentro del apartado de Trastornos de Inicio en la Infancia y la Adolescencia y, en concreto, en el grupo de Trastornos por Déficit de Atención y Comportamiento Perturbador, nos encontramos el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad .

A. o bien 1 ó 2:

1. Seis o más de los siguientes síntomas de desatención han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

-Falta de atención

a. a menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.

b. a menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas.

c. a menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente.

d. a menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargo u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender las instrucciones).

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

- e. a menudo tiene dificultad para organizar tareas y actividades.
- f. a menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido como trabajos escolares o domésticos).
- g. a menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (como juguetes, trabajos escolares, lápices, libros o herramientas)
- h. a menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.
- i. a menudo es descuidado en las actividades diarias.

2. Seis o más de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

-Hiperactividad

- a. a menudo mueve en exceso las manos o los pies, o se remueve en el asiento.
- b. a menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en las que es inapropiado hacerlo.
- c. a menudo corre o salta excesivamente en situaciones en las que es inapropiado hacerlo (en los adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud).

Hiperactividad

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

d. a menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio. e.

a menudo “está en marcha” o actúa como si “tuviera un motor”.

f. a menudo habla en exceso.

Impulsividad.

g. a menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.

h. a menudo tiene dificultades para guardar turno.

i. a menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p. ej., se entromete en conversaciones o juegos).

B. Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o de desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años de edad.

C. Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (p. ej., en la escuela [o en el trabajo] y en casa).

D. Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.

E. Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o un trastorno de la personalidad).

En esta clasificación se contemplan tres subtipos: el tipo predominantemente inatento (si se satisfacen los criterios A1 pero no los de A2 durante los últimos seis meses), el tipo predominantemente hiperactivo-impulsivo (si se satisfacen los criterios A2 pero no los de A1

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

durante los últimos seis meses) y el tipo combinado (si se satisfacen los criterios A1 y A2 durante los últimos seis meses).

Por otra parte, el actual DSM-5 (APA, 2013) presentará una serie de cambios respecto a los anteriores en la clasificación del TDAH. En primer lugar, esta patología se situará dentro del grupo de Trastornos del Neurodesarrollo.

Estas modificaciones se presentarán en la línea de: la longitud de los síntomas (en el criterio A se planea incluir más síntomas para describir la hiperactividad-impulsividad y ampliar la descripción de los síntomas y así poder detectar también el TDAH en adultos); los umbrales para el diagnóstico en adultos (se reduce a 4 en caso de individuos de 17 años en adelante); la edad de inicio (en el criterio B en el que se sitúa la edad de 12 años para el inicio del problema, en lugar de los 7 años, además exige sólo la presencia de síntomas no el deterioro antes de los 12 años); la aparición de los síntomas y el deterioro que presentan (en el criterio C se plantea que los síntomas sean aparentes en dos o más contextos, en el criterio D no exige estrictamente un deterioro en todas las situaciones); los criterios de exclusión (en el criterio E los criterios de exclusión de los trastornos generalizados del desarrollo se han eliminado) y por último, el concepto subtipo se sustituye por especificador (Sibley, Waxmonsky, Robb y Pelham, 2013).

Una vez que se ha evaluado al niño y se ha establecido el diagnóstico, uno de los últimos pasos va a ser la implementación del tratamiento más adecuado que minimice las dificultades y fomente las potencialidades que se presentan en el paciente y su entorno.

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

## 5.8 **Tratamiento del TDAH**

En la actualidad existen diferentes tipos de tratamiento para el abordaje del TDAH, teniendo en cuenta de que se trata de un trastorno crónico en la mayoría de los casos y la comorbilidad que presenta, es necesario realizar un adecuado plan de tratamiento lo más completo posible, así como evaluarse y modificarse de manera periódica dicho tratamiento para ver los resultados que se están consiguiendo, con el fin de adaptarlo a las necesidades personales, familiares, sociales y emocionales de los pacientes. A continuación, vamos a describir algunos de los tratamientos más eficaces según la literatura existente en este ámbito.

### 5.8.1 **Tratamiento farmacológico**

Desde que Bradley en 1937 descubriera el efecto beneficioso de los estimulantes sobre la conducta hipercinética ha habido una larga trayectoria hasta comenzar con el uso de medicamentos para el tratamiento del TDAH. El tratamiento farmacológico actual de elección para el TDAH incluye dos tipos de fármacos casi de manera exclusiva, el metilfenidato y la atomoxetina en niños a partir de los seis años y en adolescentes.

De manera puntual, se administran otros medicamentos como son algunos agentes adrenérgicos (clonidina) y antidepresivos (bupropión, venlafaxina, antidepresivos tricíclicos, inhibidores de la monoamino oxidasa, entre otros) aunque éstos no tienen indicación autorizada para el TDAH en nuestro país.

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

A partir de los años 60 comenzó a sintetizarse el metilfenidato, éste fármaco se incluye dentro de los psicoestimulantes, su mecanismo de acción consiste en la inhibición de la recaptación de dopamina y noradrenalina en la neurona presináptica, por lo tanto, incrementa la concentración de estas monoaminas en el espacio extraneuronal mejorando la neurotransmisión postsináptica en el sistema nervioso central (Txakartegi y Fernández, 2006). El metilfenidato parece actuar preferentemente en la corteza prefrontal. En ensayos controlados con placebo y doble ciego, en niños y adultos, un 65-85% de los pacientes con TDAH presentó respuestas clínicas a metilfenidato en comparación con el placebo que se presenta entre el 4 y 30% (Wilens y Spencer, 2000). Actualmente podemos encontrar tres formulaciones diferentes del metilfenidato. Éstas son:

Metilfenidato de liberación inmediata. Se administra en varias tomas, la última debe ser antes de las 4 de la tarde, la dosis inicial es de 5 mg una o dos veces al día que pueden corresponder con el desayuno y la comida. La dosis y frecuencia se va aumentando en 5-10 mg semanalmente, con un máximo de 60 mg/día. Se caracteriza por una rápida absorción tras la administración oral con un efecto entre 2 y 4 horas.

Metilfenidato de liberación modificada. Se administra una vez al día por la mañana, la dosis inicial es de 5mg/día, se ajusta la dosis a intervalos semanales en incrementos de 5 mg.

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

Éstas cápsulas tienen un componente de liberación inmediata de entre un 30-50% en la dosis y un componenete de liberación modificada entre 50- 70% de la dosis, con efecto a los 30 minutos tras la ingesta de la cápsula y una duración de unas 8 horas.

Metilfenidato de liberación prolongada. Se administra una vez al día por la mañana, la dosis inicial es de 18 mg/día, se va ajustando la dosis a intervalos semanales en incremento de 18mg hasta un máximo de 54 mg/día. Tras la administración oral su liberación es gradual a lo largo de unas 12 horas.

Por otra parte, nos encontramos la atomoxetina, que es un fármaco no psicoestimulante inhibidor selectivo del transportador presináptico de la noradrenalina. Se administra en una dosis única por la mañana o dividida en dos tomas. En niños y adolescentes con un peso inferior de 70kg, la dosis inicial es de 0,5 mg/día durante 7 días, se podrá aumentar gradualmente hasta alcanzar la dosis de mantenimiento de 1,2 mg/kg/día. En niños y adolescentes con un peso superiro a 70kg se puede inicia con 40mg/día durante 7 días hasta llegar a una dosis de mantenimiento de 80mg/día, con una dosis máxima de 100 mg/día. Es necesario volver a evaluar la necesidad del fármaco tras un año de tratamiento. Puede ser adecuado mantener el tratamiento hasta la edad adulta. Se recomienda utilizar este fármaco en pacientes con tics, ansiedad, trastornos del sueño y con riesgo de abuso de sustancias.



“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

En diversos estudios sugieren que la aplicación del tratamiento farmacológico en niños con TDAH mejora la sintomatología que permite mejorar el área académica y de relaciones sociales del niño, combinándola con intervención cognitiva- conductual . Sin embargo, hay que tener en cuenta que a la hora de administrar fármacos la existencia de los efectos secundarios.

El trabajo llevado a cabo por Yildiz, Sismanlar, Cakin, Karakaya y Agaoglu (2011) en la que se comparaba la seguridad, la eficacia, la tolerabilidad y los efectos de la atomoxetina y el metilfenidato en niños con TDAH, encontraron que los efectos adversos más frecuentes en el grupo de atomoxetina fueron anorexia, náuseas, nerviosismo, pérdida de peso, dolor abdominal y somnolencia, el grupo de metilfenidato informó con más frecuencia de anorexia, nerviosismo, insomnio, dolor de cabeza, náuseas y pérdida de peso.

### **5.8.2 La intervención psicológica**

En el tratamiento del TDAH incluye diferentes terapias. Los tratamientos psicológicos que han demostrado mayor eficacia en la intervención con TDAH según la evidencia científica son la terapia cognitiva - conductual, el entrenamiento a padres, intervención en el aula de clase y el entrenamiento en habilidades sociales (Serrano-Troncoso, Guidi y Alda-Díez, 2013).

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

En la investigación realizada por Barkley, Copeland y Sivage (1980) acerca de la eficacia de un procedimiento de autocontrol en un aula con niños con TDAH, encontraron que el paquete de autocontrol fue eficaz para mejorar la conducta disruptiva y la atención en las tareas durante el trabajo individual.

Bor, Sanders y Markie-Dadds (2002) utilizaron dos variantes del programa de intervención conductual familiar Triple P, una versión mejorada y otra estándar, y lo aplicaron a distintas familias con hijos con trastornos del comportamiento y dificultades de atención e hiperactividad. Los resultados indican niveles significativamente más bajos de problemas de comportamientos de los niños y de paternidad disfuncional en comparación con el grupo de lista de espera en los dos grupos en los que se se aplicó el programa de intervención.

En el estudio realizado por Hartman, Stage y Webster-Stratton (2003) en el que se evaluó la eficacia de un programa de entrenamiento para padres con niños con problemas de conducta con o sin problemas de atención, los hallazgos indicaron una disminución significativa en las observaciones negativas de las madres en las interacciones de crianza con sus hijos y la disminución de los problemas de conducta de los niños de acuerdo con informes de las madres y observaciones independientes en el hogar.

En la investigación realizada por Antshel y Remer (2003) en la que se llevó a cabo un entrenamiento en habilidades sociales en niños con TDAH, los hallazgos indican que este entrenamiento llevó a mejoras en el informe de cooperación y la afirmación en las habilidades según sus padres y mejoras en las habilidades de empatía según los propios niños.

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

El entrenamiento neurocognitivo supone una intervención diseñada para mejorar las funciones atencionales de los niños que presentan TDAH. En esta línea de trabajo, Shalev, Tsal y Mevorach (2007) probaron la eficacia de una intervención basada en un programa computerizado de entrenamiento de la atención progresiva (CPAT).

Los resultados de este estudio indican que los participantes mostraron una mejoría significativa en la atención y el rendimiento académico en comparación con el grupo control.

Ahora bien, El principal objetivo de la **Terapia de modificación del comportamiento** es aumentar el comportamiento apropiado y disminuir el comportamiento inapropiado. La mejor forma de influenciar un comportamiento es ponerle atención. La mejor forma de incrementar un comportamiento deseable es “Agarrar al niño en una buena acción”. El comportamiento es definido como un acto o acción específica, aunque se debe saber que antes de un acto o acción específica hay algo previo (llamado un antecedente) y algo que sigue, que desestimula o alienta la repetición del acto (llamado consecuencia).

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

La modificación de conducta tiene como objetivo promover el cambio de comportamiento de las personas a través de técnicas de intervención psicológica, de forma que desarrollen sus potencialidades, optimicen las oportunidades disponibles en su ambiente, y adopten actitudes, valoraciones y conductas útiles para adaptarse a su medio (Cohen, 1995; Gavino, 1997).

El manejo comportamental consiste en cambiar los antecedentes y las consecuencias para que el comportamiento del niño cambie. En la casa y en la escuela el niño con THDA respondera mejor si se encuentra en un ambiente estructurado. En éste las reglas seran claras y consistentes y las consecuencias deben ser manifestadas antes de tiempo y corregidas inmediatamente. Los premios y recompensas seran abundantes, los elogios mucho mas frecuentes y el feedback negativo debe ser mínimo.

Se deben establecer rutinas, construyendo oportunidades para que el niño sea exitoso, anticipando donde pueda ocurrir dificultades, padres y profesores pueden cambiar los antecedentes y cultivar los ambientes que aumenten el comportamiento apropiado.

El manejo comportamental requiere práctica y paciencia, los cambios del comportamiento llevan tiempo. Se pueden utilizar representaciones gráficas para modificar el comportamiento.

- **Uso de símbolos o fichas:** Aquí el niño gana estrellas, etiquetas o fichas por comportamiento apropiado, las fichas pueden ser cambiadas por premios o regalos.

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

- **Costo-respuesta:** Al niño se le dan fichas, éstas son retiradas por comportamientos inapropiados (no permanecer en la silla, no hacer tareas). Los programas más efectivos usan ambos sistemas y trabajan con base en dar y tomar. Cuando se crea y se implementan las fichas para modificación del comportamiento se deben seguir las siguientes recomendaciones:

- Hacer una lista de comportamientos problemáticos.
- Seleccionar los comportamientos a ser modificados, especialmente los que ocurren diariamente, como acostarse, levantarse para ir al colegio y hacer las tareas.
- Diseñar un sistema de recompensa (uso de fichas, costo-respuesta o ambos).  
Padres y maestros deben poner atención al comportamiento a través del día y recompensarlo frecuentemente cuando se comporta de manera adecuada. La recompensa es efectiva si tiene valor para el niño. El castigo es mejor evitarlo, el niño responde mejor a la motivación y al reforzamiento positivo, cuando el castigo es necesario se debe hacer sin ira. **El Time Out:** Cuando el niño está fuera de control el time out es una forma efectiva para manejar el problema. El niño es enviado a un lugar predeterminado por un corto período de tiempo, una silla puede ser definida como la silla time out. No debe ser un lugar traumático, tal como un closet o un cuarto oscuro. El objeto es proporcionar al niño un período de enfriamiento. En el niño preescolar el tiempo de time out es de 2 a 3 minutos. Las técnicas de modificación del tratamiento son:

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

- El reforzamiento positivo o negativo, que se aplica al comportamiento que se desea modificar.
- Las consecuencias verbales y sociales específicas. Elogios, críticas y medidas disciplinarias deben corresponder a los comportamientos apropiados o no, más que al nivel de frustración del adulto.
- La constancia de las consecuencias: La intervención debe desplegar de esfuerzos concertado, para asegurar una constancia a nivel de consecuencias acarreadas por ciertos comportamientos buenos o malos en el medio escolar y familiar.

Por otro lado el objetivo de la **Terapia Cognitivo-Conductual** es enseñar al niño las estrategias cognitivas que le pueden ser útiles en la casa y el colegio, tanto en el estudio como en el juego. Con las técnicas de autocontrol el niño aprende a observar, supervisar, evaluar y modificar su propio comportamiento, cuando él se encuentre excitado puede utilizar una de estas técnicas que lo calmen y lo relajen.

Las primeras aplicaciones de las técnicas cognitivas en el tratamiento de problemas específicos de niños y adolescentes se encuentran en autores como Bandura (1977), y Spivack y Shure (1974, citado por Wicks-Nelson y Israel, 1998). Meichenbaum y Goodman (1971) estudiaron la aplicación del entrenamiento en autoinstrucciones en la modificación de conducta con niños que presentaban conductas agresivas, hiperactivas e impulsivas.

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

Autoinstrucciones de Meichenbaum y Goodman (1971)



“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

Concretamente, en el tratamiento de la hiperactividad infantil dos hechos marcaron este periodo: por una parte, el cambio en la conceptualización del trastorno, pues se consideraba que el principal problema del niño hiperactivo era una deficiencia en su habilidad para mantener la atención más que un problema de sobreactividad (Douglas et al., 1979); y, por otra parte, el desarrollo de las técnicas cognitivas sobre la importancia de las verbalizaciones en la regulación de los actos motores en niños pequeños.

Spivack y Shure (1974, citado por Wicks-Nelson y Israel, 1998) estudiaron la aplicación del entrenamiento en habilidades cognitivas de resolución de problemas interpersonales con niños desde preescolar hasta adolescentes.

Enseñar al niño las técnicas de resolución de problemas le permitirá adquirir los mejores conocimientos a nivel social y cognitivo. Esta técnica le permitirá:

- Tener conciencia de comportamientos problemáticos.
- Reflexionar sobre posibles soluciones.
- Decidir cual es la mejor solución.
- Aplicar la solución.
- Evaluar la eficacia de la solución. Técnicas de terapia cognitivo-comportamental:
- Autoinstrucciones: donde el niño aprende diferentes estrategias cognitivas que le ayudaran en la solución de problemas.



“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

- Imitación de una modelo: donde el niño en presencia de una persona que tiene los comportamientos deseados pueda adquirir estos nuevos comportamientos. La mayor parte de niños aprenden a comportarse bien observando el comportamiento de otros.
- Los juegos: donde el niño aprende los comportamientos en situaciones reales o simuladas. Esta técnica permite una mayor participación en el aprendizaje de un comportamiento apropiado.

En este estudio se tomo como marco de referencia y apoyo para la intervención las técnicas propuestas por Isabel Orjales.

Orjales (1999 ) afirma que a pesar de que el TDAH afecta de forma crónica más que pasajera, muchos de los afectados pueden alcanzar una adaptación plenamente normalizada si el trastorno no se complica.

El objetivo al tratar a un niño con TDAH debe dirigirse a:

a) Optimizar su educación con el fin de amortiguar la expresión sintomatológica del TDAH sea cual sea su grado de afectación

b) Evitar la aparición de efectos secundarios a los problemas que da la sintomatología básica del TDAH como son: baja autoestima, baja tolerancia a la frustración, sentimiento de indefensión, actitudes depresivas, ansiedad, etc.

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

- c) Proporcionar a la persona con TDAH estrategias para conocerse mejor, aceptarse a sí mismo, afrontar las dificultades y desarrollar estrategias de compensación.
- d) Potenciar otras facultades.
- e) Impedir que acumule falta de base académica.

El programa de intervención debe realizarse en tres vertientes (Orjales, 1999; Polaino-Lorente y Avila; 1993; Polaino y col, 1997):

1. Un programa de intervención diseñado para el perfil específico de cada niño y que, estableciendo las prioridades adecuadas en cada caso, aborde el:

Entrenamiento en autocontrol de la conducta

Entrenamiento cognitivo (estrategias de análisis y solución de problemas, de planificación, de autoevaluación, etc.)

Entrenamiento en habilidades sociales desarrollo emocional

Apoyo escolar, refuerzo de los aprendizajes básicos y tratamiento de las dificultades de aprendizaje, dificultades de coordinación, de percepción espacial u otras alteraciones asociadas si las hubiera.

Apoyo farmacológico controlado determinando el momento de inicio, la dosificación, y la duración dependiendo de cada caso específico.

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

2. Un programa de asesoramiento o entrenamiento educativo a los padres (sólo en ocasiones será necesaria, además, una terapia específica). En este apartado incluimos asesoramiento a todas las personas clave en la educación del niño, incluidos, si es necesario a los cuidadores o a los abuelos.
3. Un programa de asesoramiento educativo a los profesores con el desarrollo de las adaptaciones metodológicas adecuadas.

El asesoramiento educativo a los padres resulta de vital importancia para que éstos puedan enfrentarse a un niños que resulta mucho más difícil de educar puesto que exige conocimientos “casi profesionales” en cuanto a control de conducta se refiere, mayor constancia en el mantenimiento de las normas, mayor resistencia física y psicológica y un mayor conocimiento del niño para saber adaptar la exigencia a sus características personales. El niño con TDAH, en algunos aspectos de su desarrollo y sin que nada tenga que ver su capacidad intelectual, demuestra una inmadurez propia de niños de menor edad (la falta de autonomía, autocontrol, las dificultades en la tareas que exigen planificación, la conducta poco consciente y en ocasiones, temeraria, etc). Dadas las características de estos niños, muchos de ellos son considerados por el entorno familiar y escolar como niños malcriados y no como niños con un problema específico que hay se saber manejar (Orjales, 1999; Barkley 1999b) .

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

En el aula, el niño con TDAH debe ser comprendido adecuadamente para lo que es importante que el profesor (Orjales 1999; 1991): (1) Conozca bien las características específicas de su alumno ( no sólo la existencia del diagnóstico de TDAH). (2) Realice las adaptaciones físicas necesarias para facilitar su tarea (uso de agenda, control de la pérdida de material, situación cerca de su mesa, duplicación de libros si es necesario, utilización de pauta, mamparas que eviten la distracción, etc.)

(3) Esté preparado para, dentro de sus posibilidades, realizar las adaptaciones metodológicas necesarias que permitan al niño cumplir con las exigencias de conducta del aula: situarlo más cerca para felicitarle cuando está trabajando bien (no tanto para castigarle cuando no lo haga), supervisando su tarea más frecuentemente, permitiendo que salga a hacer recados para que pueda tener algún respiro cuando la exigencia de autocontrol es muy prolongada, realizar exámenes orales mientras se le entrena en sesiones individuales a responder a preguntas de desarrollo, etc.

(4) Aprenda a evitar situaciones en las que el niño es recurrentemente castigado. Por ejemplo: reducir el tiempo de patio por actividades lúdicas bajo cierto control de un adulto, darle permiso para que se levante antes de que lo haga por su cuenta, comer con los profesores o de forma cercana a un cuidador o acordar que coma en casa, permitirle que baje las escaleras al lado de un profesor, etc.

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

(5)Sepa mantener el ánimo y comprender la necesidad de reconocimiento y la dependencia emocional de su alumno.

(6)Conceda un tiempo para apoyar al niño en sus intentos de organización personal: informando a los padres para un mejor control de los deberes que tiene o de las fechas de exámenes, permitiendo que el niño tenga un tiempo a la semana para que organice su mesa y sus libros, reconociendo su esfuerzo, etc.

(7)Favorezca la coordinación con el profesor de apoyo en el colegio o con los profesionales que, de forma extraescolar, desarrollan programas cognitivo- comportamentales específicos.

(8)Proporcione a los padres la información necesaria sobre el efecto que la medicación puede estar teniendo en el niño con el fin de que ésta llegue a conocimiento del médico que lleva el control farmacológico.

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

### 5.8.3 Tratamiento psicopedagógico

El alumnado con TDAH muestra menor compromiso académico y mayores tasas de comportamientos disruptivos y de falta de atención en el aula (Vile, DuPaul, Jitendra, Volpe y Cleary, 2006). La intervención psicopedagógica se centra principalmente en la mejora del rendimiento académico del alumnado que presenta TDAH, su principal objetivo es favorecer las competencias académicas y potenciar el uso de los recursos educativos (organización, técnicas de estudio, apoyo educativo, normas en el aula, adaptaciones curriculares, etc.) en el contexto escolar.

DuPaul, Ervin, Hook y McGoey (1998) evaluaron los efectos de la tutoría entre iguales de toda la clase sobre el comportamiento en el aula y el rendimiento académico de estudiantes con TDAH. Los resultados indican que cuando se compara con actividades de instrucción típicas, la tutoría entre iguales aumenta la participación activa en las tareas académicas y reduce el comportamiento disruptivo en la mayoría de los participantes. El 50% de los estudiantes diagnosticados con TDAH mostró mejoras en el rendimiento académico, en matemáticas o la ortografía durante la tutoría entre iguales. Los autores sugieren que este tipo de estrategia parece eficaz para abordar las dificultades de rendimiento escolar y comportamiento asociadas con el TDAH en el ambiente de educación. Asimismo, la intervención de tutoría de los padres con alumnado que presentan TDAH parece que favorece el rendimiento de lectura en el hogar de los estudiantes (Hook y DuPaul, 1999).

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

Orjales (2000) El enfrenamiento del niño con TDAH en sesiones individualizadas puede ser realizado en el marco escolar o de forma extraescolar, por lo general durante uno o dos días por semana, y llevado a cabo por un psicólogo, pedagogo o psicopedagogo especializado. No se trata de una clase de apoyo corriente en la que se explican y practican de forma personalizada los mismos contenidos escolares que se dan en clase. Se trata de sesiones de entrenamiento específicas en las que, a través de la aplicación de técnicas cognitivas y comportamentales, se ayuda al niño a desarrollar mejores estrategias de análisis de la información y solución de problemas y un estilo de pensamiento más reflexivo.

Una de las técnicas más utilizadas en niños entre los 8 y 12 años de edad es el entrenamiento mediacional cognitivo o autoinstruccional desarrollado por Meichenbaum para el tratamiento de niños impulsivos y adaptado recientemente por Orjales (2000). Este entrenamiento consiste en enseñar al niño una serie de pasos que le sirvan de guía de pensamiento para resolver, de forma reflexiva, diferentes tareas cognitivas, académicas o de solución de problemas sociales, a partir de el esquema de las autoinstrucciones diseñadas por Orjales (1988) a partir de la propuesta original de Meichenbaum (1976) para este tipo de entrenamiento. Durante las sesiones, el niño realizará las tareas utilizando los pasos de la figura 1 hasta automatizar esta secuencia de pensamiento reflexivo. Ello le permitirá frenar su impulsividad cognitiva, tomar conciencia de las estrategias que puede aplicar, descubrir cuáles de ellas pueden ser más eficaces y generalizarlas a diferentes tareas y situaciones.

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

Además de fomentar el pensamiento reflexivo, el entrenamiento autoinstruccional ayuda al niño a analizar el tipo de fallos que comete, le permite prever su ejecución futura y, con el entrenamiento adecuado, analizar de forma correcta la causa de sus errores (entrenamiento atribucional). Las investigaciones reflejan que la mayoría de los niños con TDAH se muestran muy subjetivos e inmaduros en sus apreciaciones sobre su rendimiento. Cuando se les explica una tarea y se les pide que evalúen cómo creen que la realizarán, sus expectativas son superiores a las de los niños sin TDAH y no se modifican, como sucede en estos otros, después de haber realizado la tarea, incluso aunque ésta sea difícil y haya sido diseñada para que los niños fracasaran. De no modificarse los estilos atribucionales de estos niños, el impacto con la realidad puede provocar en ellos el despertar de sentimientos de falta de control sobre su vida y la aparición de síntomas depresivos (Orjales, 2000).

Las sesiones de entrenamiento cognitivo-comportamental, como hemos podido apreciar, se centran en el entrenamiento de los procesos de pensamiento, preocupándose el terapeuta más por el modo en el que trabaja el niño que por el tipo y cantidad de tareas que realiza. Es muy frecuente hoy en día que muchos profesores recomienden cuadernillos de atención a los niños con TDAH para que los realicen durante las vacaciones. Pues bien, debemos tener presente que realizar cien fichas de atención no siempre puede modificar de forma efectiva el modo en que trabaja un niño con TDAH.



“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

El entrenamiento cognitivo-comportamental pretende, utilizando una menor cantidad de material, enseñar activamente al niño cómo realizarlas. Hacerle consciente de las estrategias que utiliza no sólo aumentará la probabilidad de éxito futuro, sino que le ayudará a ser más consciente de sus propias habilidades, le conferirá mayor seguridad en sí mismo, aumentará su percepción de control sobre su conducta y rendimiento y mejorará su autoestima.

En las sesiones individuales cognitivo- comportamentales se aplican además otras técnicas de intervención que permiten al niño tomar conciencia de sus mejoras, compensar con estrategias nuevas los déficit y hablar y comprender mejor lo que le sucede. Se controla a través de las sesiones la percepción que tiene del TDAH, se le ayuda a sacar partido de sus buenas habilidades y a compensar con mejores estrategias su posible déficit (Orjales y Polaino-Lorente, 2001).

objetivos que el profesor-tutor debe plantearse con su alumno o alumna con TDAH:

- 1.Hacerle sentirse aceptado, comprendido y querido. Recordemos que el niño con TDAH muestra una mayor dependencia emocional de los adultos. Se ve más afectado positiva y negativamente por la percepción que ellos tienen de él, por cómo se le trate y por las expectativas que de él se tengan.

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

2. Fomentar las conductas positivas prestando atención y reforzando aquellas que le cuesten esfuerzo, independientemente de que, por su edad, ya debiera haberlas adquirido.
3. Controlar las conductas negativas para evitar que éstas se potencien por falta de refuerzo de sus conductas positivas, empeorando la sintomatología principal y favoreciendo el desarrollo de otros trastornos de comportamiento asociados.
4. Amortiguar el impacto que su conducta negativa pueda tener sobre los compañeros.
5. Ayudar a los compañeros a ver las cualidades positivas del niño con TDAH, evitando que éstas se pierdan a la sombra de sus conductas negativas.
6. Apoyar el cumplimiento del tratamiento farmacológico en el colegio, con discreción, evitando que sea un motivo de estigmatización del niño por los compañeros, e informando a la familia de los efectos observados para un mejor control de la dosificación por parte del médico.
7. Evitar la pérdida de información que podría provocar lagunas académicas, desorientación, desmotivación y fracaso escolar en el niño.

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

8. Adaptar la metodología a las características del niño para que pueda aprender, desarrollarse y sentirse válido y feliz mientras acude al colegio. Evitaremos así, que se produzca el deterioro emocional que muchas veces se observa en los años escolares y suele prolongarse, incluso, cuando la sintomatología básica del trastorno mejora fruto del efecto de los programas de intervención y de los beneficios de la maduración neurológica.

Las dificultades del niño en el marco escolar dependen, en gran medida, de la edad y de la exigencia del entorno escolar. La etapa de Educación Infantil se caracteriza por una enseñanza más participativa, dinámica y motivadora de lo que será después la etapa de Educación Primaria. Por este motivo, sólo destacan como niños problema aquellos que muestran niveles muy destacados de hiperactividad motriz e impulsividad. La falta de atención, aunque esté presente, puede pasar más desapercibida.

1. Las medidas educativas que se deben tomar para cada conducta-problema exigen identificar, primero, si el niño puede o no controlar la emisión de dichas conductas. Muchos niños con TDAH son castigados por conductas que no están bajo su control o que ignoran haber cometido. Canturrear mientras trabajan, no terminar las tareas a tiempo, hacer un ejercicio equivocado o escribir con mala letra constituyen algunas conductas frecuentes.

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

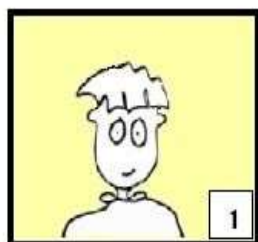
Marcela Prada Hernández

2. Las conductas que no están bajo control del niño y que requieren entrenamiento, deben ser enseñadas pacientemente, ofreciendo tiempo suficiente para la práctica y animando y reforzando su logro.
3. Se premia el esfuerzo que cuesta al niño conseguir una conducta, no tanto la conducta en sí misma.
4. El castigo debe ser aplicado en aquellas conductas que el niño pudo y no quiso controlar, ser de cumplimiento lo más inmediato posible y relacionado con la falta.
5. Los castigos siempre deben ir empa- rejados con el refuerzo, alabanza o premio de conductas positivas incompatibles con las anteriores.

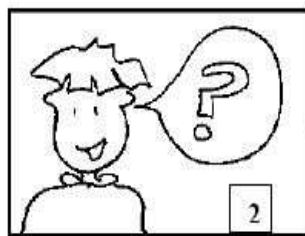
“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

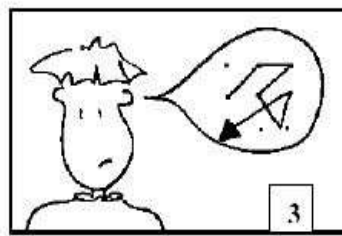
Esquema de autoinstrucciones para el entranamiento cognitivo de niños con déficit de atención con hiperactividad, modificado por Orjales (1988) a partir de la propuesta de Meichenbaum (1976).



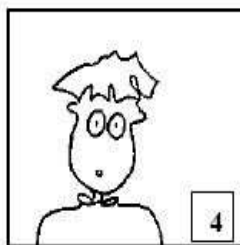
1  
Primero, miro y digo todo lo que veo



2  
¿Qué es lo que tengo que hacer?



3  
¿Cómo lo voy a hacer?



4  
Tengo que estar muy atento (y ver todas las posibilidades de respuesta)



5  
¡Ya puedo hacerlo!










¡Genial! Me ha salido bien



6  
No me ha salido bien. ¿POR QUÉ? (repaso todos los pasos)  
Ah! ¡era por eso!. Bien, la próxima vez no cometeré ese error.

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

<b>¿CÓMO HACE RESÚMENES UN SEGUIDOR DEL JUNIOR?</b>		
		
<b>1</b>	<b>LEE EL PÁRRAFO UNA VEZ</b>	
<b>2</b>	<b>RODEAR LAS PALABRAS QUE NO ENTIENDO</b>	
<b>3</b>	<b>PENSAR LA IDEA PRINCIPAL</b>	
<b>4</b>	<b>ESCRIBIR EL TÍTULO DEL RESUMEN</b>	
<b>5</b>	<b>ESCRIBIR ESPACIO QUE CUENTA EL PÁRRAFO</b>	
<b>6</b>	<b>PASAR AL SIGUIENTE PÁRRAFO</b>	

(Ejemplo de autoinstrucciones adecuadas a trabajar la comprensión de lectura)

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

A través de un programa de ordenador, Clarfield y Stoner (2005) investigaron los efectos sobre la fluidez en la lectura oral y la dedicación a la tarea en niños con TDAH. Los resultados sugieren que el programa computarizado era eficaz para mejorar los resultados sobre la lectura de manera directa e indirectamente disminuía el comportamiento fuera de la tarea.

Las intervenciones académicas que se utilizan para mejorar el desempeño académico del alumnado que presenta TDAH recoge modificaciones en la metodología del profesorado, la tutoría entre iguales, el uso de la enseñanza asistida por ordenador (DuPaul y Weyandt, 2006), la tutoría de los padres en el hogar, la ayuda con la tarea, el uso de estrategias de expresión escrita y la toma de notas en el aula (DuPaul, 2007).

Por otro lado, existen diversos programas como son el Programa Paraprofesional Irvine (Kotkin, 1998) que incluye diversos tipos de intervención (asesoramiento al profesorado sobre la gestión eficaz en el aula, refuerzo escolar, intervención especializada con el alumnado, etc.) y el Programa de Competencias Académicas y de Comportamiento (ABC) (Pelham et al., 2005) que parte del cumplimiento de unas reglas como son completar las tareas y las actitudes de los niños hacia la instrucción. Ambos programas parecen ser beneficiosos tanto para el comportamiento en el aula como para mejorar el rendimiento académico del alumnado.

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

#### 5.8.4. Tratamiento multimodal

A partir de las intervenciones anteriores surge otra perspectiva que se orienta hacia la combinación de distintos tratamientos que dan lugar al enfoque multimodal.

En los años 90 el Instituto Nacional de Salud Mental Infantil y diversos equipos de investigación comenzaron un estudio para evaluar las distintas opciones de tratamiento que existían hasta el momento.

Para ello, llevaron a cabo un ensayo clínico aleatorizado en el participaron 579 niños de edades comprendidas entre los 7 y los 9,9 años durante 14 meses que fueron asignados a distintos grupos (control farmacológico, tratamiento conductual, un tratamiento multimodal de TDAH que combinaba fármacos con terapia conductual y atención estándar en la comunidad). Los resultados mostraron reducciones en los síntomas principales del TDAH pero con diferencias significativas entre los tratamientos. Así, las intervenciones con fármacos y el combinado fueron superiores al tratamiento conductual y la atención estándar en la comunidad para la mejora de los síntomas principales del TDAH. Para otras áreas de funcionamiento como son las habilidades sociales, rendimiento escolar, relaciones familiares, comportamiento oposicionista, ansiedad y depresión, los resultados sugieren que el el tratamiento multimodal presenta ventajas sobre los tratamientos individuales de fármacos, tratamiento conductual y sobre la atención estándar en la comunidad (Jensen et al., 2001; Swanson et al., 2008a, 2008b; MTA Cooperative Group, 1999a, 1999b, 2004).



“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

Miranda, Presentación y Soriano (2002) evaluaron la eficacia de un programa multicomponente en el contexto del aula de 50 niños diagnosticados con TDAH, para ello, realizaron un entrenamiento al profesorado de 29 de estos niños que consistía en la capacitación en el uso de técnicas de modificación de conducta, estrategias de comportamiento cognitivo y estrategias de gestión de instrucción. Los resultados señalaban que los padres y profesores encontraron mejorías en los síntomas primarios y en las dificultades de comportamiento así como un aumento de los resultados académicos.

En la misma línea, Dopfner et al. (2004) realizaron un estudio con 70 niños con edades comprendidas entre los 6 y los 10 años diagnosticados con TDAH para evaluar la eficacia de una intervención individualizada y multimodal con un enfoque de tratamiento adaptativo en el que se iban añadiendo intervenciones en función de la eficacia del tratamiento o se cambiaba el tratamiento utilizado por otro. Los resultados indican que durante el tratamiento los problemas de conducta definidos y los síntomas comórbidos se redujeron de manera significativa, en las calificaciones realizadas por el profesorado de estos niños el tratamiento combinado resultó más eficaz. Según este estudio la terapia de conducta y el tratamiento combinado (medicación, terapia de conducta y psicoeducación) son intervenciones efectivas dentro de una estrategia de tratamiento multimodal adaptado de manera individual al paciente.

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

Otros autores como So, Leung y Hung (2008) diseñaron una investigación para comparar la eficacia de un tratamiento a base de metilfenidato frente a un tratamiento conductual combinado en el que se incluía metilfenidato y tratamiento conductual en la práctica clínica.

Durante 6 meses administraron estos tratamientos a grupos de 90 niños con una media de 8 años edad diagnosticados con TDAH asignados al azar a cada grupo experimental. Los hallazgos de este estudio señalan que el tratamiento combinado en dosis bajas fue significativamente más eficaz que el metilfenidato administrado de forma aislada sobre los síntomas principales del TDAH y la conducta de los niños. Según los autores, este estudio proporciona evidencia empírica de que el tratamiento combinado puede ofrecer beneficios adicionales para el tratamiento de TDAH.

#### **5.9. FAMILIA Y DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD**

La familia va a ser uno de los pilares fundamentales para el niño con TDAH, el contexto familiar va a ser el lugar donde va a desarrollar su personalidad de forma completa y dónde va a adquirir principalmente valores, normas y comportamientos. Durante la infancia se va a establecer una relación positiva o negativa entre los miembros de la familia, es decir, esta relación va a favorecer o dificultar el desarrollo del niño.

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

En el caso de niños con TDAH es de especial interés que este contexto sea lo más adaptado posible a las características que presenta el paciente, así el ambiente más adecuado será aquel en el que existan pautas y modelos de referencia positivos, seguridad, tranquilidad, comprensión y afecto.

Como se señaló anteriormente, ciertos factores psicosociales interactúan con los genéticos en la explicación etiológica del TDAH. Sin embargo es importante destacar ciertas características que se presentan dentro del núcleo familiar de niños con TDAH, tomando en cuenta que este contexto en sí mismo integra un importante número de factores protectores frente a las dificultades que se presentan en la vida de los hijos con TDAH, pero también puede convertirse en un núcleo en el que aparezcan importantes factores de riesgo que van a influir en el desarrollo del trastorno, así como el mantenimiento o manifestación de los síntomas como veremos en este apartado.

Podemos encontrar niños en los que el TDAH es predominantemente de aparición en edades tempranas y que está determinado por factores de riesgo biológicos en el que el ambiente contribuye de menor manera. Asimismo, existen niños en los que el entorno familiar se convierte en el principal determinante de los síntomas combinado con la predisposición del niño. En otros niños la combinación de importantes factores biológicos y ambientales lleva a la manifestación del trastorno.

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

Asimismo, puede considerarse la existencia de niños en los que el predominio de factores ambientales protectores permiten un desarrollo y adaptación al entorno más adecuado del niño con predisposición genética de TDAH, aunque esta vía no ha sido investigada como tal ya que es muy difícil encontrar muestras clínicas o comunitarias con estas características.

Por lo tanto, la disfunción familiar puede entenderse como un factor de riesgo que interactúa con la naturaleza biológica del niño en la presentación, potenciación y evolución de los síntomas del TDAH (Johnston y Mash, 2001). El entorno familiar va a considerarse un importante predictor de la salud mental de los niños (Thompson et al., 2007). Por lo tanto, la comprensión de los múltiples factores del contexto que influyen en la expresión de los síntomas que presentan los niños con TDAH permite entender las contribuciones ambientales que influyen en las vías individuales del desarrollo del trastorno (Deault, 2010).

A continuación describiremos algunos de los factores familiares que pueden influir en la evolución y curso del TDAH.

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

### 5.9.1. Estilos parentales educativos

El presente apartado realiza una revisión acerca de la investigación en el área de habilidades de crianza y el desarrollo de los niños con TDAH. El estilo de disciplina supone un importante factor del ambiente familiar que puede influir en el curso del TDAH, éste incluye la disciplina, el control, el afecto, la respuesta a las necesidades y la comunicación en la interacción padre/madre-hijo. Diversos estudios se han centrado en este aspecto de la práctica de crianza de los hijos ya que están relacionados con una amplia variedad de problemas conductuales, sociales y emocionales de estos niños. La calidad de la interacción padre/madre-hijo durante la primera infancia afecta a las relaciones sociales y al ajuste del comportamiento del niño (Scaramella y Leslie, 2004).

La interacción temprana entre padre-hijo influye en la capacidad de autocontrol desarrollada por los hijos. En el estudio realizado por Olson, Bates y Bayles (1990) observaron las relaciones padre-hijo en el control de impulsos de los niños en el hogar durante los primeros dos años. Los resultados indicaron que las interacciones padre-hijo cognitivamente estimulantes en el segundo año predijeron modestamente medidas cognitivas posteriores de no impulsividad y capacidad para demorar la gratificación, así como el apego a la madre (aunque sólo para los niños y no para las niñas).

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

En la revisión realizada por Danforth, Barkley y Stokes (1991) sobre las relaciones funcionales y los posibles efectos recíprocos que tienen lugar durante las interacciones entre padres e hijos con TDAH, los hallazgos señalan que la medicación y el entrenamiento de los padres pueden ser eficaces porque interrumpen las interacciones coercitivas mediante la reducción de la tasa de conductas aversivas, lo que supone una reducción de la frecuencia de las conductas que se refuerzan negativamente. Los autores concluyen que los niños hiperactivos y sus padres comparten el mismo contexto y ambos ejercen una influencia en el comportamiento del otro.

El trabajo desarrollado por Johnston (1996) examinó las interacciones entre padres e hijos y las características de los padres en familias con niños sin problemas, familias con niños con TDAH y comorbilidad con bajo nivel de conducta oposicionista-desafiante y familias con niños con TDAH y comorbilidad con nivel alto de conducta oposicionista-desafiante.

A través de la observación y los informes diarios de los padres los resultados señalan que las puntuaciones más altas en problemas se dieron en el grupo de TDAH con un nivel alto de comorbilidad con la conducta oposicionista-desafiante. Asimismo, los informes diarios indican que los padres de los grupos con TDAH utilizan estrategias negativas reactivas y pautas de crianza menos positivas en comparación con el grupo control.

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

El estilo de disciplina agresivo se asocia con la hiperactividad de los niños, así lo exponen los autores Woodward, Taylor y Dowdney (1998) en su trabajo acerca de la relación entre el estilo de crianza en la vida familiar y la hiperactividad infantil. Los resultados de este estudio mostraron que el afrontamiento inadecuado de los padres y el uso de métodos de disciplina agresivos estaban significativamente relacionados con la hiperactividad de los hijos. Los autores concluyen que la calidad de la crianza ofrecida a los hijos hiperactivos puede contribuir a los problemas de conducta destacando la necesidad de analizar las actitudes de crianza y el comportamiento de las figuras paternas en el curso, pronóstico y resultados del tratamiento de los niños con hiperactividad.

Keown y Woodward (2002) examinaron la calidad de las relaciones entre padres, madres e hijos y el funcionamiento familiar de niños en edad preescolar con hiperactividad de inicio temprano y lo compararon con una muestra comunitaria. Según los hallazgos de este estudio, el estilo de crianza y los factores de la vida familiar se encuentran asociados con la hiperactividad durante la primera infancia, así como con problemas conductuales en los niños.

En concreto, en esta investigación se encontraron tasas más altas de prácticas disciplinarias laxas, menor eficacia de afrontamiento de los padres, bajas tasas de comunicación padre-hijo y menor sincronía de la madre en las interacciones con el niño que se asociaron con hiperactividad.

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

Según los autores los hallazgos sugieren que la manera en las que las figuras parentales interactúan con sus hijos en edad preescolar con hiperactividad va a contribuir al desarrollo de problemas de comportamiento.

En el estudio acerca de la relación entre la emoción expresada de los padres y el TDAH y trastornos del comportamiento disruptivo en niñas de 6 a 12 años, Peris y Hinshaw (2003) indicaron que los resultados muestran que la elevada expresión emocional de las madres se asoció tanto con TDAH como con agresividad (aunque en menor medida que con el TDAH).

Lange et al. (2005) realizaron un estudio diseñado para comparar los informes de los padres de las familias de los niños con TDAH o con trastornos emocionales, con familias comunitarias acerca de una serie de aspectos del funcionamiento psicosocial: estrés, apoyo y calidad de vida, funcionamiento actual de la familia, estilo de crianza de los hijos y satisfacción con la familia de origen y la actual y funcionamiento parental actual y pasado.

Los hallazgos sugieren que los dos grupos clínicos mostraron niveles más altos de estrés y niveles más bajos tanto de apoyo social y calidad de vida que el grupo control. Los grupos clínicos mostraron déficit en el funcionamiento familiar actual e informaron de menor satisfacción con la crianza en su actual familia como en su familia de origen que el grupo control. Asimismo, los padres de niños con TDAH informaron de mayores niveles de estilo educativo autoritario.



“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

En un estudio desarrollo por Seipp y Johnston (2005) se analizó la capacidad de respuesta y la reactividad de madres de hijos entre 7 y 9 años con TDAH y conducta de oposición, madres de hijos con TDAH y madres de niños sin problemas durante las interacciones de juego y limpieza.

Los resultados indican que las madres de hijos con TDAH y conducta oposicionista fueron menos sensibles, utilizaban estrategias de disciplina más reactivas en la crianza e informaron de más hostilidad que las madres de hijos sin problemas, y las madres de hijos con TDAH no difieren de las de los otros grupos ya que no eran significativamente más sensibles que las madres de hijos con comorbilidad ni significativamente menos sensibles que las madres de hijos sin problemas. Este estudio se basa en investigaciones previas concluyendo que las diferencias en la crianza o estilo de disciplina asociado con el TDAH con comorbilidad con conductas de oposición pueden ser atribuidas a las características maternas o las características del hijo.

McLaughlin y Harrison (2006) evaluaron las relaciones entre las características conductuales y demográficas de los niños con TDAH y las características de las madres en la comprensión de la efectividad de las prácticas de crianza utilizadas. Para ello, se pidió a las madres que evaluaran la gravedad de la conducta disruptiva de su hijo, su sentido de la competencia parental, la percepción del aislamiento social y las prácticas de crianza de los hijos.

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

Los resultados indicaron que una mayor severidad de la conducta disruptiva del niño y una menor sensación de competencia parental se asociaron con la menor efectividad de las prácticas de crianza más allá de los efectos de la edad del niño, si era hijo único, el número o la gravedad de la conducta del niño y el aislamiento social. Los autores destacan una relación significativa entre la mayor gravedad de la conducta del niño y las prácticas de crianza menos eficaces.

Los padres de los niños con TDAH presentan menos confianza en sí mismo, menos afecto en la interacción con sus hijos y utilizan el castigo corporal más a menudo que los padres de niños sin TDAH (Alizadeh, Applequist y Coolidge, 2007). Los resultados del estudio desarrollado por Tripp, Schaugency, Langlands y Mouat (2007) en el que evaluaron la competencia y calidad de las interacciones padre-hijo de niños con TDAH y niños sin problemas durante la ejecución de actividades de resolución de problemas y juegos, señalan diferencias significativas entre los grupos de niños con TDAH y control durante la resolución de problemas en las medidas que se realizaron sobre la calidad de la interacción, en el calor, compromiso y comunicación con los padres.

Así la interacción de las familias del grupo control fue más cálidas, más comprometidas y con una comunicación más eficaz que las familias de niños con TDAH.

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

En la investigación llevada a cabo por Miranda-Casas, Grau-Sevilla, Marco-Taberner y Roselló (2007) sobre los métodos de disciplina, encontraron que las madres de niños con TDAH utilizaban estrategias más emocionales, por lo que se presentaban como más autoritarias y con mayor irritabilidad y frustración que las madres de niños sin TDAH, sobre todo si el TDAH presentaba comorbilidad con el trastorno oposicionista-desafiante, aunque independientemente del subtipo que presentaba el niño.

En un trabajo desarrollado por Raya, Herreruzo y Pino (2008) se expone la relación existente entre los distintos factores que componen el estilo de crianza de padres y madres (compromiso, comunicación y distribución de rol del padre, apoyo de la madre y disciplina y autonomía de ambos progenitores) y la hiperactividad de los hijos. Los resultados apuntan que una combinación de puntuaciones altas en: compromiso y distribución de rol por parte del padre junto con puntuaciones bajas en: comunicación del padre, apoyo de la madre y disciplina y autonomía de ambos progenitores, influyen significativamente en el aumento de la probabilidad de que se dé una puntuación en la zona de riesgo del instrumento de evaluación de la hiperactividad utilizado.

De este modo, las variables actúan como predictoras de una alta probabilidad de puntuar en la zona de riesgo cuando presentan puntuaciones bajas y como predictoras de una alta probabilidad de puntuar en la zona de baja hiperactividad cuando las puntuaciones son altas. El estudio señala que existen pocas diferencias entre los estilos de crianza de padres y madres.

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

Por su parte, Landau, Amiel-Laviad, Berger, Atzaba-Poria y Auerbach (2009) realizaron un estudio en el que analizaron los patrones de interacción entre padres, madres e hijos con siete meses en riesgo familiar de TDAH y lo compararon con familias sin riesgo durante el juego infantil. Los padres fueron instruidos para abstenerse de intervenir en la medida de lo posible.

Los niños del grupo de riesgo no diferían de aquellos del grupo de comparación en la frecuencia de la necesidad de ayuda o involucrar a los padres en el juego, sin embargo, recibieron una respuesta de sus madres en menor frecuencia que los niños del grupo de comparación o ninguna respuesta a las necesidades de los niños.

Schroeder y Kelley (2009) analizaron las relaciones entre el funcionamiento ejecutivo, el entorno familiar y las prácticas parentales en los niños diagnosticados con TDAH y niños sin TDAH. Para ello, compararon a un grupo de padres con hijos entre los 6 y los 12 años con y sin TDAH. Los padres de niños diagnosticados con TDAH informan que sus hijos exhiben mayores problemas de regulación del comportamiento y habilidad metacognitivas, y describen sus entornos familiares como menos organizados y con más conflictos familiares.

Los padres de niños sin TDAH informan de mayores niveles de cohesión familiar, organización y expresividad y menores niveles de conflictos familiares y mayor control del comportamiento de sus hijos. Los resultados sugieren que los niveles más altos de conflicto familiar junto a la menor organización en el hogar se relaciona con los informes de los padres sobre las dificultades de comportamiento y de las funciones metacognitivas de los niños.

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

Según Presentación, Pinto, Meliá y Miranda (2009) es importante tener en cuenta la relación que existe entre el estrés que produce la crianza de los hijos con TDAH y el uso de técnicas de disciplina inadecuadas por parte de la familia, que potencian la gravedad de los síntomas de TDAH y la aparición de trastornos de conducta.

En el estudio desarrollado por Kaiser, McBurnett y Pfiffner (2011) el objetivo fue evaluar los efectos principales de: la severidad del TDAH y de la crianza positiva o negativa de los padres y madres sobre las habilidades sociales y el comportamiento agresivo de los hijos con TDAH; la crianza como posible mediador de la relación entre la severidad del TDAH y las habilidades sociales y la conducta agresiva y, la severidad del TDAH como moderador potencial de la relación entre los padres y las habilidades sociales del niño y el comportamiento agresivo.

Los hallazgos sugieren que la crianza y la severidad del TDAH se asocian de forma independiente con las habilidades sociales y el comportamiento agresivo de los niños. El aumento de la severidad del TDAH fue asociado con menor habilidad social y alto comportamiento agresivo y las prácticas de crianza también sirvieron como un importante e independiente predictor de las habilidades sociales y agresión. Los niveles más altos de la crianza positiva materna fueron vinculados con mayores habilidades sociales del niño y una menor agresión infantil, mientras que una mayor crianza negativa materna se asoció con menores habilidades sociales del niño y mayor agresividad infantil.

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

La crianza paterna sólo se asoció con los resultados de las habilidades sociales del niño, así los niveles de mayor crianza positiva se relaciona con mayores habilidades sociales del niño, mientras que los niveles más altos de crianza paterna negativa estaba vinculada a niveles más altos de agresión infantil. Las asociaciones entre la crianza de los hijos el padre y la agresión infantil no fueron significativas. Según los autores, la evidencia de que la crianza de los hijos es un mediador de la relación entre los resultados de severidad de TDAH del niño sugiere que los cambios en los síntomas del niño también pueden mejorar las prácticas de crianza de los hijos lo que puede provocar mejoras en los síntomas del niño.

Las variables de crianza influyen en el desarrollo socioemocional de los niños con TDAH. En el trabajo desarrollado por Oh et al. (2012) acerca de los factores que afectan a la autoestima y a la competencia social de los niños con TDAH encontraron que la actitud de crianza cariñosa y comorbilidad del niño fueron los predictores más importantes de la autoestima, la actitud de crianza de rechazo fue el predictor más importante de la competencia social. Estos autores concluyen que los niveles más altos de la actitud de crianza cariñosa de la madre y la condición de no comorbilidad de los niños predice una mayor autoestima de los niños, por otro lado, mayores niveles de rechazo de la actitud de crianza hijos predicen una competencia social más baja en los niños.

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

Cómo se observa a lo largo de las distintas investigaciones, el estilo educativo de los padres de niños con TDAH se presenta como más autoritario que el de los padres de niños sin TDAH (Moghaddam, Assareh, Heidaripoor, Rad y Pishjoo, 2013) o también como muy permisivo.

Por lo tanto, es muy importante conocer y potenciar las habilidades parentales de los adultos que conviven con los niños con TDAH de manera que la educación y crianza de sus hijos sea lo más adecuada posible. Estas prácticas de crianza van a influir de manera importante en el desarrollo y estabilidad de los problemas de comportamiento de los niños así como la comorbilidad con otros trastornos y/o agravamiento de los síntomas que presentan sus hijos y que influyen en la manera directa en el óptimo desarrollo de la vida familiar.

### **5.9.2 Impacto del TDAH en la familia**

Las familias que integran un hijo con TDAH deben afrontar los problemas que se derivan de los síntomas propios del trastorno y de los asociados. Las consecuencias del TDAH afectan no sólo al niño, sino también a los padres, madres y hermanos, causando perturbaciones en la familia y el funcionamiento marital (Harper, 2005).

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

A lo largo de la literatura encontramos como los padres y madres expresan que tener un hijo con TDAH genera sentimientos de ineficacia personal, estrés, frustración, enojo y rechazo, incluso en los padres y madres más competentes (Roselló, García, Tárraga y Mulas, 2003).

Asimismo esta situación de malestar se extiende a los hermanos de estos niños que experimentan sentimientos de tristeza e indefensión y se sienten como víctimas (Kendall, 1999).

En el estudio realizado por Presentación-Herrero, García-Castellar, Miranda-Casas, Sigenthaler-Hierro y Jara-Jiménez, (2006) en familias con niños con TDAH subtipo combinado encontraron que en las áreas analizadas: sentimiento y actitudes de los padres, vida social de la familia, relación de pareja, relaciones con los iguales y hermanos se muestra un deterioro importante.

Como señalan Johnson y Mash (2001) la naturaleza estresante, exigente e intrusiva de las características del TDAH infantil es propensa a evocar reacciones negativas en los otros miembros de la familia e influye de manera negativa en las relaciones familiares y el funcionamiento psicológico de los padres.



“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

A la hora de analizar el impacto familiar hay que tener en cuenta, por una parte, las características del niño que presenta TDAH, es decir, su edad, sexo, subtipo, síntomas nucleares, comorbilidad con otros trastornos así como su personalidad y, por otro, las características de los padres y madres de éstos como son sexo, edad, estilo educativo, personalidad, psicopatología.

A continuación vamos a destacar algunos de los estudios que plantean las consecuencias que pueden darse en una familia en la que existe un paciente con TDAH:

Cómo hemos citado anteriormente, los padres y madres de los niños con TDAH están expuestos a más desafíos que los progenitores de niños sin TDAH por lo que son más susceptibles a padecer estrés, ansiedad, depresión, entre otros problemas (Pouretmad, Khooshabi, Roshanbin y Jadidi, 2009). En este apartado vamos a destacar aquellos estudios enfocados en el estrés que se produce en los padres y madres que conviven día a día con el TDAH.

En el trabajo desarrollado por Anastopoulos, Guevremont, Shelton y DuPaul (1992) acerca del grado por el cual el estrés parental está relacionado con el TDAH de los niños y con otras circunstancias ambientales, los resultados mostraron que el comportamiento agresivo, oposicionista-desafiante del niño y la psicopatología materna eran predictores especialmente potentes del estrés parental. Además la severidad global de los síntomas de TDAH, el estado de salud del niño y de la madre emergieron como predictores significativos.

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

Los hallazgos muestran que existen niveles extremadamente elevados de estrés parental en las familias con hijos con TDAH. Los autores sugieren que según estos hallazgos las características del niño y de los padres, más que las circunstancias de la familia y el entorno, se asocian con mayores niveles de estrés de los padres y madres de hijos con TDAH.

Podolski y Nigg (2001) evaluaron el papel de la angustia y el afrontamiento parental en relación con el TDAH infantil en madres y padres de niños entre los 7 y 11 años. Los padres de niños con TDAH expresaron más insatisfacción en su rol que los padres del grupo control. Los hallazgos señalan que los padres de niños con TDAH subtipo combinado e inatento no se diferenciaron significativamente en el nivel de angustia. Por otra parte, los resultados indican que para las madres, la falta de atención infantil y los problemas de conductas de oposición, pero no la hiperactividad, contribuyeron únicamente al papel de la angustia, a la insatisfacción relacionada con la crianza de los hijos. Por otra parte, para los padres la angustia en el papel de la crianza se asoció únicamente con las conductas oposicional o agresiva del niño, pero no con la severidad de los síntomas del TDAH.

El afrontamiento parental con una mayor utilización de replanteamientos positivos se relacionó con una mayor satisfacción de los roles tanto para las madres como para los padres.

En el estudio realizado por Joyner, Silver y Stavinoha (2009) acerca de cómo el funcionamiento ejecutivo de los hijos con TDAH podría estar relacionado con el estrés que experimentan los padres, los autores parten de la hipótesis de que las calificaciones más altas de disfunción ejecutiva de los niños se relacionan con el estrés parental.

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

Los hallazgos sugieren que la evaluación de los padres de la función ejecutiva de sus hijos está relacionado con el estrés que experimentan sus padres, sobre todo con respecto a sus percepciones sobre los comportamientos desafiantes de sus hijos.

Tzang, Chang y Liu (2009) realizaron un estudio sobre la relación entre el TDAH presentación combinada y presentación inatención y el estrés de los padres. Según los hallazgos, el TDAH presentación combinada se asocia con psicopatología de los padres (la suma de depresión, desapego y disminución del sentido de competencia) y más estrés en la crianza y estrés ambiental (suma de la relación conyugal, restricción de rol y la puntuación en salud) que los padres de presentación inatento. La edad de la madre, el diagnóstico de comorbilidad del niño y los padres con escasa comprensión del TDAH, estaban asociados de forma significativa con la presentación combinada en relación con la presentación inatenta.

El déficit de autorregulación conductual, cognitiva y emocional observada en los niños con TDAH explica la asociación entre la severidad de los síntomas del TDAH y el estrés parental. En la investigación realizada por Graziano, McNamara, Geffken y Reid (2011) encontraron que la severidad de la hiperactividad/impulsividad, pero no la falta de atención, estaba relacionada con el estrés de los padres. Según los resultados, la asociación entre la hiperactividad/impulsividad y el estrés de los padres se explica por la percepción de los niveles de agresión, la labilidad emocional y las dificultades en el funcionamiento ejecutivo de los niños.

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

En el meta-análisis realizado por Theule, Wiener, Tannock y Jenkins (2012) acerca de la relación entre el estrés parental y el TDAH en los niños, se analizaron un total de 44 artículos (22 publicados y 22 no publicados) los resultados de los estudios confirmaron que los padres de niños con TDAH experimentan más estrés que los padres de niños sin TDAH y que la gravedad de los síntomas del TDAH se asocian con el estrés de los padres.

Las autoras señalan que los problemas asociados de los niños y la sintomatología depresiva de los padres predijeron el estrés parental. Tanto la sintomatología hiperactiva-impulsiva como la falta de atención fueron predictivos del estrés en la crianza de los hijos, aunque los síntomas de déficit de atención están asociados con menos ruptura familiar.

Por otra parte, los síntomas externalizantes e internalizantes en esta población estaban relacionados con el estrés parental. Se encontró poca diferencia en el estrés de padres y madres, pero el género del niño fue un moderador importante del estrés, los niveles de estrés menores en los padres y madres se encontraron en mayor proporción en las niñas.

Las distintas investigaciones que relacionan el estrés parental con el TDAH infantil señalan la importancia que tienen las consecuencias de la educación y convivencia con niños con TDAH sobre la salud mental de los padres y madres y el clima familiar positivo por lo que el estrés parental y otros problemas derivados de esta situación (ansiedad y depresión) se deben tener en cuenta a la hora de plantear intervenciones para las familias de estos niños.

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

## **6. Análisis del Caso**

A través del desarrollo del estudio tanto en la evaluación como en la planificación y consecución de la terapia, se revelaron los claros propósitos de describir como mediante la aplicación e interiorización de los aprendizajes y técnicas cognitivo-conductuales se comenzaron a percibir los cambios en la vida del niño a nivel personal, escolar y familiar. Contando con que se logro un encuadre positivo, una relación terapéutica activa, respetuosa, colaboradora y motivadora para las dos partes (Terapeuta-Paciente).

A pesar de las dificultades como la inconstancia en la asistencia y faltas de ejecución de algunas pautas en juego para el mejoramiento del entorno del paciente en pro de su proceso, los objetivos propuestos, como se menciona anteriormente, comenzaron a cumplirse.

La variable de estudio desde la cual se analizara el caso a continuación es la influencia del estilo paternal como reforzador y mantenedor de las problemáticas del paciente con TDAH.

Evidentemente, la familia es el principal contexto de socialización mediante el cual se favorece el desarrollo de la personalidad y la emocionalidad, especialmente durante los primeros años de la infancia en los que los padres y madres juegan un papel esencial, constituyéndose en el primer medio de socialización y formación. Desde esta óptica microsistémica interactiva, se propone la existencia de diferentes estilos educativos parentales (López-Soler, Puerto, López-Pina & Prieto, 2009).

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

Son diversas las variables o dimensiones que se combinan y se han formulado para definir como resultado estilos educativos determinados. Desde mediados del siglo pasado, gran parte de padres/madres-hijos/hijas al menos dos variables en las prácticas educativas parentales: dimensiones de apoyo y de control parental. Con el paso del tiempo, dichas dimensiones se han disgregado y, en la actualidad, se consideran cuatro aspectos en las conductas de los progenitores y progenitoras: el afecto o apoyo, el grado de control o disciplina, el grado de madurez, y la comunicación entre padres y madres e hijos o hijas. Estas dimensiones y su combinación procuran experiencias educativas diversas que los niños y niñas viven en su familia y que influirán en su desarrollo. Por lo que, de la interrelación de las variables que se producen en las prácticas educativas parentales, surgen los diferentes estilos educativos, en función del peso que cada una de ellas tiene en el entramado de las relaciones padres y madres e hijos o hijas (Torío-López, Peña-Calvo & Rodríguez-Menéndez, 2008).

Desde esta perspectiva, se puede definir los estilos educativos parentales como esquemas prácticos que reducen las múltiples y minuciosas prácticas educativas paternas a unas pocas dimensiones que, cruzadas entre sí en diferentes combinaciones, dan lugar a diversos tipos habituales de educación familiar. solapan, ya que los estilos educativos suelen ser mixtos y varían con el desarrollo del niño o niña, no siendo estables a lo largo del tiempo. Los padres y madres confeccionan su estilo educativo a medida de cada niño o niña; por tanto, cuando se habla de estilos de prácticas educativas parentales, se hace referencia a tendencias globales de comportamiento, y serían así resultado de la interacción de diferentes actitudes y conductas de los padres y madres a la hora de interactuar con el niño (Torío-López et al., 2008).

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

Dentro de este ámbito de investigación, el modelo de Baumrind de 1968 tiene en cuenta las interacciones que se enmarcan dentro de dos dimensiones: afecto-comunicación y control-exigencias, y darán como resultado tres estilos: autoritario, permisivo y democrático (López-Soler, Puerto, López-Pina & Prieto, 2009).

El estilo *autoritario* una tendencia a utilizar medidas de castigo o de fuerza dedicando esfuerzos a controlar el comportamiento de los hijos e hijas con patrones rígidos preestablecidos. Es el estilo que tiene repercusiones más negativas sobre la socialización de los hijos e hijas, como la falta de autonomía personal, la creatividad, una menor competencia social o la baja autoestima (Baumrind, 1996). Por su parte, los padres y madres *permisivos* proporcionan autonomía siempre que no se ponga en peligro la supervivencia física del hijo o hija, y su objetivo fundamental es liberarlo del control evitando recurrir a la autoridad, al uso de las restricciones y castigos.

Este estilo de disciplina familiar se describe, principalmente, por una interacción carente de sistematización y no suele ofrecer un modelo con el que el hijo o hija pueda presentar este estilo consiste en que los padres y madres no siempre son capaces de marcar límites a la permisividad, pudiendo llegar a producir efectos socializadores negativos en los niños y niñas respecto a conductas agresivas y al logro de independencia personal (MacCoby & Martin, 1983).

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

Por último, los padres y madres *democráticos* tienden a dirigir las actividades del niño o niña de forma racional, imponiéndole roles y conductas maduras utilizando el razonamiento y la negociación. Es un estilo que se caracteriza por la comunicación bidireccional y un énfasis compartido entre la responsabilidad social de las acciones y el desarrollo de la autonomía e independencia en el hijo o hija. Dicho estilo produce, en general, efectos positivos en la socialización (Baumrind, 1996).

El modelo de Baumrind refleja un cambio en la concepción sobre la socialización, manifestado en aspectos como la noción de que el niño o niña contribuye a su propio desarrollo estilo parental como una característica de la relación entre padre y madre e hijo o hija, más que como una característica exclusiva de los padres y madres (Raya-Trenas, Herreruzo- Cabrera & Pino-Osuna, 2008).

Este nuevo enfoque en el modo de entender las relaciones familiares es denominado por Palacios (1999), *modelo de construcción conjunta o de influencias múltiples*.

Desde esta perspectiva, destacan dos supuestos fundamentales: a) las relaciones entre padres e hijos son bidireccionales, y b) las prácticas educativas sólo son eficaces si se adecuan a la edad de los hijos, y promocionan su desarrollo (Ceballos y Rodrigo, 1998).



“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

Si bien varios estudios muestran que el estilo democrático sería el más adecuado en poblaciones no clínicas dentro de las sociedades actuales, facilitando una mejor adaptación, otros estudios mostraron que no siempre el estilo democrático es el más adecuado en todas las circunstancias y situaciones; de este modo, aunque existe una relación clara entre el estilo democrático y el ajuste de los niños, niñas y adolescentes, esta relación varía según sean las muestras, los contextos y las variables de ajuste tomadas en cada estudio. Dentro de la población pediátrica se encuentran niños y niñas que presentan algún tipo de problema de salud (física y/o mental), por lo que cabe pensar que es una población con características específicas que difiere de la población normal (López-Soler et al., 2009, Pérez-Alonso-Geta, 2012).

Ciertamente se ha establecido que la calidad de las relaciones familiares y los patrones de interacción podrían estar relacionados con el desarrollo y curso de diversos patrones de psicopatología de la niñez. Así, los trastornos de la conducta como el trastorno negativista-más comunes en las familias disfuncionales y en ambientes con niveles elevados de adversidad crónica (Montiel-Nava, Montiel-Barbero & Peña, 2005).

Se considera entonces que, el ambiente psicosocial desempeña un papel modulador fundamental sobre la predisposición biológica al TDAH, impulsividad y la inatención son comprendidas y manejadas por la familia, la escuela o la sociedad (Miranda-Casas, Grau-Sevilla, Marco- Taberner & Roselló, 2007). Por consiguiente, si bien estas variables ambientales no son factores causales, modulan la evolución del trastorno y pueden considerarse como variables de riesgo si aumentan la probabilidad de aparición de los

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

síntomas, o como variables de protección si disminuyen o amortiguan el impacto de los acontecimientos de riesgo (Grau-Sevilla, 2007).

Las relaciones entre el niño o niña con TDAH y su padre y madre, suelen marcarse son menos dóciles, menos sumisos y solicitan más estimulación y ayuda de su padre y de su madre que otros niños o niñas (Roselló, García- Castellar, Tárraga-Mínguez & Mulas, 2003).

La crianza de un niño o niña con TDAH ofrece numerosos retos y los padres y madres usualmente reportan altos niveles de frustración en sus intentos de manejar y controlar su conducta. Esto sucede, entre otras cosas, porque los métodos de disciplina usuales no funcionan debido a que los niños y niñas con TDAH poseen para inhibir las respuestas impulsivas, y son menos sensibles a las peticiones de sus padres y madres.

Así, el estilo personal de los niños y niñas con TDAH provoca procedimientos de disciplina más inconsistentes y coercitivos en sus padres y madres y desencadena asimismo cogniciones negativas sobre sus roles, baja autoestima, aislamiento social y sentimientos de culpa. Esta situación va a repercutir en el propio niño o niña, en su desarrollo emocional y en su autoestima, creándose así un círculo vicioso de interacciones negativas y sentimientos de fracaso que perpetuará las dificultades familiares y las manifestaciones sintomáticas del TDAH (Grau-Sevilla, 2007, Alizadeh, Applequist & Coolidge, 2007).

Así, la disfuncionalidad familiar es mayor para los padres y madres de niños y niñas con TDAH, que para las familias sin el trastorno, y está consistentemente asociada con las alteraciones conductuales, con la gravedad del trastorno y con la persistencia de los síntomas

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández  
del TDAH en los niños y niñas (Montiel-Nava, Montiel-Barbero & Peña, 2005, Miranda-Casas et al., 2007)

Por otro lado, McKee, Harvey, Danforth, Ulaszek y Friedman (2004), consideran que hay dos tipos de estilos parentales negativos que se relacionan con actuales y futuros problemas de conducta en los niños y niñas: el estilo parental permisivo y el autoritario. Precisamente, los padres y madres de niños y niñas con TDAH, al experimentar mayor estrés, utilizan más órdenes y pautas, muestran más desaprobación, más castigos físicos, manejan menos efectivamente el comportamiento de sus hijos e hijas, y exhiben más comportamientos negativos que en los casos de niños o niñas sin TDAH.

De la misma manera, se considera que los estilos permisivos y autoritarios están asociados con la presencia de conductas negativas en los hijos e hijas, como son los problemas internalizantes, externalizantes y atencionales. En concordancia con la literatura, se ha encontrado que el estilo permisivo en madres y el estilo autoritario en padres predicen problemas de conducta externalizantes en niños y niñas, posiblemente porque ambos estilos son inefectivos debido a la dominancia, ya sea del afecto o el control en cada dimensión (Rinaldi & Howe, 2011).

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

Otros estudios evidencian que la disciplina agresiva es el mejor predictor paterno de la hiperactividad, incluso cuando se controlan los problemas de conducta. Woodward et al. (1998), compararon una serie de medidas de funcionamiento familiar y de estilos de paternidad en niños y niñas con y sin hiperactividad, encontrando una relación parentales de crianza pobres, utilización de métodos de disciplina agresiva y poco proactiva, sentimientos negativos de los padres y madres hacia sus hijas e hijos, y control inductivo y refuerzos positivos escasos (Roselló et al., 2003).

Diversos estudios, como el realizado por Goldstein, Harvey y Friedman-Weieneth (2007), han encontrado que los padres y madres de niños y niñas con TDAH son menos afectuosos y más controladores o bien presentan un estilo educativo más negligente que los padres y madres de niños y niñas sin el entre el estilo parental autoritario y el TDAH, donde la madre presenta niveles elevados de estrés mostrándose más crítica, controladora y autoritaria, con menor inclinación a resolver problemas.

Estos padres y madres presentan más reacciones negativas ante sus hijos e hijas con TDAH, y utilizan menos métodos de crianza positivos Raya-Trenas et al., 2011).

Los niños y niñas con el trastorno, que parten de una dificultad previa de autoregulación, necesitan una disciplina proactiva que les proporcione oportunidades de modelado de las conductas adecuadas y de evitación de comportamientos inadecuados, que les ayuden a autorregularse. El establecimiento de límites ayudan en el proceso de adquisición del autocontrol (Lewis, 1981, Hart, Newell & Olsen, 2003, Grau-Sevilla, 2007).

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

En este sentido se ha evidenciado (Baumrind, 1996, Hart, Newell & Olsen, 2003, Maccoby & Martin, 1983) que el estilo democrático, o también llamado autoritativo (caracterizado por altos niveles de afección parental y control conductual), mostró estar positivamente asociado con el ajuste de los niños y niñas de varias edades, mientras que el estilo parental autoritario, (caracterizado por alto nivel de control conductual y bajo nivel de bajo control conductual) estarían relacionados con diferentes tipos de desajustes, como son con los pares, entre otras (Baumrind, 1989, Heller, Baker, Henker & Hinshaw, 1996, Jewell & Stark, 2003, Wolfradt et al., 2003).

De esta manera, Aunola y Nurmi (2005), y colaboradores (2003), concluyen que el control conductual por parte de la madre es una buena estrategia para prevenir problemas conductuales externalizantes, solo si no ejerce control psicológico sobre su hijo o hija.

Asimismo, el vínculo seguro se considera un importante factor protector que estabiliza al niño o niña y le permite un mejor desarrollo cognitivo y afectivo, percibiendo la relación con su padre y su madre de manera más positiva, viendo en ellos una fuente de apoyo y sostén, lo que les permitiría elaborar salidas adecuadas regulación y expresión de los afectos, así como también una mayor capacidad de simbolización y elaboración cognitiva de las situaciones a las que se enfrentan (García-Quiroga & Ibáñez- Fanes, 2007).

Con base en lo anteriormente expuesto respecto del rol que cumple el tipo de estilo parental sobre la evolución de los síntomas del TDAH, como factor protector o de riesgo, el presente estudio como en un principio se menciono, tuvo como variable de análisis la relación entre los estilos parentales implicados e impartidos por los cuidadores en la crianza del niño y el

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

mantenimiento de la sintomatología y como cuando se abordó desde la psicoeducación el cambio en los mismos, desde un debate de pensamientos y creencias irracionales de sus cuidadores acerca de su rol en la crianza, trabajando en el desarrollo de uno más seguro, conciente, consistente, dirigido y menos autoritario y desorganizado, se comenzaron a ver respuestas positivas en el cambio de actitud y conducta en el niño.

El cual en conjunto con la intervención con el paciente ha venido mostrando resultados satisfactorios, reflejándose no solo un cambio conductual si no a nivel de sus cogniciones y control de las mismas.

De igual manera, se hizo imprescindible que la transformación en el estilo parental, estuviera acompañada de una vinculación afectiva más sana para el desarrollo emocional del niño, el cual requiere de comprensión. Es importante que los padres, cuidadores tengan en cuenta, principalmente, que el niño con TDAH no es un “niño malo”, sino que tiene ciertas dificultades que hace que necesiten atenciones diferentes.

Si para todos los niños existe la necesidad de hábitos estables, aún más lo es en estos niños, por lo que sus padres deberán establecer un estilo de vida lo más organizado posible, de ahí la importancia del modelamiento. Además, resulta imprescindible enseñarles que sus conductas tienen consecuencias tanto para ellos mismos como para las personas que los rodean.

Es importante que haya unas normas explícitas, que sean concretas y sencillas. Las consecuencias del no cumplimiento de las normas establecidas deben ser pactadas con el niño, y se deben cumplir siempre. En ningún caso debe utilizarse el castigo físico o las amenazas

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

para regular el comportamiento del niño, ni mucho menos condicionar el afecto de acuerdo al comportamiento esperado, las consecuencias nunca deben relacionarse con la calidad o el aumento o la disminución del afecto hacia el niño.

### **7.Conclusiones y Discusión**

En el presente estudio de caso único se logra describir el impacto de una intervención individualizada y personalizada, bajo el modelo cognitivo-conductual en un niño de 12 años diagnosticado con TDAH, presentación Hiperactivo- Impulsivo. Para ello, se plantearon una serie de objetivos específicos acerca de los cambios positivos que se querían alcanzar tras el abordaje de una serie de aspectos socioemocionales y comportamentales inadecuados en el niño. Para dar desarrollo a la intervención se llevó a cabo el diseño y la implementación de la misma, como resultado de lo hallado en la evaluación, la cual se planteo de 32 sesiones, logrando hasta el momento 23 de ellas. Estas estuvieron dirigidas a abordar no solo las problemáticas con el paciente, si no también desde una terapia multicontextual (familia, colegio), las problemáticas mantenedoras y poco facilitadoras que le provee el ambiente y que le impiden la evolución de las mismas. Dentro de este marco de ideas, se plantearon estrategias de intervención enmarcadas en la importancia de la psicoeducación del trastrono y todas aquellas dificultades asociadas. Para luego seguir con la psioeducación de técnicas cognitivo- conductuales necesarias para introducir al paciente en un pensamiento mas flexible, autocontrolado y positivo, que permitieran regular sus comportamientos impulsivos, hiperactivos e inadecuados.

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

Sin duda alguna, DC logro alcanzar una disminución de sus conductas problemáticas a través del autocontrol, interiorización del habla, estrategias como el entrenamiento en modelamiento, entrenamiento en autoobservación, en identificación de sentimientos, en solución de problemas (cognitivos, académicos y sociales), role playing, refuerzo social, autorrefuerzo positivo individual, entrenamiento en relajación, y el entrenamiento autoinstruccional siguiendo las fases de Meichenbaum (1971). No cabe duda, como por medio de programas de refuerzo, utilizando las distintas técnicas conductuales en el manejo de contingencias, se puede lograr el aumento de conductas adecuadas.

De igual manera, se hizo necesario desplegar un programa de habilidades sociales asertivas que acompañadas con un mejor autocontrol cognitivo-conductual, dieran lugar a los cambios establecidos y esperados en el tratamiento, buscando como único fin el favorecimiento de su bienestar personal, social, emocional y familiar. Con respecto al trabajo psicoterapéutico con la familia, hoy los acudientes (abuela, padre) se describen como más expresivos a nivel afectivo y con más comunicación con su hijo, a la vez que integran una mayor exigencia y control, además se perciben como menos permisivos, es decir, que aunque se ha favorecido la expresión de afecto, esta no ha entorpecido la clara labor de imponer reglas y normas consistentes.



“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

Estos datos resultan fundamentales ya que la mejora de los estilos de crianza a través de la terapia dirigida a la familia, la capacitación que se realizó a los acudientes, la enseñanza de habilidades de afrontamiento han mejorado la calidad de vida y las relaciones intrafamiliares. Evidentemente, se logró que la familia desarrollara y potencializara habilidades y/o competencias socioemocionales y de pautas educativas en el hogar más consistentes y adecuadas.

Evidentemente, así como es la relación del estilo paternal y el rol del padre en la vida del niño con TDAH, fue igualmente importante estudiar el vínculo afectivo que ha establecido el niño y sus padres o cuidadores a través de sus primeros años de infancia y el cual se ha mantenido hasta ahora sirviendo de factor mantenedor de las problemáticas. Según Bowlby, 1969, la afectividad es como un lazo que se afianza con el tiempo y finalmente llega a formar parte de la estructura psíquica del individuo, siendo la protección la función biológica de la afectividad. En este caso, los cambios en la calidad de la vinculación afectiva de los cuidadores y sobre todo del padre jugaron un papel determinante en el proceso terapéutico y en el alcance de las metas propuestas. Una vinculación afectiva segura, es un factor protector que facilita el desarrollo de competencias en las que los niños con TDAH pueden tener dificultades.

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

Con la mejora de las habilidades parentales, se favorecieron también las actitudes positivas de los cuidadores, fomentándose la autoestima y la competencia social del niño, por lo tanto se observa como la actitud de los padres es un importante factor que influye en el desarrollo de la salud socioemocional de los niños con TDAH (Sonuga-Barke, Auerbach, Campbell, Daley y Thompson, 2005; Treacy, Tripp y Baird, 2005).

Indudablemente, son los padres o cuidadores una herramienta imprescindible en el avance de sus hijos en la psicoterapia, en este caso se observó como el conocimiento de los cuidadores sobre la importancia de su apoyo en la intervención, y la comprensión del proceso donde ellos sienten que son partícipes y no solo espectadores de los cambios, y donde no solo es la labor del terapeuta la que hace impacto en la vida del niño y sus circunstancias, si no que es el trabajo en equipo de todos los contextos donde el se desarrolla.

Por otro lado, es necesario revelar que también se han presentado dificultades en el proceso, como la inconsistencia en la asistencia o la no aplicación de todos los cambios ambientales tendientes a apoyar el niño en casa con sus tareas escolares, como parte del entrenamiento en padres o cuidadores, pero más aun cabe mencionar que no se ha contado ni con la disponibilidad ni el interés del instituto escolar donde estudia el niño en el proceso psicoterapéutico.

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

Sin embargo, vemos como el paciente aun no teniendo todas las condiciones, herramientas de su lado, comienza a interiorizar sus aprendizajes con responsabilidad, compromiso y la motivación de querer cambiar aquellas dificultades de las cuales tiene el manejo, conciencia y ahora posee las estrategias para poder conducir las de una manera mas positiva para el y para relacionarse con su entorno. De este modo, y a través de varias sesiones de tratamiento guiadas por un modelo teórico de tipo cognitivo conductual, con apoyo de técnicas basadas en la evidencia científica, el paciente fue minimizando sus conductas desadaptativas, mejorando su sintomatología hiperactivo –impulsiva y todas las dificultades asociadas a esta.

No obstante, se hace necesario que sus acudientes apoyen mas al niño en su vida escolar, acompañándolo en este proceso del cual requiere apoyo, supervisión y motivación. Se sugiere seguir insistiendo en la colaboración del contexto académico, como parte esencial del proceso académico y no solo del niño en cuestión si no de todos los niños que seguramente puedan tener una sintomatología similar y que como es seguro tampoco se están atendiendo dentro del plantel.

Con todo y la falta de apoyo de este establecimiento, es evidente como el aprendizaje del niño a través del proceso psicoterapéutico ha influido de manera satisfactoria en el comportamiento en el aula y con sus compañeros. Los castigos, tiempos fuera han disminuido, sin embargo se sigue trabajando en perseguir un mejor desempeño escolar.

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

A partir de estas evidencias obtenidas en la intervención en el presente estudio de caso, podemos exponer que los objetivos y las expectativas en cuanto al tratamiento se están logrando satisfactoriamente, incluso contando con las ya mencionadas dificultades, por lo cual podemos decir que los resultados obtenidos con este plan de intervención, comprueban la eficacia del tratamiento cognitivo conductual en el TDAH, basado en algunos autores como Barkley ( 1997) y Orjales (2010), entre otros.

En virtud de todos los progresos del niño, se hace necesario continuar el tratamiento y seguir contando con sus acudientes, como parte esencial del cambio, ya que resta seguir trabajando con ellos en la modificación de sus pensamientos disfuncionales y creencias, así como seguir instruyendo al niño con estrategias cognitivo-conductuales en la adquisición de nuevas habilidades como aprender a tolerar la frustración y ser aún más flexible en sus pensamientos.

Por otro lado, cabe resaltar que éste estudio de caso como un análisis investigativo es un aporte que contribuye al desarrollo de un conocimiento base en el área de la intervención clínica del TDAH. Así mismo, debemos destacar la importancia de los estudios científicos realizados sobre el tema, los cuales han permitido delimitar cada día más las posibles causas del TDAH, aportes para el manejo en la intervención, como también, en base a estos descubrimientos, elaborar tratamientos farmacológicos más efectivos para el tratamiento del TDAH.

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

Sin embargo, y pese a los notables aportes que producen los tratamientos farmacológicos en quienes padecen TDAH, no se debe dejar de lado a la hora de abordar el tema, los tratamientos multimodal de carácter integrativo, ya sean estos en el ámbito escolar como en el social, pues son estos métodos terapéuticos los que a la larga permitirán la adaptación y desarrollo normal del niño dentro de su entorno.

Resulta de gran relevancia para nosotros como Psicólogos cognitivos-conducutales el ir enriqueciendo nuestros conocimientos, con casos tal como el presentado en este estudio, pues en base a estas experiencias vamos formando conciencia de la importancia de nuestra labor dentro de la sociedad y a la vez nos hacemos partícipes de las muchas tareas que aún faltan por cumplir para así lograr tratamientos más efectivo de este y otros trastornos.

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

## 8. Bibliografía

American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, (DSM-IV). (4ta. Edición). Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (2002), *Manual de diagnóstico estadístico de los trastornos mentales (DSM-IVTR)* . Barcelona: Masson..

Arco, J.L., Fernández Martín, F y Hinojo, F.J. (2004) Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: intervención psicopedagógica, *Psicothema*, 16 (3), 408-414.

Baumrind, D. (1989). Reading competent children. En W. Damon (ed.) *Child development today and tomorrow*, (pp. 349-378). San Francisco: Jossey-Bass.

Baumrind, D. (1996). The discipline controversy revisited. *Family Relations*, 45, pp. 405-414.

Barkley, R.A. (1998). El desorden de hiperactividad y déficit de atención. *Investigación y Ciencia*, Noviembre, 48-53.

Barkley, R (1996). *Taching Charge of ADHD*. New York: The Guildford press.

Beck, A. T., & Freeman, A. (2005). *Terapia Cognitiva de los Trastornos de la Personalidad*. Paidós Ibérica.

Bowlby, J. (1999). *Vinculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida* . Madrid: Morata.

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

Caballo, V. E., & Simon, M. Á. (2001). *Manual de Psicología Clínica Infantil y del*

*Adolescente*. Madrid: Ediciones Piramide.

Cardo e, servera-Barceló M. Prevalencia del trastorno de déficit de atención e hiperactividad.

Rev Neurol 2005;40(Supl 1):S11-15.

Cornejo JW, Osío O, Sánchez Y, Carrizosa J, Sánchez G, Grisales H, et al. Prevalencia del trastorno por déficit de atención-hiperactividad en niños y adolescentes colombianos. Rev

Neurol 2005;40:716-722.

Cormier, W. H., & Cormier, L. S. (2000). *Estrategias de Entrevistas para Terapeutas*. Bilbao:

EDITORIAL DESCLEÉ DE BROUWER, S.A., 2000.

Connor, D.F., Edwards, G., Fletcher, K.E., Baird, J., Barkley, R.A. y Steingard, R. (2003).

Correlates of comorbid psychopathology in children with ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42 (2), 193-200.

Cruz Alcalá LE, Ramos Herrera A, Gutiérrez Paredes DE, Márquez García AV y col.

Prevalencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en escolares de tres poblaciones del estado de Jalisco. *Rev Mex Neurociencia* 2010;11(1):15-19.

Gallego, J. (2002). *Enseñar con estrategias: Desarrollo de habilidades en el aprendizaje escolar*. Madrid: Pirámide.

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

García Villamizar, D. y Polaino-Lorente, A. (1997) Breve aproximación histórica al concepto de hiperactividad infantil, en Polaino-Lorente, A., Avila de Encío, C., Cabanyes y Truffino, J., Orjales, I. y Moreno, C., *Manual de Hiperactividad infantil*. Madrid: Unión Editorial.

González, R., Bakker, L. & Rubiales, J. (2014). Estilos parentales en niños y niñas con TDAH. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 12 (1), pp. 141-158.

Kaplan H.J. y Sadock B.J.(2000). *Sinopsis de Psiquiatría*. Madrid: Editorial médica.

Meichenbaum, D. (1981), Una perspectiva cognitivo- comportamental del proceso de socialización, *Analisis y Modificación de Conducta*, 7 (14-15),85-111.

Meichenbaum, D. (1985), Cognitive behavioral modification with hyperactive children. Paper presented at The International Conference on *Hyperactivity as a Scientific Challenge*. Groningen, The Netherlands.

Montiel-Nava C, Peña JA, López M, Salas M, et al. Estimations of the prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in Marabino children. *Rev Neurol* 2002;35(11):1019-1024.

Miranda-Casas A, García-Castellar R, Melià-de Alba A, Marco-Taverner R. Aportaciones al conocimiento del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Desde la investigación a la práctica. *Rev Neurol* 2004; 38 (Supl 1): S156-63.



“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

Nezu, A. M., Maguth Nezu, C., & Lombardo, E. (2006). *Formulación de Casos y Diseño de Tratamientos Cognitivo-Conductuales*. Bogotá: Manual Moderno.

Orjales, I. (2007). El tratamiento cognitivo en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH): revisión y nuevas aportaciones. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 3, 19-30.

Orjales, I. y Polaino-Lorente, A. (2001). Programa de intervención cognitivo-conductual para niños con déficit de atención con hiperactividad. Madrid: CEPE.

Paz, B. M., & Bermudez Sanchez, A. M. (2010). *Manual de Psicología Clínica Infantil*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Pérez, J. y Brito, A.G. (2004). Manual de atención temprana. Madrid: Pirámde.

Rodríguez, J. (2000). Psicopatología infantil básica. Madrid: Pirámide.

Tomas, J. y Pros, M. (2004). TDHA: Hiperactividad, niños movidos e inquietos. Barcelona: Laertes.

Vallejo J. (1998). Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. Barcelona: Masson.

Wicks-Nelson, R. e Israel, A.C. (1997). Psicopatología del niño y del adolescente. Madrid: Prentice Hall.

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

Wolraich ML, Hannah JN, Pinnock TY, Baumgaertel A, Brown J. Comparison of diagnostic criteria for attention-deficit hyperactivity disorder in a country-wide sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35(3):319-324.

Wolraich ML, Hannah JN, Baumgaertel A, Fourier ID. Examination of DSM-IV criteria for attention deficit/hyperactivity disorder in a country –wide sample. *J Dev Behav Pediatr* 1998;19(3):162-168. Rodríguez, J. (2000). *Psicopatología infantil básica*. Madrid: Pirámide.

Vallejo J. (1998). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Barcelona: Masson.

Wicks-Nelson, R. e Israel, A.C. (1997). *Psicopatología del niño y del adolescente*. Madrid: Prentice Hall.

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

## ANEXOS

NADA = POCO = BASTANTE = MUCHO =

0 PUNTOS. 1 PUNTO. 2 PUNTOS. 3 PUNTOS

### Questionario de conducta de CONNERS para Padres

(C.C.I.; Parent`s Questionnaire, C. Keith Conners). Forma abreviada.

ÍNDICE DE HIPERACTIVIDAD PARA SER VALORADO POR LOS PADRES				
	Nada	Poco	Bastante	Mucho
1. Es impulsivo, irritable.				
2. Es llorón/a.				
3. Es más movido de lo normal.				
4. No puede estarse quieto/a.				
5. Es destructor (ropas, juguetes, otros objetos).				
6. No acaba las cosas que empieza				
7. Se distrae fácilmente, tiene escasa atención.				
8. Cambia bruscamente sus estados de ánimo.				
9. Sus esfuerzos se frustran fácilmente.				
10. Suele molestar frecuentemente a otros niños.				
TOTAL.....				

#### Instrucciones:

Asigne puntos a cada respuesta del modo siguiente:

- Para obtener el **Índice de Déficit de Atención con Hiperactividad** sume las puntuaciones obtenidas.
- Puntuación:

Para los **NIÑOS** entre los 6 – 11 años: una puntuación >16 es **sospecha** de DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD.

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

Para las **NIÑAS** entre los 6 – 11 años: una puntuación >12 en Hiperactividad significa **sospecha** de DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD.

## Cuestionario de conducta de CONNERS para PROFESORES

(C.C.E.; Teacher`s Questionnaire, C. Keith Connors). Forma abreviada

<b>ÍNDICE DE HIPERACTIVIDAD PARA SER VALORADO POR LOS PROFESORES</b>				
	<b>Nada</b>	<b>Poco</b>	<b>Bastante</b>	<b>Mucho</b>
1. Tiene excesiva inquietud motora.				
2. Tiene explosiones impredecibles de mal genio.				
3. Se distrae fácilmente, tiene escasa atención.				
4. Molesta frecuentemente a otros niños.				
5. Tiene aspecto enfadado, huraño.				
6. Cambia bruscamente sus estados de ánimo.				
7. Intranquilo, siempre en movimiento.				
8. Es impulsivo e irritable.				
9. No termina las tareas que empieza.				
10. Sus esfuerzos se frustran fácilmente.				
TOTAL.....				

### Instrucciones:

Asigne puntos a cada respuesta del modo siguiente:

NADA = POCO = BASTANTE = MUCHO =

0 PUNTOS. 1 PUNTO. 2 PUNTOS. 3 PUNTOS

- Para obtener el **Índice de Déficit de Atención con Hiperactividad** sume las puntuaciones obtenidas.
- Puntuación:

Para los **NIÑOS** entre los 6 – 11 años: una puntuación >17 es **sospecha** de DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD.

Para las **NIÑAS** entre los 6 – 11 años: una puntuación >12 en Hiperactividad significa **sospecha** de DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD.

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

### **Inventario de Depresión para Niños. *Children's Depression Inventory.* (CDI)**

El autoinforme CDI (*Children's Depression Inventory*) fue desarrollado por Kovacs y colaboradores (1983). El CDI es el autoinforme más usado para la evaluación de la depresión infantil en niños y adolescentes de 7 a 17 años. Esta escala se creó a partir del Beck Depression Inventory (Beck, 1967), para ser aplicado a niños y adolescentes en edad escolar.

El CDI consta de 27 ítems que miden sintomatología depresiva. Entre los síntomas que recoge incluye: el estado de ánimo deprimido, problemas interpersonales, sentimientos de incapacidad, anhedonia y autoestima baja o negativa. De los diversos instrumentos existentes que miden depresión o sintomatología depresiva es el que requiere un nivel más bajo de comprensión lectora. La escala discrimina entre jóvenes con diagnóstico de depresión mayor o distimia, otros trastornos psiquiátricos y muestra comunitaria. Además es una prueba sensible a los cambios de la sintomatología depresiva a través del tiempo, lo que le hace adecuado para el uso en estas edades por su fácil administración y puntuación y además lo convierte en un procedimiento adecuado para el *screening*.

A pesar de que el CDI no es un instrumento diagnóstico, sus ítems se corresponden con los síntomas que aparecen en el DSM-IV (APA, 1995) y en el DSM-IV-TR (APA, 2000)

La edad recomendada para su aplicación es de 7 a 17 años, y el punto de corte (centil=90) establecido por la autora, según baremos americanos, está en la actualidad en una puntuación directa de 20 (la misma autora ha utilizado el punto de corte 19 en numerosos trabajos).

#### **Puntuación e interpretación del CDI.**

Todos los Ítems del CDI tienen tres enunciados de respuesta. El 50% de las preguntas comienzan con alternativas de respuesta que indican mayor sintomatología; el resto sigue una secuencia invertida reflejando ausencia de sintomatología. Las alternativas de respuesta presentan los siguientes valores:

- 0 Ausencia de sintomatología.
- 1 Sintomatología leve.
- 2 Sintomatología depresiva.

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

**Existen dos tipos de puntuación del CDI:**

- a) Puntuación directa: por suma del total de los puntos obtenidos en las 27 preguntas. Siendo la puntuación máxima posible de 54 puntos y la mínima de 0.
- b) Puntuación por escalas. Los Ítems del CDI se pueden agrupar en cinco subdimensiones o escalas que reflejan los siguientes constructos:
  - A) humor negativo;
  - B) problemas interpersonales;
  - C) sentimiento de inutilidad, ineficacia;
  - D) anhedonia (displacer);
  - (E) baja autoestima.

**Interpretación.**

Las puntuaciones del CDI se pueden interpretar en base a varios criterios de medida:

- a) Interpretación de las puntuaciones directas (puntuación total obtenida en las 27 preguntas).
- b) Interpretación de las puntuaciones directas y sus equivalentes en la escala de percentiles para diferentes grupos de edad y género.
- c) Interpretación de las 5 escalas o subdimensiones. La interpretación sigue el criterio de puntuaciones directas y su equivalente en percentiles para cada escala.

El valor 19 determinaba depresión severa, mientras que una puntuación de 10 ó más debería considerarse como indicativa de depresión moderada (Orvaschel, Sholonukas y Weissman, 1980 a).

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

### CUESTIONARIO – CDI

Población infantil de 7-17 años. Se trata de un cuestionario autoadministrado.

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_  
**Unidad/Centro** \_\_\_\_\_ **Nº Historia** \_\_\_\_\_  
**Edad:** \_\_\_\_\_ años \_\_\_\_\_ meses. **Sexo** \_\_\_\_ **Curso escolar** \_\_\_\_\_

1.

- a) Estoy triste de vez en cuando.
- b) Estoy triste muchas veces.
- c) Estoy triste siempre.

\*2.

- a) Nunca me saldrá nada bien
- b) No estoy seguro de si las cosas me saldrán bien.
- c) Las cosas me saldrán bien

3.

- a) Hago bien la mayoría de las cosas.
- b) Hago mal muchas cosas
- c) Todo lo hago mal

4.

- a) Me divierten muchas cosas
- b) Me divierten algunas cosas
- c) Nada me divierte

\*5.

- a) Soy malo siempre
- b) Soy malo muchas veces
- c) Soy malo algunas veces

6.

- a) A veces pienso que me pueden ocurrir cosas malas.

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

- b) Me preocupa que me ocurran cosas malas.
- c) Estoy seguro de que me van a ocurrir cosas terribles

\*7.

- a) Me odio
- b) No me gusta como soy
- c) Me gusta como soy

\*8.

- a) Todas las cosas malas son culpa mía.
- b) Muchas cosas malas son culpa mía.
- c) Generalmente no tengo la culpa de que ocurran cosas malas.

9.

- a) No pienso en matarme
- b) Pienso en matarme pero no lo haría
- c) Quiero matarme.

\*10.

- a) Tengo ganas de llorar todos los días
- b) Tengo ganas de llorar muchos días
- c) Tengo ganas de llorar de cuando en cuando.

\*11.

- a) Las cosas me preocupan siempre
- b) Las cosas me preocupan muchas veces.
- c) Las cosas me preocupan de cuando en cuando.

12.

- a) Me gusta estar con la gente
- b) Muy a menudo no me gusta estar con la gente
- c) No quiero en absoluto estar con la gente.

\*13.

- a) No puedo decidirme
- b) Me cuesta decidirme
- c) Me decido fácilmente

14.

- a) Tengo buen aspecto
- b) Hay algunas cosas de mi aspecto que no me gustan.
- c) Soy feo



“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

\*15.

- a) Siempre me cuesta ponerme a hacer los deberes
- b) Muchas veces me cuesta ponerme a hacer los deberes
- c) No me cuesta ponerme a hacer los deberes

\*16.

- a) Todas las noches me cuesta dormirme
- b) Muchas noches me cuesta dormirme.
- c) Duermo muy bien

17.

- a) Estoy cansado de cuando en cuando
- b) Estoy cansado muchos días
- c) Estoy cansado siempre

\*18.

- a) La mayoría de los días no tengo ganas de comer
- b) Muchos días no tengo ganas de comer
- c) Como muy bien

19.

- a) No me preocupa el dolor ni la enfermedad.
- b) Muchas veces me preocupa el dolor y la enfermedad
- c) Siempre me preocupa el dolor y la enfermedad

20.

- a) Nunca me siento solo.
- b) Me siento solo muchas veces
- c) Me siento solo siempre

\*21.

- a) Nunca me divierto en el colegio
- b) Me divierto en el colegio sólo de vez en cuando.
- c) Me divierto en el colegio muchas veces.

22.

- a) Tengo muchos amigos
- b) Tengo muchos amigos pero me gustaría tener más
- c) No tengo amigos

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

23.

- a) Mi trabajo en el colegio es bueno.
- b) Mi trabajo en el colegio no es tan bueno como antes.
- c) Llevo muy mal las asignaturas que antes llevaba bien.

\*24.

- a) Nunca podré ser tan bueno como otros niños.
- b) Si quiero puedo ser tan bueno como otros niños.
- c) Soy tan bueno como otros niños.

\*25.

- a) Nadie me quiere
- b) No estoy seguro de que alguien me quiera
- c) Estoy seguro de que alguien me quiere.

26.

- a) Generalmente hago lo que me dicen.
- b) Muchas veces no hago lo que me dicen.
- c) Nunca hago lo que me dicen

27.

- a) Me llevo bien con la gente
- b) Me peleo muchas veces.
- c) Me peleo siempre

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

## 2. Semejanzas



**Inicio**  
Edades 8-11: reactiva muestra, luego reactiva 1  
Edades 9-11: reactiva muestra, luego reactiva 3  
Edades 12-14: reactiva muestra, luego reactiva 5



**Inversión**  
Edades 9-14: puntuación de 0 o 1 en cualquiera de los dos primeros reactivos dados, aplique los reactivos anteriores en orden inverso hasta obtener dos puntuaciones consecutivas perfectas



**Discriminación**  
Después de 3 puntuaciones consecutivas de 0



**Puntuación**  
Reactivos 1-2: puntuación de 0 o 1  
Reactivos 3-18: puntuación de 0, 1 o 2  
Véase el Manual de aplicación para respuestas muestra

Reactivo	Respuesta	Puntuación
M. Rojo-Azul		
†1. Leche-Agua		0 1
†2. Pluma-Lápiz		0 1
3. Gato-Ratón		0 1 2
4. Manzana-Plátano		0 1 2
5. Camisa-Zapato	Puede ser por el color	0 1 2
6. Invierno-Verano	En nada.	0 1 2
7. Mariposa-Abeja	En que vuelan	0 1 2
8. Madera-Ladrillos	En que son duros	0 1 2
9. Enoja-Alegría	No se.	0 1 2
10. Poeta-Pintor	En que son artista, tienen creatividad	0 1 2
11. Pintura-Estatua	En que son un arte	0 1 2
12. Montaña-Lago	No se	0 1 2
13. Hielo-Vapor	En que los dos queman.	0 1 2
14. Codo-Rodilla	En que son duros.	0 1 2
15. Mueca-Sonrisa	No se como decirlo	0 1 2
16. Inundación-Sequía	No se, son diferentes.	0 1 2
17. Primero-Último	En que los dos estan al principio y al final de la fila	0 1 2
18. Hule-Papel	No se que es hule.	0 1 2

† Si el niño no proporciona una respuesta de 1 punto, dé la respuesta señalada en el Manual de aplicación  
\*Nota: Se sugiere que esta sea la subprueba utilizada en caso de requerir sustitución en el ICV

Continúa →

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

## 2. Semejanzas

(continuación)

Discontinúe después de 3 puntuaciones consecutivas 0.

Reactivo	Respuesta	Puntuación
19. Permiso-Prohibición	En que en uno te dicen no y el otro si.	0 1 2
20. Sal-Agua	En que hay veces el agua es sabada como el agua de Playa.	0 1 2
21. Venganza-Perdón	Son completamente diferentes, no se parecen en nada.	0 1 2
22. Realidad-Fantasia	En que si hay una fantasia se piensan como si fuera una realidad.	0 1 2
23. Espacio-Tiempo	En que hay bastante tiempo y espacio.	0 1 2

Puntuación natural total  
(Máxima = 44)

## 3. Retención de dígitos



Edad  
Edades 8-14:  
Orden directo: reactivo 1  
Orden inverso: reactivo muestra,  
luego reactivo 1



Discontinúe  
Orden directo: Después de  
puntuaciones de 0 en ambos  
ensayos de un reactivo  
Orden inverso: Después de  
puntuaciones de 0 en ambos  
ensayos de un reactivo



Puntuación  
Puntuación de 0 o 1 para cada ensayo  
RDD & RD  
Puntuación natural total para RD en orden directo e inverso,  
respectivamente  
RDDI & RDIL  
Número de dígitos recordados en el último ensayo califica  
con 1 punto para RD en orden directo e inverso,  
respectivamente

Orden directo Ensayo	Respuesta	Puntuación del ensayo	Puntuación del reactivo
1.	2-9 ✓	0 1	0 1 2
	4-6 ✓	0 1	
2.	3-8-6 ✓	0 1	0 1 2
	6-1-2 ✓	0 1	
3.	3-4-1-7 ✓	0 1	0 1 2
	6-1-5-8 ✓	0 1	
4.	5-2-1-8-6 ✗ no dijo	0 1	0 1 2
	8-4-2-3-9 ✓	0 1	
5.	3-8-9-1-7-4 ✗	0 1	0 1 2
	7-9-6-4-8-3 ✗	0 1	
6.	5-1-7-4-2-3-8 ✗	0 1	0 1 2
	9-8-5-2-1-6-3 ✓	0 1	
7.	1-8-4-5-9-7-6-3 ✓	0 1	0 1 2
	2-9-7-6-3-1-5-4 ✓	0 1	
8.	5-3-8-7-1-2-4-6-9 ✓	0 1	0 1 2
	4-2-6-9-1-7-8-3-5 ✓	0 1	

Orden inverso Ensayo	Respuesta	Puntuación del ensayo	Puntuación del reactivo
M.	8-2 ✓		
	5-6 ✓		
1.	2-1 ✓	0 1	0 1 2
	1-3 ✓	0 1	
2.	3-5 ✓	0 1	0 1 2
	6-4 ✓	0 1	
3.	2-5-9 ✓	0 1	0 1 2
	5-7-4 ✗	0 1	
4.	8-4-9-3 ✓	0 1	0 1 2
	7-2-9-6 ✓	0 1	
5.	4-1-3-5-7 ✓	0 1	0 1 2
	9-7-8-5-2 ✗	0 1	
6.	1-6-5-2-9-8 ✓	0 1	0 1 2
	3-6-7-1-9-4 ✗	0 1	
7.	8-5-9-2-3-4-6 ✗	0 1	0 1 2
	4-5-7-9-2-8-1 ✗	0 1	
8.	6-9-1-7-3-2-5-8 ✗	0 1	0 1 2
	3-1-7-9-5-4-8-2 ✗	0 1	

RDD	Retención de dígitos en orden directo (RDD)	
Máxima=(9)	Puntuación natural total	
	(Máxima = 16)	

RDIL	Retención de dígitos en orden inverso (RDIL)	
Máxima=(8)	Puntuación natural total	
	(Máxima = 16)	

Puntuación natural total  
(Máxima = 32)

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

**4. Conceptos con dibujos**

**Inicio**  
Edades 6-8: reactivos muestra A y B, luego reactivo 1  
Edades 9-11: reactivos muestra A y B, luego reactivo 5  
Edades 12-14: reactivos muestra A y B, luego reactivo 7

**Inversión**  
Edades 9-11: puntuación de 0 en cualquiera de los dos primeros reactivos dados, aplique los reactivos anteriores en orden inverso hasta obtener dos puntuaciones consecutivas perfectas.

**Discontinuación**  
Después de 5 puntuaciones consecutivas de 0

**Puntuación**  
Puntuación de 0 a 1 punto  
Las respuestas correctas están en un tipo de letra distinta

Reactivo	Respuesta	Puntuación
A. 1 2   3 4	NS	X
B. 1 2   3 4	NS	
1. 1 2   3 4	NS	0 1
2. 1 2   3 4	NS	0 1
3. 1 2   3 4	NS	0 1
4. 1 2   3 4	NS	0 1
5. 1 2 3   4 5 6 NS	0 1	
6. 1 2 3   4 5 6 NS	0 1	
7. 1 2 3   4 5 6 NS	0 1	
8. 1 2 3   4	NS	0 1
9. 1 2 3   4 5 6 NS	0 1	
10. 1 2 3   4 5 6 NS	0 1	
11. 1 2 3   4 5 6 NS	0 1	
12. 1 2 3   4 5 6 NS	0 1	

Reactivo	Respuesta	Puntuación
13. 1 2 3   4 5 6 7 8 9	NS	0 1
14. 1 2 3   4 5 6 7 8 9	NS	0 1
15. 1 2 3   4 5 6 7 8 9	NS	0 1
16. 1 2 3   4 5 6 7 8 9	NS	0 1
17. 1 2 3   4 5 6 7 8 9	NS	0 1
18. 1 2 3   4 5 6 7 8 9 10 11 12 NS	0 1	
19. 1 2 3   4 5 6 7 8 9	NS	0 1
20. 1 2 3   4 5 6 7 8 9 10 11 12 NS	0 1	
21. 1 2 3   4 5 6 7 8 9	NS	0 1
22. 1 2 3   4 5 6 7 8 9 10 11 12 NS	0 1	
23. 1 2 3   4 5 6 7 8 9 10 11 12 NS	0 1	
24. 1 2 3   4 5 6 7 8 9 10 11 12 NS	0 1	
25. 1 2 3   4 5 6 7 8 9 10 11 12 NS	0 1	
26. 1 2 3   4 5 6 7 8 9	NS	0 1
27. 1 2 3   4 5 6 7 8 9 10 11 12 NS	0 1	
28. 1 2 3   4 5 6 7 8 9 10 11 12 NS	0 1	

Puntuación natural total (Máxima = 28)

**5. Claves**

(Límite de tiempo: 120")

**Inicio**  
Edades 6-7: reactivos muestra de Claves A, luego reactivos de prueba  
Edades 8-14: reactivos muestra de Claves B, luego reactivos de prueba

**Discontinuación**  
Después de 120 segundos

**Puntuación**  
Utilice la planilla de calificación para verificar las respuestas del niño  
1 punto para cada respuesta correcta

Forma	Límite de tiempo	Tiempo de terminación	Puntuación natural total
A.	120"		Máxima = 65
B.	120"		Máxima = 119

Puntuaciones con bonificación por tiempo en ejecución perfecta para Claves A							
Tiempo en segundos	116-120	111-115	106-110	101-105	96-100	86-95	≤85
Puntuación	59	60	61	62	63	64	65



“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

## 6. Vocabulario



**Inicio**  
Edades 4-6: reactivos 5  
Edades 7-11: reactivos 7  
Edades 12-16: reactivos 9



**Inversión**  
Edades 8-11: puntuación de 0 o 1 en cualquiera de los dos primeros reactivos. Además, aplique los reactivos anteriores en orden inverso hasta obtener dos puntuaciones consecutivas perfectas.



**Discriminación**  
Después de 3 puntuaciones consecutivas de 0



**Puntuación**  
Reactivos 1-4: puntuación de 0 o 1 punto  
Reactivos 5-16: puntuación de 0, 1 o 2 puntos  
Véase el Manual de aplicación para respuestas muestra

Reactivo	Respuesta	Puntuación
<b>Reactivos con dibujos</b>		
1. Coche (auto; automóvil)	un carro	0 1
2. Flor	una flor, pétalos	0 1
3. Tren (ferrocarril)	un tren	0 1
4. Cubeta (balde)	un tanque de basura	0 1
<b>Reactivos verbales</b>		
5. Reloj	Un círculo, con unos palitos, para que sirve? Para dar la hora	0 1 2
6. Sombrilla	Se usa para protegerse del sol y de la lluvia	0 1 2
7. Ladrón	Una persona que roba cosas	0 1 2
8. Vaca	no se como explicarlo luego de 30 s dice es un animal de 4 patas	0 1 2
9. Sombrero	Lo que se usa para protegerse de sol, se usa en la cabeza.	0 1 2
10. Valiente	La persona que se enfrenta a todo y no le tiene miedo a nada.	0 1 2
11. Obedecer	hacer las cosas que nos piden.	0 1
12. Bicicleta	un medio de transporte.	0 1 2
13. Antiguo	Algo que es viejo.	0 1 2
14. Abecedario	Todas las letras	0 1 2
15. Remedar	hacer lo que esta haciendo la otra persona	0 1 2
16. Fábula	Una clase de cuento.	0 1 2
17. Emigrar	No se.	0 1 2

† Si el niño no proporciona una respuesta de 2 puntos, dé la respuesta indicada en el Manual de aplicación.  
\* Las respuestas que requieran interrogatorio específico se encuentran identificadas en el Manual de aplicación.

Continúa →

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

## 6. Vocabulario

(continuación)

Discontinúe después de 3 puntuaciones consecutivas de 0

Reactivo	Respuesta	Puntuación
18. Isla	Una ciudad pequeña dentro del mar.	0 1 2
19. Absorber	Tomar algo.	0 1 2
20. Salir	irse.	0 1 2
21. Transparente	Algo que no se ve.	0 1 2
22. Molestia	Que esta rabioso	0 1 2
23. Raramente	Que la persona es rara	0 1 2
24. Preciso	Cuando tu tiras algo y cae en el lugar que quieres.	0 1 2
25. Obligar	Mandar a la persona a hacer algo que no quiere.	0 1 2
26. Rivalidad	Que tiene rivales, personas.	0 1 2
27. Disparate	lo que uno hace enredado	0 1 2
28. Previsión	No se.	0 1 2
29. Afición	No se	0 1 2
30. Arduo	No se	0 1 2
31. Unánime	Una serie de acción.	0 1 2
32. Dilatorio	No se.	0 1 2
33. Enmienda	No se.	0 1 2
34. Inminente	No se.	0 1 2
35. Aberración	No se	0 1 2
36. Locuaz	No se.	0 1 2

Las respuestas que requieren interrogatorio específico se encuentran identificadas en el Manual de aplicación.

Puntuación natural total  
(Máxima = 68)

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

**Matrices**

**Inicio**  
 Edades 6-8: reactivos muestra A-C, luego reactivo 4  
 Edades 9-11: reactivos muestra A-C, luego reactivo 7  
 Edades 12-18: reactivos muestra A-C, luego reactivo 11



**Inversión**  
 Edades 6-11: puntuación de 0 en cualquiera de los dos primeros reactivos dados, aplique los reactivos en orden inverso hasta obtener dos puntuaciones consecutivas perfectas



**Discatización**  
 Después de 4 puntuaciones consecutivas de 0 a 4 puntuaciones de 0 en cinco reactivos consecutivos



**Puntuación**  
 Puntuación de 0 o 1 punto. Las respuestas correctas están en un tipo de letra distinto

Reactivo	Respuesta	Puntuación
1	2 3 4 5 NS	X
1	2 3 4 5 NS	
1	2 3 4 5 NS	
1	2 3 4 5 NS	
1	2 3 4 5 NS	
1	2 3 4 5 NS	
1	2 3 4 5 NS	
1	2 3 4 5 NS	
1	2 3 4 5 NS	
1	2 3 4 5 NS	
1	2 3 4 5 NS	

Reactivo	Respuesta	Puntuación
12	1 2 3 4 5 NS	0 1
13	1 2 3 4 5 NS	0 1
14	1 2 3 4 5 NS	0 1
15	1 2 3 4 5 NS	0 1
16	1 2 3 4 5 NS	0 1
17	1 2 3 4 5 NS	0 1
18	1 2 3 4 5 NS	0 1
19	1 2 3 4 5 NS	0 1
20	1 2 3 4 5 NS	0 1
21	1 2 3 4 5 NS	0 1
22	1 2 3 4 5 NS	0 1
23	1 2 3 4 5 NS	0 1
24	1 2 3 4 5 NS	0 1
25	1 2 3 4 5 NS	0 1

Reactivo	Respuesta	Puntuación
26	1 2 3 4 5 NS	0 1
27	1 2 3 4 5 NS	0 1
28	1 2 3 4 5 NS	0 1
29	1 2 3 4 5 NS	0 1
30	1 2 3 4 5 NS	0 1
31	1 2 3 4 5 NS	0 1
32	1 2 3 4 5 NS	0 1
33	1 2 3 4 5 NS	0 1
34	1 2 3 4 5 NS	0 1
35	1 2 3 4 5 NS	0 1

Puntuación natural total (Máxima = 35)

S

**9. Comprensión**

**Inicio**  
 Edades 6-8: reactivo 1  
 Edades 9-11: reactivo 3  
 Edades 12-18: reactivo 5



**Inversión**  
 Edades 9-11: puntuación de 0 o 1 en cualquiera de los dos primeros reactivos dados, aplique los reactivos en orden inverso hasta obtener dos puntuaciones consecutivas perfectas



**Discatización**  
 Después de 3 puntuaciones consecutivas de 0



**Puntuación**  
 Puntuación de 0, 1 o 2 puntos. Véase el Manual de aplicación para respuestas muestra

Reactivo	Respuesta	Puntuación
1. Dientes		0 1 2
2. Verduras		0 1 2
3. Cinturones de seguridad	x la seguridad de las personas por si se estrellan no se golpeen	0 1 2
4. Policías	Para identificarlos	0 1 2
5. Cartera	devolverla, preguntar al dueño de la tienda o a las personas o mirar su identificación xra saber quien es.	0 1 2
6. Humo	llamar a la policia a los bomberos	0 1 2

↑ Si el niño no proporciona una respuesta de 2 puntos, dé la respuesta señalada en el Manual de aplicación.  
 \* Si el niño contesta con sólo una idea general, pida una segunda respuesta como se indica en el Manual de aplicación.

Continúa



“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

**10. Búsqueda de símbolos**

(Límite de tiempo: 120")

**Inicio**  
Edades 6-7: reactivos muestra de Búsqueda de símbolos A, reactivos de práctica, después reactivos de prueba  
Edades 8-16: reactivos muestra de Búsqueda de símbolos B, reactivos de práctica, después reactivos de prueba

**Discontinuación**  
Después de 120 segundos

**Puntuación**  
Utilice la plantilla de calificación para verificar las respuestas del niño. Reste el número de respuestas incorrectas del número de correctas. Si la puntuación natural total es <0, registre 0

**Tiempo de terminación**     
  **Número de respuestas correctas**     
  **Número de respuestas incorrectas**     
 =     
  **Puntuación natural total**  
 (Edades 6-7: máxima = 35)  
 (Edades 8-16: máxima = 60)

**11. Figuras incompletas**

(Límite de tiempo: 20")

**Inicio**  
Edades 6-8: reactivos muestra, luego reactivos 1  
Edades 9-11: reactivos muestra, luego reactivos 5  
Edades 12-16: reactivos muestra, luego reactivos 10

**Inversión**  
Edades 9-16: puntuación de 0 en cualquiera de los dos primeros reactivos darlos, aplique los reactivos en orden inverso hasta obtener dos puntuaciones consecutivas perfectas

**Discontinuación**  
Después de 6 puntuaciones consecutivas de 0

**Puntuación**  
Puntuación de 0 a 1  
Véase el Manual de aplicación para respuestas muestra

Reactivo	Respuesta	Puntuación
M. Lápiz		✓
1. Zorro	0	1
2. Chaqueta	0	1
3. Gato	0	1
4. Espejo	0	1
5. Hoja	0	1
6. Campana	0	1
7. Mano	0	1
8. Salto	0	1
9. Escalera	0	1
10. Cara de mujer	0	1
11. Cinturón	0	1
12. Hombre	0	1
13. Mueble	0	1

Reactivo	Respuesta	Puntuación
14. Puerta	0	1
15. Tijeras	0	1
16. Reloj	0	1
17. Foco	0	1
18. Silbato	0	1
19. Bicicletas	0	1
20. Cerdo	0	1
21. Dado	0	1
22. Pelota	0	1
23. Banda	0	1
24. Bicicleta	0	1
*25. Naranja	0	1
26. Perfil	0	1
27. Arbol	0	1

Reactivo	Respuesta	Puntuación
28. Puente	0	1
29. Sombrilla	0	1
30. Supermercado	0	1
31. Tina	0	1
32. Enrejado	0	1
33. Termómetro	0	1
34. Paz	0	1
35. Casa	0	1
36. Agua	0	1
37. Familia	0	1
38. Zapato	0	1

**Puntuación natural total**  
(Máxima = 38)

† Si el niño no proporciona una respuesta de 1 punto, dé la respuesta indicada en el Manual de aplicación.  
\* Las respuestas que requieren interrogatorio específico están identificadas en el Manual de aplicación.

**12. Registros**

(Límite de tiempo: 45")

**Inicio**  
Edades 6-16: reactivos muestra, reactivos de práctica, después reactivos 1

**Discontinuación**  
Después de 45 segundos por cada reactivo

**Puntuación**  
Utilice la plantilla de calificación para verificar las respuestas del niño. Reste el número de respuestas incorrectas del número de correctas. Si la puntuación natural total es <0, registre 0. RA y RE: puntuación natural total para los reactivos 1 y 2, respectivamente.

Reactivo	Límite de tiempo	Tiempo de terminación	Número de respuestas correctas	Número de respuestas incorrectas	Diferencia	Puntos de bonificación	Puntuación natural total
1. Aleatorio	45"					Máxima = 4	RA Máxima = 68
2. Estructurada	45"					Máxima = 4	RE Máxima = 68

**Puntos de bonificación por tiempo**  
Si el niño termina un reactivo antes de 45 segundos y la diferencia es >60, otorgue puntos de bonificación

Tiempo en segundos	45	40-44	35-39	30-34	0-29
Puntos de bonificación	0	1	2	3	4

**Puntuación natural total**  
(Máxima = 136)

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

**CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DE ADOLESCENTES**

Yo, Magaly Celin, identificado con cédula de ciudadanía numero 32639869 de B/puerto actuando en mi calidad de representante legal del menor Dwuar Castro, manifiesto a ustedes mi aceptación del tratamiento ofrecido por el Centro de Atención Integral para la Familia Santa Rosa de Lima, CAIF y que ha sido explicado y entendido por mí y cuyas condiciones generales se encuentran en el documento que describe la actividad que desarrolla el Centro, del cual puedo tener un ejemplar si así lo solicito.

Tengo pleno conocimiento y acepto que el tratamiento sea atendido por un psicólogo practicante perteneciente al CAIF que es una unidad dependiente de la Universidad del Norte, a la cual asisten estudiantes de la Maestría en Psicología Clínica con el fin de llevar a cabo la práctica indispensable en su proceso de formación. Entiendo de igual forma que estos practicantes son supervisados por los docentes determinados por la Maestría en Psicología Clínica de la Universidad del Norte y que por lo tanto, mi situación personal será discutida con el (los) supervisor(es) del practicante con el fin de que éstos dirijan y vigilen el servicio que se presta.

Entiendo que toda la información concerniente a la evaluación y tratamiento de mi representado es confidencial y no será divulgada ni entregada a ninguna otra institución o individuo sin mi consentimiento expreso, excepto cuando la orden de entrega provenga de una autoridad judicial competente. También entiendo y por lo tanto estoy de acuerdo con la necesidad de quebrantar este principio de confidencialidad en caso presentarse situaciones que pongan en grave peligro mi integridad física o mental o de algún miembro de la comunidad. La valoración de la gravedad de la situación que permitirá quebrantar el principio de confidencialidad, será determinada por los supervisores del programa en concepto escrito que será puesto en mi conocimiento, pero que no tiene que contar con mi aceptación expresa.

El caso, guardando absoluto rigor en la confidencialidad de los datos personales y de identificación, puede eventualmente formar parte de investigaciones que aporten al conocimiento e intervención del bienestar psicológico de la comunidad.

Autorizo al practicante para que consulte mi caso con otros profesionales de la Institución o terceros expertos, o remitirlo a consulta con especialista para brindar el mejor tratamiento posible. El resultado de dicha consulta me será comunicado verbalmente.

Entiendo y acepto que el tratamiento al que seré sometido es llevado a cabo atendiendo el mejor esfuerzo del practicante y del grupo de profesionales y que en unos casos funciona mejor que en otros.

En forma expresa manifiesto a ustedes que he leído y comprendido íntegramente este documento y en consecuencia acepto su contenido y las consecuencias que de él se deriven.

He leído, comprendido y accedido a lo anteriormente mencionado.

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_

Magaly Celin  
FIRMA  
CC No 32639869

1-11-2014  
FECHA

“Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”

Marcela Prada Hernández

UNIVERSIDAD DEL NORTE  
MAESTRIA EN PSICOLOGIA CLINICA  
CENTRO DE ATENCION INTEGRAL PARA LA FAMILIA SANTA ROSA DE LIMA - CAIF

ENTREVISTA PARA ADOLESCENTES

- Fecha: 1 Nov. /14 HISTORIA No. \_\_\_\_\_  
 Atendido por: Marcela Prada  
 Nombre del Informante: Magaly Cetin  
 Ident. del informante: C.C. No.: 32639869 Parentesco con el paciente: Abuela  
 1. Primer apellido: Castro Segundo Apellido: De la Hoz  
 2. Nombres: Davar Daniel  
 3. No. de identificación: C.C. \_\_\_\_\_ T.I. \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_  
 4. Fecha de nacimiento: 20 Noviembre de 2002  
 5. Lugar de nacimiento: Barranquilla  
 4. Sexo: F \_\_\_\_\_ M  X  
 5. Edad: 12  
 6. Escolaridad: Estudiante  
 Ninguna \_\_\_\_\_ Primaria Incompleta \_\_\_\_\_ Prim. Completa \_\_\_\_\_ Secundaria Incompleta  X Secun. Completa  
 Técnico Incompleto \_\_\_\_\_ Téc. Completo \_\_\_\_\_ Univ. Incompleto \_\_\_\_\_  
 Universitario Completo \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_  
 7. Ocupación: Estudiante 6 grado  
 Estudiante:  X Empleado: \_\_\_\_\_ Trabajador Indep. \_\_\_\_\_ Desempleado \_\_\_\_\_ Hogar: \_\_\_\_\_ Otra: \_\_\_\_\_  
 ¿Cuál? \_\_\_\_\_  
 8. Institución donde estudia o trabaja: Hacienda la Normal  
 9. Teléfono/s donde se le puede contactar: 3654137-3012269676  
 10. Dirección de donde vive: Cra 13 # 61-40  
 11. Barrio: Villate Estrato según servicios públicos: 3  
 12. Estado Civil: Soltero/a  X Casado/a \_\_\_\_\_ Unión Libre \_\_\_\_\_ Madre Soltera \_\_\_\_\_  
 13. Servicio de Salud: SI  X NO \_\_\_\_\_ ¿Cuál? Coopeva  
 Tipo de Vinculación: Cotizante \_\_\_\_\_ Beneficiario  X  
 14. Remitido/a: SI  X NO \_\_\_\_\_ Por quien: Hacienda la Normal  
 15. Motivo remisión: mal comportamiento  
 16. ¿Cómo se enteró del servicio? a través del Colegio  
 17. Atención psicológica y/o psiquiátrica anterior: SI  X NO \_\_\_\_\_  
 Lugar: en el Colegio Hacienda la Normal  
 Duración: 36 con el 72  
 Motivo por el cual terminó: Actualmente asiste  
 Otros especialistas consultados: Ninguno  
 18. Estado Civil de los Padres: Casados \_\_\_\_\_ Separados  X Unión Libre \_\_\_\_\_  
 Viudo (a) \_\_\_\_\_ Soltero/a \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_ Cual? \_\_\_\_\_  
 19. Información Acudiente y/o Acompañante:

INFORMACIÓN	PADRE	MADRE
NOMBRES Y APELLIDOS	Daniel Castro	Angelica Gota Hoz
ESCOLARIDAD	Técnico	Hogar
OCUPACIÓN	Técnico en Tubos	Amia de Casa
LUGAR DONDE TRABAJA	Malambo	-
TELÉFONO FIJO	3654137	-
TELÉFONO CELULAR		