

“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con  
Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años  
Narlys Altamiranda Torres

Intervención Cognitivo Conductual de un caso de Trastorno por déficit de atención con  
Hiperactividad con sintomatología depresiva. Caso único paciente de 9 años

Estudiante

Narlys Milena Altamiranda Torres

Tutora: Ana Mercedes Bello Villanueva, Ph.D

Maestría en Profundización en Psicología Clínica

Universidad del Norte

Barranquilla

Junio 2016

“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con  
Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años  
Narlys Altamiranda Torres

**Contenido**

Introducción.....	6
1. Justificación.....	8
2. Área Problema.....	13
3. Objetivos .....	22
3.1 Objetivo General.....	22
3.2 Objetivos Específicos .....	22
4. Historia Clínica del paciente .....	23
4.1 Información de identificación .....	23
4.2 Motivo de consulta.....	23
4.3 Descripción de la sintomatología.....	23
4.4 Historia del problema actual .....	24
4.5 Historia Personal .....	25
4.6 Historia Familiar .....	26
4.7 Historia Socio-Afectiva .....	27
4.8 Historia Académica.....	28
4.9 Genograma.....	28
4.10 Proceso de Evaluación .....	29
4.11 Resumen de evaluación y resultados .....	30
4.12 Conceptualización Diagnostica y Diferencial.....	42
4.13 Conceptualización Cognitiva.....	42

“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con  
Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años  
Narlys Altamiranda Torres

4.14	Formulación clínica del caso .....	44
4.15	Objetivos terapéuticos y plan o diseño de intervención.....	48
	<b>Objetivo General: Estabilizar la alteración de la conducta. Hiperactividad, impulsividad y atención) .....</b>	<b>48</b>
4.16	Curso del tratamiento.....	52
5.	Aparte de las sesiones .....	59
5.1	Sesión no. 5.....	59
5.2	Sesión no. 6.....	61
5.3	Sesión no. 8.....	63
5.4	Sesión no. 10.....	64
5.5	Sesión no. 12.....	65
6.	Marco Teórico.....	68
6.1	Antecedentes históricos y teóricos de concepto de TDAH.....	68
6.2	Modelos Explicativos del TDAH .....	76
6.3	Antecedentes investigativos relacionados con el TDAH.....	83
6.4	Comorbilidad del TDAH .....	84
6.5	El TDAH y los problemas asociados.....	87
6.6	Técnicas de evaluación del TDAH .....	88
6.7	Intervención cognitiva conductual del TDAH.....	91
6.8	Estilos parentales y la familia en el TDAH .....	102
7.	Análisis del caso.....	106
8.	Discusiones y conclusiones.....	117
	Referencias .....	122

“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con  
Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años  
Narlys Altamiranda Torres

Anexos .....	126
Anexo no. 1 – Escala de Depresión (Primera Aplicación) .....	127
Anexo no. 2 – Escala de Depresión (Segunda Aplicación) .....	128
Anexo No. 3 - Wisc – R Claves .....	129
Anexo No. 4 - Wisc – R Retención de Dígitos .....	130
Anexo no. 5 – Wisc – R Figuras Incompletas .....	131
Anexo No. 6 – Escala de Autoconcepto Piers-Harris .....	132
Anexo No. 7 – IBT Modificado para Niños .....	134
Anexo No. 8 – Cuestionario de conducta de CONNERS para padres (Primera Aplicación).....	137
Anexo No. 9 – Cuestionario de conducta de CONNERS para padres (Segunda Aplicación).....	138
Anexo No. 10 – Cuestionario de conducta de CONNERS para profesores (Primera Aplicación).....	139
Anexo No. 11 – Cuestionario de conducta de CONNERS para profesores (Segunda Aplicación).....	140
Anexo No. 12 – Escala de Evaluación de los Trastornos de conducta perturbadora- formulario para maestros .....	141
Anexo No. 13 – Tarjeta de informe diario para el recreo y el tiempo libre y tarjeta de informe diario para la conducta escolar. ....	142
Anexo No. 14 – Diagnóstico diferencial.....	143
Anexo No. 15 Distorsiones Cognitivas.....	145
Anexo No. 16 Test de Caras (Primera Aplicación) .....	146
Anexo No. 17 Test de Caras (Segunda Aplicación) .....	147

“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con  
Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años  
Narlys Altamiranda Torres

Anexo No. 18 EMBU – C.....	148
Anexo No. 19 Figura Compleja de Rey (Copia y memoria) .....	149
Anexo No. 20 Cuestionario EMBU – P.....	150
Anexo No. 21 Consentimiento Informado.....	151

## **Introducción**

Según investigaciones realizadas, uno de los trastornos que más prevalece en la infancia y la adolescencia, es el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, reportando entre 1.7 y el 17.8% de casos, en el marco de los desórdenes de conducta. Según el DSM IV TR (2000). La prevalencia del trastorno se sitúa entre el 3 y el 7% en niños en edad escolar. Los índices sobre la adolescencia y la edad adulta no manejan exactitud pero la probabilidad que a ese porcentaje se le exprese igualmente el trastorno en la adolescencia y la edad adulta es alta. No obstante, cabe señalar que hay pocos estudios sobre niñas hiperactivas, actualmente autores como (Barkley, Biederman, 1997) consideran que el TDAH está infra diagnosticado en niñas, puesto que se presentan menos comportamientos perturbadores, que son los que interfieren la vida escolar y familiar y más preocupan a los maestros y padres.

Este es un Estudio de Caso Único de un niño de 9 años diagnosticado según los criterios del DSM-V con 314.01 (F90.2) Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad - Presentación combinada.

La unidad de análisis para este estudio, hace énfasis en la intervención tomando en cuenta importancia que tiene la influencia de los estilos parentales, como factor de mantenimiento en el manejo de TDAH desde el enfoque cognitivo conductual, dada la

“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con  
Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años  
Narlys Altamiranda Torres

efectividad y reconocimiento que dicho enfoque a nivel nacional e internacional le ha aportado a este tema.

El propósito de esta investigación consiste en describir eficacia de la intervención desde el enfoque cognitivo – conductual, las estrategias que brinda el modelo y la coexistencia frecuente con la sintomatología depresiva en niños, teniendo en cuenta la relevancia de los estilos parentales inconstantes como factor de mantenimiento en el manejo de un Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad con sintomatología depresiva.

De esta forma, se mostrará la necesidad de manejar desde el enfoque Cognitivo Conductual un proceso de intervención, que contribuya al establecimiento de estrategias que vayan enfocadas hacia aspectos que permitan el mejoramiento continuo y permanente de casos que se presenten posteriormente de Trastornos por Déficit de Atención con Hiperactividad con sintomatología depresiva.

Así mismo, se revisaran los objetivos, hipótesis y análisis del caso clínico, terminando con la discusión y conclusión del proceso de investigación del caso clínico.

## 1. Justificación

Dada la alta prevalencia en la que se presenta el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en la infancia y adolescencia, se hace necesario explorar estrategias que permitan mejorar de manera continua las condiciones de las personas que manejan este trastorno en la actualidad. Es por esta razón que se hace necesario describir con un caso clínico, la efectividad de la intervención cognitivo conductual en el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad con sintomatología depresiva.

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es un síndrome neurológico frecuente, caracterizado por hiperactividad, impulsividad, e inatención, inadecuadas para el grado del desarrollo del niño. Es el problema de comportamiento más común durante la infancia; constituye la enfermedad crónica más frecuente del periodo 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. (Cornejo, y otros, 2005)

Como se mencionó en la introducción, la prevalencia del TDAH en la población oscila entre el 1.7 y el 17, 8%, y entre el 8 y el 20%, según otros estudios. Existen dificultades para la comparación de las prevalencias obtenidas en estos trabajos, explicables por los diversos criterios diagnósticos y métodos de evaluación empleados. El diagnóstico del TDAH se apoya en la evaluación del comportamiento, generalmente mediante la aplicación



“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con  
Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años  
Narly Altamiranda Torres

del Manual diagnóstico estadístico (DSM IV) de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), el cual demanda la presencia presencia de un cierto numero de síntomas en mas de un ambiente, que se hayan manifestado desde cierta edad. Se deben evaluar las respuestas de los padres y los maestros y exigir concordancia entre ellos acerca de los síntomas y la perturbación generada por los mismos, ya que los diagnosticos basados en un solo informante son poco exactos. (Cornejo, y otros, 2005) Revisar cuando se hace referencia de cita.

Con base en lo anterior y después de revisar el impacto que genera la problemática del padecimiento de un trastorno de este tipo en la población infantil, y teniendo en cuenta que en Colombia según la investigación realizada por Alejandro Vega (2007) profesor del departamento de ciencias básicas biológicas de la Universidad Autónoma de Manizales, “se calcula que más del 80% de los niños que lo presentan, también lo expresaran en la adolescencia; en esta etapa quienes lo padecen, están mucho más propensos a retirarse de la escuela (32%-40%); los que continúan raramente completan el colegio (5%-10%), tienen pocos amigos o no los tienen en lo absoluto, se comprometen en actividades antisociales, hacen uso de drogas ilícitas más de lo normal, tienen más propensión a embarazarse a una edad temprana y presentan mayor riesgo a contraer enfermedades de transmisión sexual, quienes conducen vehículos tienden a correr excesivamente o a tener múltiples accidentes de tránsito”; estos hechos anteriormente mencionados, revelan la importancia que tiene el iniciar una intervención temprana del trastorno, ya que lo más probable es que un alto porcentaje (entre el 30% y el 60%) de aquellos a los que se le ha diagnosticado esta

“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con  
Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años  
Narlys Altamiranda Torres

enfermedad en la infancia, sufrirán también en la vida adulta, etapa que se caracteriza por dificultades en las relaciones interpersonales, laborales, sociales y por su alta co-morbilidad con un trastorno de personalidad antisocial, farmacodependencia y alcoholismo entre otros trastornos de conducta. (Vera, Ruano, & Ramirez , 2007)

En esta misma línea, investigaciones realizadas por el Ministerio de Salud y Colciencias en el Tomo I de la Encuesta Nacional de Salud Mental del año 2015 indican que el subtipo más frecuente hallado es el predominante hiperactivo (1.7%) seguido por el predominante inatento (1.1%) y el combinado (0,3%). Es ligeramente mayor en las niñas que en los niños (3.3% frente a 2.6%), el subtipo inatento es el más frecuentemente observado en niñas (1.4% vs 0.7%). Esta distribución de género llama la atención respecto a lo descrito típicamente en la literatura, sin embargo hay que recordar que esto se refiere a la percepción de cuidadores quienes posiblemente toleran más conductas hiperactivas en impulsivas en niños que en niñas, a quienes pueden percibir más problemáticas al calificar sus conductas.

Un estudio de caso único de intervención terapéutica, permite validar las técnicas cognitivas conductuales, con el propósito de corroborar la eficacia, que su uso pueda tener en un caso de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.

Para Kazdin (1980, 1992) el estudio de caso tiene como valores principales: ser una fuente de ideas e hipótesis sobre el desarrollo y ejecución de la conducta humana; ser una fuente para el desarrollo de las técnicas de intervención y de aplicaciones de técnicas

“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con  
Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años  
Narlys Altamiranda Torres

únicas; posibilita estudiar fenómenos extraños o poco frecuentes; proporcionar evidencia en contra de nociones que se consideran ser universalmente aplicables; y, su valor persuasivo y motivacional para hacer inferencias y mantener un particular punto de vista sobre el trastorno clínico.

En consecuencia, se hace necesario realizar un estudio de caso clínico más profundo que haga referencia a las estrategias de intervención, que muestren la efectividad de la intervención cognitivo conductual en Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), para contrarrestar la problemática y que a su vez logre prevenir al coexistencia con otro trastorno, en especial los que hacen referencia a la presencia de sintomatología depresiva. Por lo anterior, y debido a que, por un lado, el estudio de caso es una de las bases principales de aportación de conocimiento que permite luego pasar a realizar estudios más complejos y con todos los requisitos de control experimental. Por ello, el interés especialmente insistir en este punto, en que el estudio de caso es de gran utilidad para aportar conocimientos y técnicas específicas a la psicología clínica y, al tiempo, en muchas ocasiones han sido la antesala del diseño de estudios experimentales bien controlados, que son los que permiten confirmar o rechazar las impresiones clínicas iniciales que proporcionaron los estudios de casos. Sin duda, el estudio de caso, es una fuente inagotable de nuevas ideas para la investigación (Kazdin, 1980).

Así mismo, este estudio pretende proporcionar herramientas que permitan implementar con éxito un entrenamiento adecuado, manejando conceptos teóricos relacionados con la

“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con  
Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años  
Narly Altamiranda Torres

temática de esta entidad clínica entre ellos: las características, sintomatología, modelos explicativos y técnicas de evaluación, entre otros, hasta lograr una aproximación teórica relacionada con el TDAH para los fines requeridos dentro de este trabajo de investigación.

Por ende, los resultados de este estudio de casos generará grandes aportes desde la comunidad académica y científica que serán útiles para aquellos clínicos encargados de dar apoyo a la población que presenta la problemática, ayuden a resolver y/o mejorar eficazmente la calidad de vida presente y futura de las personas que padecen este trastorno.

Así mismo, este estudio tendrá un impacto a nivel educativo, pues contribuye a dar estrategias que exigen al sistema educativo a participar activamente en el proceso de intervención del alumno que padezca la problemática, brindándole tácticas que permitan trabajar articuladamente en pro del mejoramiento continuo y permanente dentro y fuera del aula de clases.

En esa misma línea, aportará significativamente a los padres de familia estrategias que le permitan trabajar en conjunto con el clínico con la finalidad de favorecer que aprendan a resolver conflictos que mejoren el equilibrio de la familia. Además, para implicar a los padres en los programas que se estén llevando a cabo con sus hijos logrando la cooperación de ambas partes para el mejoramiento de la problemática del paciente.

## 2. Área Problema

En la actualidad, se dispone de recursos que van encaminados a trabajar en pro de las personas que padecen trastornos mentales que involucran el comportamiento, a través de estrategias de intervención que buscan contribuir a la disminución de la sintomatología y a la mejora de la calidad de vida para el paciente y su familia. Sin embargo, es de suma relevancia encontrar estrategias de intervención que sean adecuadas para la población infantil que permitan alcanzar un impacto importante en el proceso de mejoramiento del trastorno.

El niño con TDAH presta poca atención, se distrae con facilidad, actúa de manera impulsiva o hiperactiva mostrando estos comportamientos con mayor frecuencia y severidad que los otros niños de su misma edad, afectando la dimensión cognitiva, emocional y social del mismo. Pero además, estos problemas ocasionan un deterioro de la voluntad del niño o de su capacidad para controlar su conducta a lo largo del tiempo, y para mantener en su mente las metas o consecuencias futuras. Es también, un problema y a menudo, es un obstáculo para aprender o relacionarse con los demás (Barkley, 1999).

Según la Organización Mundial de la Salud, OMS, (2001), el niño se define cronológicamente como aquel individuo mayor de un año y menor de 10 años. Es importante hacer esta diferenciación entre etapas de la vida de los pacientes, puesto que

“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con  
Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años  
Narly Altamiranda Torres

existen enfermedades que mentales cuyos inicios se encuentran en la etapa de la niñez o infancia. (Ministerio de Salud y Conciencias, 2015)

Como se ha expuesto durante la introducción del estudio, la prevalencia del TDAH en la población oscila entre 1,7 y el 17,8%, según la revisión de Elia et al, y entre el 8 y el 20%, según otros estudios. Existen dificultades para la comparación de las prevalencias obtenidas en estos trabajos, explicables por los diversos criterios diagnósticos y métodos de evaluación empleados. (Cornejo, y otros, 2005)

Otras investigaciones, manejan la prevalencia según edad, sexo y subtipos, según el DSM-IV, 9:1 en la población clínica y 4:1 en la población normal. Tanto en los trabajos de DuPaul et al como Buitelaar y Engeland [8], las diferencias aparecen más atenuadas, pero siempre favorables a los varones. Estas diferencias parecen desaparecer en los adolescentes con ratios cercanos 1:1 (varones: 47,8%; mujeres: 52,2%). En otro trabajo también se observa que la prevalencia del trastorno se mantiene estable en el sexo femenino, mientras que en los varones parece disminuir significativamente con la edad . En este sentido en algunas revisiones sobre el tema [20,23] se ha apuntado que el hecho de no utilizar criterios diferenciales por género favorece un infra diagnóstico de las niñas. (Cardo & Servera-Barcelo, 2005)

Del mismo modo, las correlaciones con factores perinatales y neurológicos son débiles e inespecíficas, aunque hay indicios, de todos modos, que estos factores pueden distinguir un TDAH más grave de uno medio o moderado. En todos los casos el poder predictivo es

“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con  
Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años  
Narlys Altamiranda Torres

modesto, y además se da un solapamiento entre los correlatos evolutivos de la hiperactividad y los de aquellos con dificultades de aprendizaje. En un reciente estudio que intenta valorar la contribución genética y ambiental en la sintomatología del TDAH en una amplia población de gemelos desde preescolares hasta los 12 años, encontraron una clara influencia genética en los síntomas de inatención y comportamiento sobre-activo tanto en niñas como en niños, aunque estas presentaban un menor grado de problemas de conducta. Los problemas prenatales (hipertensión, tratamiento con fármacos, consumo de nicotina, alcohol, eventos estresantes en el embarazo) sí se relacionaron, pero no perinatales. La relación entre tabaquismo en el embarazo y el TDAH ya se postuló en el estudio de cohorte de Nichols y Chen, quienes establecieron relación entre hiperactividad y fumar cigarrillos en el embarazo, retraso motor a 1 año, tamaño de circunferencia craneal reducido al nacimiento o a 1 año, y excesiva actividad motora a los 8 meses y a los 4 años. Resultados similares fueron encontrados en dos estudios recientes realizados en Holanda e Inglaterra. Indredavik, concluye en un estudio de seguimiento en adolescente de bajo peso para la edad gestacional y muy bajo peso al nacer (menor de 1.500 g) que el peso inferior a 1500 g se asocia a riesgo de desarrollar TDAH sin embargo la prevalencia de este trastorno en la población referida era del 7%. (Cardo & Servera-Barcelo, 2005)

Entre tanto, durante unos años el tratamiento autoinstruccional se alzó como una panacea frente a los programas de intervención conductual predominantes en la época. El entrenamiento autoinstruccional demostró ser efectivo en la reducción de la impulsividad, en el aumento de la capacidad de planificación, concentración y razonamiento, en la

“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con  
Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años  
Narlys Altamiranda Torres

mejora de las habilidades sociales y en el incremento del rendimiento académico. Sin embargo, a pesar que numerosas investigaciones confirmaron la eficacia de su utilización, algunos estudios no pudieron confirmar resultados tan positivos (Abikoff y Gittelman, 1985, entre otros) .(Orjales Villar I. , 2007)

La eficacia de estos paquetes de tratamientos cognitivos conductuales fluctuó desde resultados positivos (Kendall y Urban, 1981, Moore y Cole, 1978, entre otros), las dificultades de generalización al rendimiento escolar (Douglas y Col, 1976) hasta la ausencia de resultados significativos. La aparente ineficacia de muchas de estas de las investigaciones pudo deberse al empleo de muestras pequeñas a la diversidad y magnitud de los tratamientos empleados, a la rigidez de los paquetes utilizados independientemente de las peculiaridades e historia de cada sujeto, a la variabilidad de la severidad del síndrome, a las edades de la aplicación , a la inclusión o no de tratamiento farmacológico o a la existencia de programas de generalización que sean eficaces para transmitir lo aprendido en el contacto escolar. Pero sin duda, un factor determinante fue la brevedad de las intervenciones que se realizan en el marco de las intervenciones (en el menor de los casos 30 sesiones en un periodo de 3 o 4 meses), que permiten constatar mejoras con otros ámbitos pero que resultan insuficientes para valorar la eficacia de un entrenamiento cognitivo que pretende que el niño desarrolle un forma de pensamiento reflexivo tan poco acorde con su naturaleza impulsiva. (Orjales Villar I. , 2007)



“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con  
Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años  
Narlyns Altamiranda Torres

Por otro lado, el catedrático Marino Pérez, (2014) autor de “Volviendo a la normalidad”, asegura que no hay biomarcador cerebral que justifique el trastorno por déficit de atención, afirma que: “No existe. El TDAH es un diagnóstico que carece de entidad clínica y la medicación, lejos de ser propiamente un tratamiento es, en realidad, un dopaje”, lo que si existe, y es a su juicio muy preocupante, es el fenómeno de la “patologización de problemas normales de la infancia, convertidos en supuestos diagnósticos a medicar”. (Pérez, 2014)

De acuerdo con esto, postula: “El TDAH es un diagnóstico, cada vez más popularizado, que carece de entidad clínica. Para empezar, no establece sobre criterios objetivos que permitan diferenciar el comportamiento normal del patológico, sino que se basa en apreciaciones subjetivas, en estimaciones de los padres del tipo de si “a menudo” el niño se distrae o se mueve mucho. Mas que nada, el diagnóstico es tautológico. Si un padre preguntara al clínico por que su hijo es desatento e inquieto, probablemente le responderia por que tienen TDAH, y si le preguntara ahora cómo sabe que tiene TDAH, le diria porque es desatento e inquieto. Por lo demás, insisto, no existe ninguna condición neurobiológica ni genética identificada, y si muchas familias donde se asume que la educación de los niños es mas difícil de lo que se pensaba. (Pérez, 2014)

Así mismo, el semanario alemán Der Spiegel, en un artículo en que ponía en relieve el aumento de enfermedades mentales en la población alemana, explicó que León Eisenberg, el psiquiatra que “descubrió” el TDAH siete meses antes de morir, dijo: “el TDAH es un

“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con  
Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años  
Narlys Altamiranda Torres

ejemplo de enfermedad ficticia”. De acuerdo con esto, el logro de Eisenberg y sus colaboradores fue conseguir que la gente creyera que el TDAH tiene causas genéticas, que es una enfermedad con la que se nace. Él mismo dijo, junto con las palabras en que decía que era una enfermedad inventada, que la idea de que un niño tenga TDAH desde el nacimiento está sobrevalorada. Sin embargo al conseguir que esto calara en los padres, el sentimiento de culpa desaparece, los padres se sienten aliviados porque el niño ha nacido así y el tratamiento es menos cuestionable. (Bastidas, 2013)

El Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), se considera un desorden de etiología multifactorial, frecuente en niños.

Generalmente el diagnóstico no suele establecerse hasta que el niño comienza la escuela primaria y la situación de aprendizaje formal requiere patrones de comportamiento muy definidos. Los métodos de medición de prevalencia y los criterios diagnósticos de este trastorno son aún controversiales; el DSM IV considera una prevalencia entre 3 y 5% de niños en edad escolar, pero hay un alto grado de variabilidad (2). De acuerdo a diferentes autores la prevalencia varía entre 3 y 30% en la población general (3,4). En la mayoría de estudios hay predominio de varones sobre mujeres y en algunos con una relación de 3,88/1 (4,5). (Reátegui Villegas & Vargas Murga, 2008)

Con respecto a la coexistencia de otros trastornos con TDAH en niños, se ha descrito síntomas de depresión entre 14,7 y 75%, dependiendo del estudio epidemiológico o clínico. Sin embargo, no todos los investigadores han obtenido estos resultados. Además, la

“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con  
Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años  
Narlys Altamiranda Torres

depresión es el diagnóstico más frecuente en pacientes con intento suicida, por esta razón es importante investigar si los niños con TDAH y síntomas depresivos pueden tener mayor riesgo. (Reátegui Villegas & Vargas Murga, 2008)

La depresión es un trastorno psiquiátrico prevalente en las diversas etapas de la vida: niñez, adolescencia y adultez. En nuestro medio se han realizado estudios sobretodo en el grupo de adultos y adolescentes. Los trastornos del ánimo en niños en edad preescolar son extremadamente raros, estimándose que la tasa de depresión mayor es de 0,3% en la comunidad y 0,9% en población clínica. En la población en edad escolar la prevalencia de depresión mayor es 2% y en adolescentes 5%. (Reátegui Villegas & Vargas Murga, 2008)

De acuerdo con esto, en el caso de SP se presenta cierta sintomatología depresiva cuya consecuencia sino se hace una intervención eficaz a tiempo, la probabilidad que sea expresado en la adolescencia y la adultez es de alta prevalencia; comprometiéndose en actividades antisociales, haciendo uso de drogas ilícitas, llegando a padecer probablemente, en la etapa adulta dificultades en las relaciones interpersonales, laborales, sociales y por su alta comorbilidad la manifestación de un trastorno de personalidad antisocial.

Con respecto a la relación entre los estilos parentales y el TDAH, estos pueden jugar un papel importante en la aparición y mantenimiento del TDAH. En este sentido, se puede decir que el nivel socioeconómico, la psicopatología paterna o materna o el estrés

“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con  
Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años  
Narly Altamiranda Torres

psicosocial familiar generan unos efectos psicológicos sobre la familia que afectan a las actitudes y pautas educativas de los padres y al ejercicio de la paternidad (Miranda et al., 2005). En esta línea, un modelo establecido por Carr (1999) planteaba que aquellos entornos en los que se era intolerante o se castigaban las conductas propias de la hiperactividad, ofreciendo oportunidades limitadas para el desarrollo de habilidades de autorregulación, mantenían o aumentaban la sintomatología de la hiperactividad, mientras que sistemas sociales más tolerantes y con un mayor apoyo favorecían el desarrollo de estas habilidades de autorregulación. (Raya Trenas, Herreruzo Cabrera, & Pino Osuna, 2008)

La influencia de los entornos sociales sobre la hiperactividad pone en el punto de mira a la familia como principal ámbito de interacción social del niño. Así, diversas investigaciones han demostrado que existe cierta relación entre niveles disfuncionales de disciplina y afecto y el TDAH, así como otros tipos de trastornos externalizantes como la agresividad o los problemas de conducta (Arnold, Danforth, McCusker y Eberhardt, 1998; Collett, Gimpel, Greenson y Gunderson, 2001). (Raya Trenas, Herreruzo Cabrera, & Pino Osuna, 2008)

En el contexto escolar, se presentan serios problemas de adaptabilidad, ya que por lo general los niños que padecen de TDAH tiene a molestar deliberadamente a los otros niños, no esperan turnos, por lo general presentan problemas de atención, son agresivos, tienen problemas académicos y esto genera en el ambiente escolar un desequilibrio que conlleva a

“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con  
Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años  
Narlys Altamiranda Torres

requerir con frecuencia una intervención que implique la participación activa del ámbito educativo.

### 3. Objetivos

#### 3.1 Objetivo General

Describir la intervención Cognitivo Conductual de un trastorno TDAH con sintomatología depresiva: Caso único en paciente de 9 años.

#### 3.2 Objetivos Específicos

- ✚ Describir el estilo parental y las conductas disruptivas como factor de mantenimiento a la luz del caso en términos del análisis de contingencia comportamental basado en la teoría de aprendizaje.
- ✚ Describir la relación que existe entre el TDAH y la sintomatología depresiva.
- ✚ Analizar la efectividad de las estrategias de intervención.
- ✚ Analizar la relación terapeuta paciente presentada en este caso, debido a que es esencial en el modelo cognitivo.

## **4. Historia Clínica del paciente**

### **4.1 Información de identificación**

El paciente es un niño de 9 años, estudiante de tercero de primaria, quien vive con sus padres adoptivos.

### **4.2 Motivo de consulta**

La madre solicita ayuda psicológica, ya que ha llevado al niño en varias oportunidades a tratamiento psicológico, sin resultado alguno.

[...] “Desde los 5 años se muestra hiperactivo” la madre expresa: “Tiene problemas con el comportamiento, es inquieto, no hace caso, no presta atención, no permanece sentado e interrumpe las conversaciones. Ella afirma: “Me preocupa lo que viene, a lo que se va a enfrentar el niño en el momento que se entere verdaderamente que es adoptado”.

El paciente, por su parte, manifiesta: “no sé, no me han dicho”

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

“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con  
Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años  
Narlys Altamiranda Torres

El paciente muestra sintomatología combinada, tanto impulsiva como hiperactiva y atencional, manifestándose con frecuencia e intensidad en el colegio y en la casa. Tiene dificultades específicas al momento de concentrarse y poner atención en una actividad determinada, se muestra inquieto, ansioso, quiere terminar rápido los deberes, incurriendo en errores, se mueve mucho y con frecuencia no tolera esperar turnos.

Así mismo, muestra características donde con frecuencia falla al momento de prestar atención a los detalles, presenta dificultades para mantener la atención, suele levantarse en situaciones en las que debe estar sentado, habla demasiado. Esto generalmente se evidencia durante situaciones escolares, en las que es necesario permanecer atento y concentrados en las actividades a realizar. Con frecuencia no sigue instrucciones, lo que le ha conllevado a problemas en las relaciones sociales, pues la madre lo aísla por temor a que lo rechacen.

De igual modo, evidencia tener dificultad para organizarse, se distrae fácilmente con estímulos externos, responde antes que le pregunten, interrumpe frecuentemente a las personas que están hablando. A raíz de lo anterior, presenta baja tolerancia a la frustración y mantiene una constante necesidad de aprobación por parte de las personas que lo rodean. Otra dificultad que presenta en el colegio es la tendencia a repetir acciones de los demás niños, generando molestias entre los compañeros y docentes de la institución.

#### 4.4 Historia del problema actual



“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años Narlys Altamiranda Torres

SP presenta una conducta inadecuada en el colegio, los profesores dicen que imita conductas de otros niños. La mamá manifiesta que desde que tiene 5 años presenta conducta hiperactivas, ha sido revisada por psiquiatría cuyo diagnóstico inicialmente fue negativo, neuropsicología con diagnóstico de atención dispersa e hiperactividad moderada, de igual forma ha sido revisado por neurología y actualmente se encuentra medicado con (Haloperidol), que es usado para tratar trastornos psicóticos. En psiquiatría ha sido tratado con terapia ABA.

Adicionalmente, está el hecho que el niño desconoce que es adoptado, y su familia teme que esto genere en el niño resentimiento, tristeza al momento de enterarse que ellos no son sus verdaderos padres. Actualmente fue llevado a otro psiquiatra, quien dice que no es necesario el Haloperidol, pero respeta la decisión del psiquiatra que siempre lo ha atendido, quien subió la dosis a 3 gotas en la mañana, a mediodía y en la noche.

#### 4.5 Historia Personal

El embarazo de SP fue bastante conflictivo, pues la madre adoptiva cuenta que la madre biológica quería abortar, debido a que posiblemente el niño era producto de una infidelidad sostenida durante la ausencia de su esposo, pues ella era casa y tenía dos hijas, por tanto es posible que SP percibiera el rechazo desde el vientre. Aunque a su vez manifiesta que por parte de la familia adoptiva fue recibido con mucha alegría, ya que era la única que faltaba

“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con  
Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años  
Narlys Altamiranda Torres

por tener familia. Los padres de SP son profesionales, el papá abogado titulado y la mamá trabajadora social. Viven en un buen barrio en un apartamento propio. Tuvo un desarrollo evolutivo normal y sano, la madre siempre estaba pendiente de todos los controles médicos y vacunas del niño.

Habló a los 2 años y caminó al año y medio su control de esfínteres no recuerda muy bien la fecha pero fue a temprana edad. SP no sabe que es adoptado, los padres de crianzas lo tienen en un seguimiento psicológico para que el niño conozca de cómo fue su nacimiento. En la actualidad la señora que lo cuida dice que es muy insoportable.

#### 4.6 Historia Familiar

La madre expresa: “SP es hijo de corazón”. Ella cuenta que por haberse casado a una edad muy adulta, no pudo tener niños. Su pareja le decía que quería que adoptaran un niño pero ella no estaba decidida ya que pensaba en el momento en que le tocara decirle al niño (a) que ellos no eran sus padres y no sabía cómo lo tomarían las personas que la rodeaban. Ella conoció a la madre biológica de SP a través de una amiga, SP es fruto de una relación extramatrimonial, por tanto ella no podía quedarse con el niño y estaba pensando en darlo en adopción. Por lo anterior, la amiga de la señora Sonia la puso en contacto con la madre biológica de SP pero sin dejarle saber que ella sería quien se quedaría con el niño. Finalmente llegó el día del nacimiento del niño y le entregaron al niño y prepararon todo para la llegada del nuevo miembro de la familia.

“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con  
Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años  
Narlys Altamiranda Torres

La familia materna estaba feliz con la llegada del bebé. La madre cuenta que ella lo ha llevado a diferentes profesionales de la salud. Todo lo que la madre de crianza decía lo refirió como si se tratara de otras personas ya que SP estaba presente y a pesar de estar jugando, se mostraba muy receptivo durante la sesión. Por lo anterior, se le pidió a la madre que la sesión siguiente viniera sola para poder conversar mejor. Actualmente lo tienen en un seguimiento psicológico para poder hablarle de cómo fue su llegada a la casa de los padres de crianza. Su padre adoptivo es alcohólico y actualmente se encuentra en un proceso de abstinencia ya que está asistiendo a A.A.

La madre de SP manifiesta que su padre es muy permisivo y se excede al momento de darle cosas al niño y complacerlo en lo que él diga; mientras que la madre trata de poner orden en este aspecto y eso genera problemas entre ellos. Actualmente es el padre el que se queda con el niño en las tardes aunque tienen una muchacha que los ayuda con los quehaceres de la casa. La abstinencia del padre ha desencadenado en él conductas agresivas para con la pareja y con las personas que le rodean.

#### 4.7 Historia Socio-Afectiva

SP es un niño con muy buenas relaciones en su familia, la madre describe que es un niño tierno, amoroso, se lleva bien con todas las personas pero no sabe jugar con otros niños, tiende a pelear siempre sino se hace lo que él plantea en el juego.

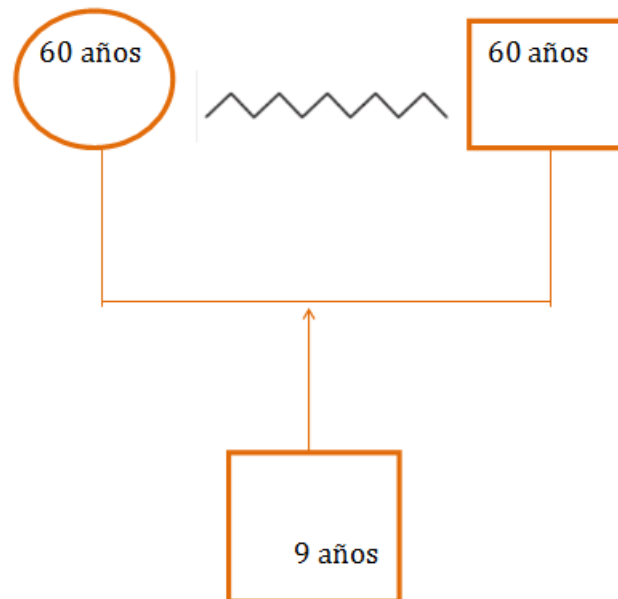
“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años  
Narlyns Altamiranda Torres

#### 4.8 Historia Académica

Es un estudiante promedio, pero la mamá manifiesta que su comportamiento en el colegio no es el adecuado, le ponen quejas a cada rato por mala conducta, le pega a los niños, habla en clases. Hace una semana le pegó a un niño y mandaron a llamar a los padres, están pendientes de ir a hablar con los docentes. Actualmente ha bajado su rendimiento académico por su falta de atención en clases, la docente manifiesta que el niño se distrae con cualquier cosa.

#### 4.9 Genograma

“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años  
Narlys Altamiranda Torres



4.10 Proceso de Evaluación

Áreas evaluadas	Instrumentos utilizados
Depresión	<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Escala de Depresión</li> </ul>
Atención e inteligencia	<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Test de Caras</li> <li>✚ Figura de Rey</li> <li>✚ WISC (Retención, Claves, dígitos, figuras incompletas)</li> </ul>
Distorsiones cognitivas, ideas irracionales y esquemas	<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Distorsiones Cognitivas para niños.</li> <li>✚ Autorregistros (No fueron suministrados)</li> <li>✚ IBT – Modificado para niños</li> </ul>

“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con  
Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años  
Narlys Altamiranda Torres

	<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Escala de Autoconcepto</li> </ul>
Afectividad y Conducta	<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Cuestionario de Conners para padres</li> <li>✚ Cuestionario de Conners para profesores</li> <li>✚ Observación directa (Consultorio)</li> <li>✚ Escala Evaluadora de los Trastornos de Conducta (Maestros)</li> <li>✚ Tarjeta de Informe diario para el recreo y tiempo libre</li> <li>✚ Tarjeta de Informe diario para la conducta escolar</li> <li>✚ Diagnóstico Diferencial</li> <li>✚ Entrevista</li> <li>✚ Test de Familia</li> </ul>
Relacional	<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ EMBU – C</li> <li>✚ EMBU – P</li> </ul>

Tabla 1. Áreas evaluadas e instrumentos utilizados

#### 4.11 Resumen de evaluación y resultados

##### ✚ **Entrevista**

Durante la entrevista SP, se muestra colaborador entiende la las preguntas, empieza a tomar todos los juguetes, cuando se le pregunta por nucleo familiar lo identifica, haciendo la aclaración que él es “hijo de corazón”. Al realizarle la pregunta de porque viene al psicólogo, dice: “no sé, no me han dicho. Menciona que su mamá lo regaña bastante y su papá no tanto, mientras habla está realizando

“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años  
Narlys Altamiranda Torres

otras actividades y se demora para contestar. No se queda quieto, mueve mucho las manos. Se le pregunta en que barrio vive y contesta y dice que no sabe.

 **Cuestionario de Conners para padres (Aplicada en noviembre de 2015)**

De acuerdo con la observación realizada por los padres en casa, la puntuación fue de **22 puntos**, lo que indica una sospecha de un déficit de atención con hiperactividad.

 **Cuestionario de Conners para padres (Aplicada en abril de 2016)**

De acuerdo con la observación realizada por los padres en casa, la puntuación fue de **20 puntos**. En este mes solo disminuyó 2 puntos, ya que la madre dice que no tiene colaboración por parte del padre. Manifiesta que se ha mostrado un poco más obediente.

 **Cuestionario de Conners para profesores (Aplicada en noviembre de 2015)**

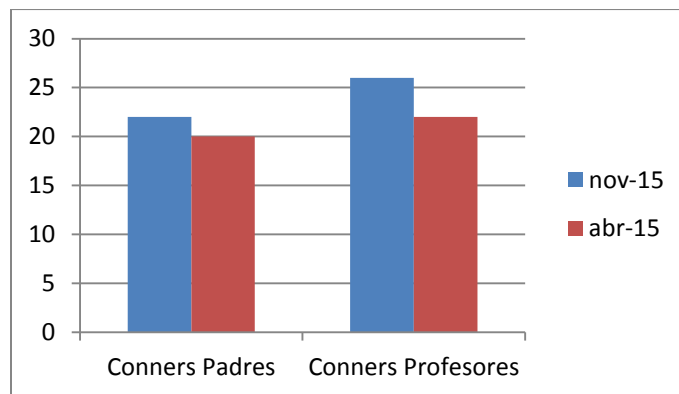
De acuerdo con lo que la profesora observó durante la semana de clases, la puntuación es de **26 puntos**, lo que indica una sospecha de un déficit de atención con hiperactividad.

Los docentes manifiestan estar de acuerdo, pues se demostró que cumple con los criterios principales para el diagnóstico de TDAH.

“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años Narlys Altamiranda Torres

**✚ Cuestionario de Conners para profesores (Aplicada en marzo de 2016)**

De acuerdo con lo que la profesora observó durante la semana de clases, la puntuación es de **22 puntos**, El puntaje solo disminuyó tres puntos, la docente plantea que el comportamiento del niño fluctúa continuamente, pero reconoce menos impulsividad y agresividad. Recomienda trabajar más en la hiperactividad



**✚ WISC**

Índice / test	Puntuación Mayo de 2015	Categoría descriptiva
(Figuras Incompletas)	<b>23</b>	Mostró poca concentración y organización y al momento de realizar la prueba. A pesar de lograr recuperar la información de la figura completa almacenada en su memoria, se distrae fácilmente y tiene baja tolerancia a la frustración cuando no logra acertar. Muestra ansiedad, al momento de no



“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años Narlys Altamiranda Torres

		saber que le hace falta a la figura. Se toma su tiempo para contestar. <b>23 puntos</b>
Dígitos	Orden Directo: 6 Orden Inverso: 0  Total: <b>15</b>	Tiene poca retentiva, pero probablemente sea porque se pone ansioso y de mal genio cuando no logra contestar correctamente. A pesar que aparenta estar atento, sus respuesta dicen lo contrario. <b>15 puntos</b>
Claves	<b>11</b>	Tiene capacidad para aprender una tarea nueva, pero no maneja velocidad y precisión al momento de ejecutar la tarea. Pocas habilidades de atención, se le olvida con facilidad las figuras y debe volver a hacerlo. <b>11 aciertos</b>

Tabla 2. Resultados del WISC

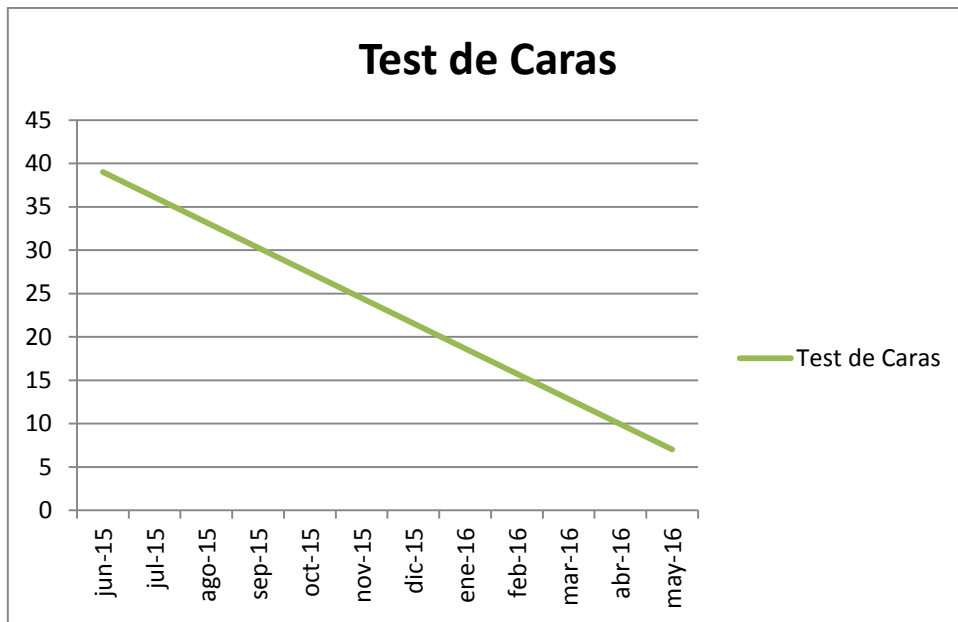
 **Test de caras (Junio 20 de 2015)**

Se procede a la evaluación y se observa que SP está por debajo de la media. Su capacidad para percibir rápida y correctamente diferencias, semejanzas y patrones estímulos parcialmente ordenados es algo baja, lo que está en estrecha relación con su capacidad de atención. Puntaje 60/39.

 **Test de caras (Aplicación Mayo de 2016)**

“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años Narlys Altamiranda Torres

Se procede a realizar nuevamente el test de caras y se observa un notable mejoramiento en su capacidad para percibir rápida y correctamente diferencias y semejanzas y patrones estímulares parcialmente ordenados con respecto a la aplicación anterior. Puntaje 60/7.



**Figura de Rey**

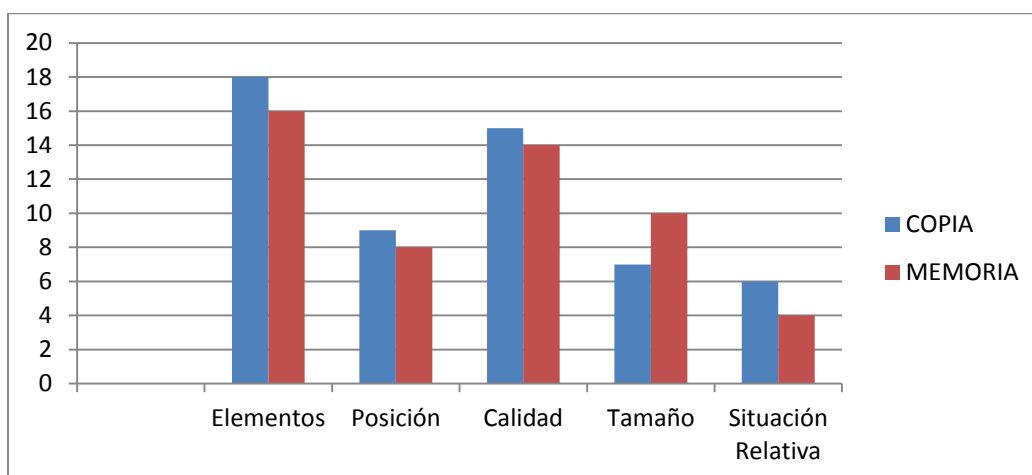
En los resultados, el niño muestra rasgos de impulsividad y falta de atención, ya que omite elementos importantes del dibujo. Con respecto a la calidad del trazo es un poco más precisa, aunque tiende a no seguir ningún orden ni en la copia ni en la reproducción, a raíz de las dificultades que presenta a nivel de organización y planificación.

<b>Elementos del</b>	<b>COPIA</b>	<b>COPIA</b>	<b>MEMORIA</b>	<b>MEMORIA</b>
----------------------	--------------	--------------	----------------	----------------

“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años Narlys Altamiranda Torres

Dibujo		(Abril)		(Abril)
Elementos	22/22	22/18	14/22	22/16
Posición	14/14	14/9	7/14	14/8
Calidad	22/18	22/15	14/22	22/14
Tamaño	16/8	8/7	13/8	16/10
Situación Relativa	8/7	8/6	7/8	8/4

Tabla 3. Resultados de Figura de Rey



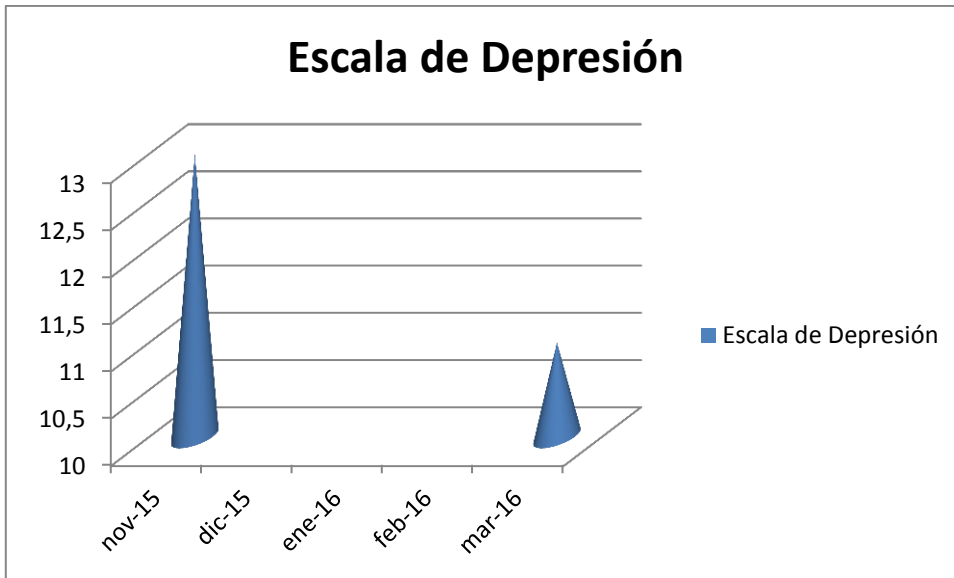
🚦 Escala de Depresión (Aplicación Noviembre de 2016)

En la escala de depresión, SP de manifestó haberse sentido bien durante la semana. La puntuación obtenida fue de **13 puntos**, lo que indica que presenta una leve presencia de sintomatología depresiva.

🚦 Escala de Depresión (Aplicación Marzo de 2016)

“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años Narlys Altamiranda Torres

En la escala de depresión, SP manifestó haberse sentido bien durante la semana. Sin embargo comentó que la muerte de su abuelita lo tenía muy triste y en ocasiones lloraba mucho y a veces no podía dormir. La puntuación obtenida fue de **11 puntos**.



✚ **Distorsiones Cognitivas para niños (Aplicación Marzo de 2016)**

La puntuación del CDCN-1 Cuestionario de distorsiones cognitivas fue de **4 puntos**, lo que indica que se encuentra dentro de los parámetros normales para un niño de su edad.

- ✚ Cuando pierdo un juego pienso que nunca ganaré.
- ✚ Un amigo no me saluda. Está pensando que soy mal amigo.

“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años Narlys Altamiranda Torres

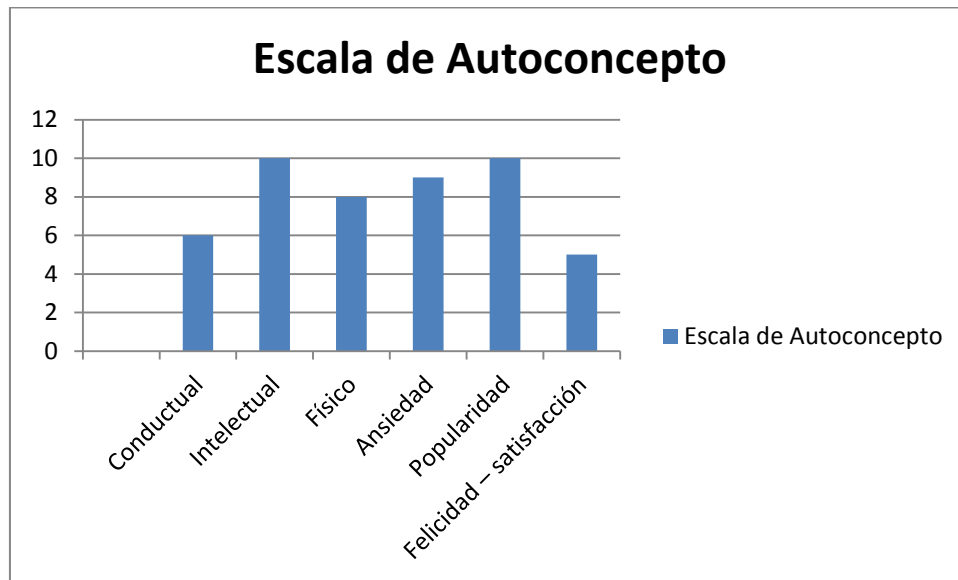
- ✚ Casi todo el mundo tiene más éxito que yo, y cometo más errores que la mayoría de la gente.
- ✚ Mis padres, o los profesores o mis amigos deben comportarse de otra manera, y yo tendría que ser distinto de como soy.

✚ **Escala de Auto concepto**

DIMENSIONES	CODIGO	P.D. Marzo 2016
Conductual	C	6
Intelectual	I	10
<i>Físico</i>	F	8
Ansiedad	A	9
Popularidad	P	10
Felicidad – satisfacción	FS	5
Auto concepto Global	<b>AG</b>	<b>48</b>

Tabla 4. Resultados de Autoconcepto

“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años Narlys Altamiranda Torres



- ✚ **Auto concepto conductual:** Por lo general no percibe que debe portarse de forma apropiada en diferentes tipos de situaciones. En ocasiones es indiferente a este tipo de llamados.
- ✚ **Auto concepto intelectual:** Percepción competente académicamente.
- ✚ **Auto concepto físico:** La percepción de su apariencia física es satisfactoria para sí mismo.
- ✚ **Falta de ansiedad:** No percibe problemas de tipo emocional para el momento de la prueba.
- ✚ **Auto concepto social o popularidad:** No refleja percibir problema relacional con otros, pero durante las entrevistas deja ver que sabe que los niños no quieren jugar con él.

“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años Narlys Altamiranda Torres

✚ **Felicidad-satisfacción:** No se percibe feliz, se muestra insatisfecho en algunas circunstancias de su vida.

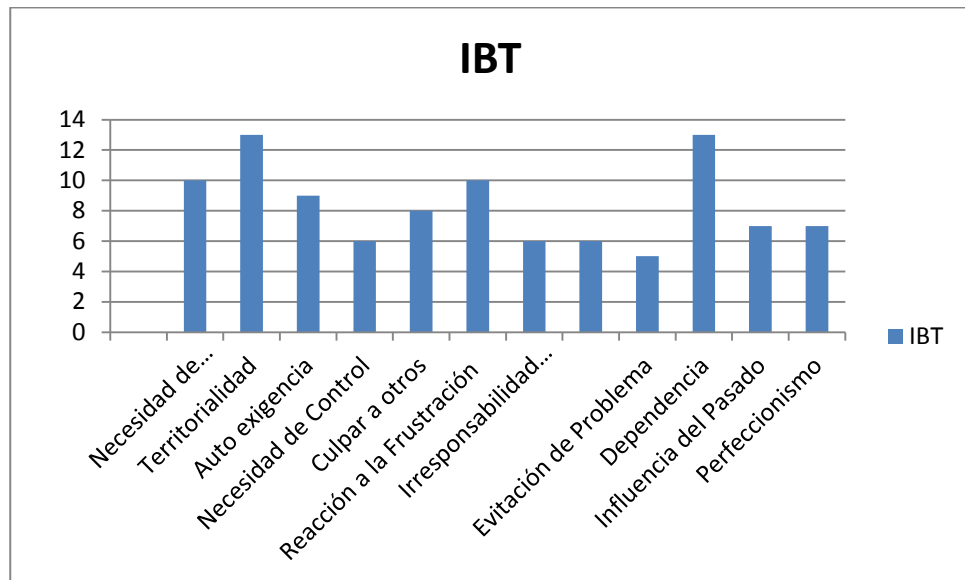
✚ **IBT Modificado para niños**

Los resultados de la prueba arrojan que tiene necesidad de ser amado y aprobado por personas significativas en su vida. Percibe que invaden su intimidad y que no hay un espacio adecuado para él. No tiene ansiedad por preocupación, pero genera mucha dependencia hacia las demás personas.

IDEA	Límite inferior	Media	Límite Superior	Puntuación (Noviembre 2015)	Puntuación (Mayo 2016)
Necesidad de Aprobación	7.5	7.8	8.3	10	
Territorialidad	10.3	10.7	11.1	13	
Auto exigencia	7.9	8.3	8.7	9	
Necesidad de Control	6.7	7.1	7.5	6	
Culpar a otros	8.3	8.6	9.0	8	
Reacción a la Frustración	9.6	10.0	10.4	10	
Irresponsabilidad Emocional	5.0	5.3	5.6	6	
Ansiedad por Preocupación	8.3	8.7	9.1	6	
Evitación de Problema	6.5	6.9	7.3	5	
Dependencia	8.6	9.0	9.4	13	
Influencia del Pasado	6.5	6.9	7.3	7	
Perfeccionismo	6.2	6.5	6.8	7	

Tabla 5. Resultados IBT modificado para niños

“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años Narlys Altamiranda Torres



 **Observación directa:**

Durante las primeras visitas, SP se muestra muy inquieto, interrumpe cuando su madre habla, cuando llega y todavía no es la hora de atención entra a la oficina de la coordinadora del centro, coge agua, se sienta y se levanta en cuestiones de segundo, habla muy rápido, alza la voz, no espera su turno. Cuando entra al consultorio, se le caen las cosas, se tropieza constantemente.

En la actualidad, el niño se muestra menos inquieto, se nota que trata de mantener la atención en las actividades y entrenamientos en los que el terapeuta lo hace partícipe, pero hay estímulos externos que lograr desviar la atención significativamente.



✚ **Escala Evaluadora de los trastornos de conducta – Tarjeta de informe diario para el recreo y el tiempo libre – Tarjeta de informe diario para la conducta escolar.**

En vista de las múltiples ausencias de SP, se le envió al colegio la escala mencionada, arrojando como resultado un retroceso considerable en el comportamiento del niño dentro del aula de clase. Al parecer, a causa de problemas de pareja, la muerte de la abuela, a conducta de alcoholismo del padre y la ausencia de la madre a raíz de la pérdida.

✚ **Listado de chequeo de conductas**

Éste diagnóstico, confirma el cumplimiento de las conductas: hiperactivas, impulsivas e inatentas.

✚ **Cuestionario de estilo educativo percibido por niños (EMBU-C)**

En esta prueba el niño percibe la inconsistencia que manejan sus padres al momento de corregirlo, ya que en ocasiones manifiesta no comprender el motivo por el que en algunas ocasiones lo castigan por un suceso y en otras no aparentemente de acuerdo al estado anímico del padre que corrige. A pesar de saber que lo quiere no comprende su manera de hacerlo.

✚ **Cuestionario de estilo educativo percibido por progenitores (EMBU-P)**

En las respuesta a pesar que son de la madre, confirman la percepción que el niño maneja; ya que la misma madre reconoce que corrige de acuerdo a su estado anímico y que no es consecuente con los castigos sino que los aplica en ocasiones si y en tras no reflejando el estilo parental inconstante manejado al momento de establecer normar y/o limites en el niño, generando así una incongruencia y por ende una percepción errada de la asimilación de dicho proceso.

4.12 Conceptualización Diagnostica y Diferencial

**Eje I: 314.01 (F90.2) Presentación combinada:** Si se cumplen el Criterio A1 (inatención) y el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) – Moderado.

**Eje II:** No reporta

**Eje III:** Enfermedades médicas

**Eje IV:** Problemas en el grupo de apoyo

**Eje V:** 61 – 70 Actual

4.13 Conceptualización Cognitiva

Nombre del Paciente: SP Fecha: Abril de 2016

“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años Narlys Altamiranda Torres

Diagnóstico: **314.01 (F90.2) Presentación combinada:** Si se cumplen el Criterio A1 (inatención) y el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) Durante los últimos 6 meses.

**Datos relevantes de la infancia**  
 Estilo parental Inconsistente  
 Problemas de pareja entre padres adoptivos  
 Consumo de Alcohol de padre adoptivo  
 Exposición intrauterina al alcohol y tabaco

Conducta	Aspecto Cognitivo	Aspecto Emocional
Tiene dificultades para esperar el turno.	“No puedo esperar”, “Me desespero”	Baja tolerancia a la frustración
No termina las tareas que empieza	“Me aburro rápido”	Baja tolerancia a la frustración
Tiene dificultades para organizarse	“No puedo mantener las cosas ordenadas”	Rabia
Se distrae con cualquier cosa.	“Soy distraído”	No reporta
Muy a menudo pierde las cosas que necesita.	“todo se me pierde”	Sentimientos de tristeza
Se levanta constantemente.	“No puedo quedarme quieto”	Sentimientos de tristeza
Interrumpe conversaciones	“No puedo controlarlo”	Necesidad de llamar la atención.
Se comporta agresivo con sus pares	“Me culpan por todo”	Rabia

Tabla 6. Conceptualización Cognitiva

“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años Narlys Altamiranda Torres

4.14 Formulación clínica del caso

De acuerdo con la evaluación realizada al paciente SP, presenta un diagnóstico un Trastorno por déficit de atención con hiperactividad Presentación combinada – estado de gravedad actual moderado, que se evidencian con la manifestación constante de conductas de inatención que se evidencian cuando no logra terminar las tareas, comete muchos errores, no logra centrarse en un solo juego y esto genera problemas con sus pares, se le dificulta organizarse, no sigue instrucciones, evita la realización de tareas que requieren esfuerzo, se distrae con cualquier estímulo, pierde los útiles con frecuencia y suele ser muy descuidado en la realización de las actividades. Así mismo, presenta conductas hiperactivas que se evidencian en el colegio, en la casa y durante las sesiones en Santa Rosa, donde por lo general se muestra inquieto, mueve las manos, se levanta, habla en exceso. De igual forma, muestra conductas impulsivas que se manifiestan por ejemplo cuando llega a consulta le cuesta mucho trabajo esperar, responde precipitadamente, interrumpe las conversaciones constantemente. Con base en lo anterior, se determina que el paciente SP presenta un Trastorno por déficit de atención con hiperactividad Presentación combinada – estado de gravedad actual moderado.

Estos problemas en SP se presentan probablemente por la presencia de múltiples factores de predisposición biológica como el consumo de cigarrillo y alcohol durante su gestación, a causa de la carga de estrés a la que estuvo sometida la madre biológica durante el embarazo, el intento de aborto que se realizó a raíz de los estresores del momento y luego

“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con  
Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años  
Narlys Altamiranda Torres

de su nacimiento los factores vivenciales a los que ha estado expuesto durante su desarrollo evolutivo en casa de sus padres adoptivos, como: los problemas familiares y de pareja, ya que el niño vive estas tensiones y problemas que le afectarían en mayor o menor medida y a corto o largo plazo. Según Andrés María Ramírez, en su artículo “Conflictos entre Padres y Desarrollo De Los Hijos”, los niños ante la situación de conflictos parentales, están expuestos a peleas, denigraciones y recriminaciones mutuas de los padres, que si son abiertos, es decir, si se producen en presencia del niño se pueden asociar a algún tipo de trastorno, entre ellos desordenes de conducta y a problemas internos y externos de conducta. Por otro lado, los conflictos de pareja tienden a provocar aumento en el nivel de agresividad y violencia generando niños que tienden a hacer matoneo a otros.

Otros factores que probablemente influyen de manera relevante en la problemática de SP, son los factores adquisitivos, como el modelado de conductas agresivas que son aprendidas en la casa de los padres y que por ende las replica en otras situaciones en las que se desenvuelve.

Entre tanto, estudios realizados, confirman que el TDAH tiene un fuerte componente genético, y es por esto existe la posibilidad que haya en el paciente un carácter hereditario que nunca fue comprobado por la madre, por la forma en la que se dio la “adopción del niño”, pues su madre biológica pudo haber padecido un TDAH no diagnosticado y eso la hacía más proclive a que los cuidados prenatales no fueran los más adecuados.

“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con  
Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años  
Narlys Altamiranda Torres

Adicionalmente, los factores de mantenimiento cumplen un papel fundamental en el desarrollo de la conducta del niño, debido a que la madre para que el niño no sea rechazado por los demás lo aísla, contribuyendo así a generar un déficit notorio en su interacción con sus pares. En la misma línea, las distorsiones que el niño maneja como “no puedo controlarlo”, “es mi culpa”, “me desespero”, también favorecen de manera significativa a que las conductas negativas e inadecuadas se mantengan vigentes en la funcionalidad del paciente. Así mismo, la exposición a una madre sobreprotectora, el consumo de alcohol por parte del padre y el estilo parental inconstante de sus padres adoptivos han generado una vulnerabilidad a padecer un Trastorno Negativista Desafiante. Aunque en este caso, aun no hay características que orienten hacia ese aspecto, es notable que la inconsistencia en cuanto al estilo parental y establecimiento de normas y límites que están manejando los padres, probablemente pudiera generar conductas negativistas desafiantes en el niño.

Por otro lado y de acuerdo a la literatura, un estudio realizado en Rusia, indica que el TDAH se presenta más frecuentemente en niños adoptados, arrojando unas cifras abrumadoras en la que del 50% de niños adoptados, el 15% es diagnosticado con este trastorno. Adicionalmente y como sucede en el caso del paciente SP, estudios realizados en Reino Unido sobre una población de niños Rumanos, la posible ocultación de la adopción, probablemente podría interferir en la curiosidad del menor por aprender.

Para finalizar, el objetivo de este proceso además de darle estrategias a los padres para el buen manejo de los estilos parentales, en concientizar al grupo familiar acerca de lo

“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con  
Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años  
Narlys Altamiranda Torres

que es el TDAH y trabajar con el niño en técnicas de autocontrol, reducción de impulsividad, control de emociones, resolución de problemas; consiste en prevenir la instauración de un probable trastorno afectivo, incluyendo factores protectores para que no suceda, ya que la evaluación arrojó resultados que indican una posible predisposición a la depresión, debido a que manifiesta síntomas como tristeza frecuente, llanto fácil y frustración que evidenciarían probablemente la aparición de una alteración en el estado de ánimo, que en el momento actual no llega a ser un trastorno o entidad clínica en el estado de ánimo.

“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años  
Narlys Altamiranda Torres

4.15 Objetivos terapéuticos y plan o diseño de intervención

**Objetivo General: Estabilizar la alteración de la conducta. Hiperactividad, impulsividad y atención)**

Área problemática: Cognitiva

Objetivos específicos	Plan de tratamiento	Sesiones
Potenciar el pensamiento reflexivo y reducir la impulsividad cognitiva y Conductual	Técnica PIAAR (gargallo, 1993). 1. Demora Forzada. 2. Scanning. (Enseñanza de estrategias cognitivas adecuadas de escudriñamiento y análisis de detalles). 3. Habla Interna. 4. Técnica de Resolución de Conflictos.	9-10-11
Reestructurar a nivel Cognitivo (Paciente)	Debate de pensamientos:  (A través historias de acuerdo a su distorsión)	16
Desarrollar estrategias de resolución de problemas.	Establecimiento Normas y Límites, usar reforzadores y castigos para conseguir conductas positivas adecuadas y disminuir las negativas. (Economía de fichas)	15
Mejorar sus niveles Atencionales	Interconsulta Terapia Ocupacional	1

Tabla 7. Objetivos Terapéuticos del área cognitiva



“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con  
Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años  
Narlys Altamiranda Torres

Área problemática: Conductual

Objetivos específicos	Plan de tratamiento	Sesiones
Concientizar a los padres y cuidadores.	Psico-educación con respecto al tema dirigido a toda la familia primaria y cuidadores.	1-2
Entrenar al paciente en autocontrol de conducta.	Técnica de la Rueda de Opciones para el control de la Ira. Técnica del Semáforo Técnica de la Tortuga Técnica de Relajación Progresiva de Jacobson Modelado Cognitivo (Rompecabezas) Tiempo Fuera	3-4-5-6-7-8
Mejorar dicción y comprensión en el lenguaje	Interconsulta con Fonoaudiología.	1
Controlar el movimiento	Técnica del Robot (estatua, stop)	12

Tabla 8. Objetivos terapéuticos del área conductual

Área problemática: Relacional

Objetivos específicos	Plan de tratamiento	Sesiones
Mejorar la interacción entre pares y padres, para evitar	Técnica de Habilidades Sociales (HS): se le trabajó a través de una reunión en su casa a	17-18

“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con  
Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años  
Narlys Altamiranda Torres

<p>conflictos en una proporción mayor que la que tiene niños de su edad.</p>	<p>ver una película con los compañeros más allegados para afianzar lazos y generar confianza y camaradería entre compañeros. Y observar las falencias que tiene al momento de interactuar. Con los padres, se le pidió a la madre respetar normas de convivencia y aplicar reforzadores a nivel afectivo como alabanzas para reconocer el esfuerzo del niño.</p>
--	--

Tabla 9. Objetivos terapéuticos del área Relacional

Área problemática: Afectiva – Emocional

Objetivos específicos	Plan de tratamiento	Sesiones
<p>Identificar y Controlar Emociones para Prevenir la aparición de sintomatología depresiva</p>	<p>Técnica el Baúl de Emociones y Ruleta de Emociones</p>	<p>13-14</p>

Tabla 10. Objetivos terapéuticos del área afectiva – Emocional

“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con  
Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años  
Narlys Altamiranda Torres

Área problemática: Contexto Educativo y Familiar

Objetivos específicos	Plan de tratamiento	Sesiones
Reestructurar creencias con respecto a la adopción.	Reestructuración cognitiva de atribuciones erróneas con respecto al tema.	19
Reestructurar creencias con respecto al rol de padres y el estilo parental (sobreprotector – Permisivo)	Dialogo Socrático  Terapia Racional Emotiva en la Familia	19-20
Psicoeducar a los padres sobre la influencia de los problemas familiares en el niño.	Psi coeducación con respecto a los influencia de los problemas familiares.	21
Entrenar a los docentes en el manejo de las interacciones del niño con el entorno (Impulsividad – Agresividad	Economía de fichas  Programa grupal para conductas pro sociales.	22-23
Concientizar al docente acerca del TDAH y su manejo adecuado.	Enviar folletería con respecto al tema  Entregar Informe con pautas para tener en cuenta en el proceso del niño.	24

Tabla 11. Objetivos terapéuticos área del Contexto Educativo y Familiar

“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años Narlys Altamiranda Torres

4.16 Curso del tratamiento

Sesiones	Descripción	Observaciones
1	Entrevista inicial y recogida de información, historia del paciente.  Identificación de problemas.  Entrevista semiestructurada.	En la entrevista se observó que la madre estaba presta para dar la información, pero se abstenía de hablar abiertamente, pues el niño estaba presente y no quería que él escuchara la palabra “adopción”.  Inicialmente el padre se mostró ausente y poco colaborativo.
2	Explicación del modelo que se maneja en consulta para este tipo de casos.	La madre del paciente de mostró un poco reactiva al proceso, puesto que ya había estado con 6 psicólogos, sin logro alguno. El padre no asistió a la consulta. Propone que la consulta sea cada 15 días, ya que por cuestiones laborales no puede asistir a consulta cada 8 días.
3	Aplicación del IBT, se le entrega el cuestionario de Connors para el profesor y realiza el dibujo de familia.	El paciente se mostró muy inquieto, pero a pesar de ello, se logró el objetivo de la sesión. Se le solicitó, que entrara a la consulta 15 minutos, para poder ampliar más con respecto

“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años Narlys Altamiranda Torres

		su historia personal.
4	Se le aplicó el Conners para padres, entregó el Conners de profesores y se le socializó con respecto al cierre del centro por remodelación.	La madre y el paciente, se mostraron con disposición para regresar a consulta una vez se abriera el centro.
5	Retoma consulta, luego del cierre del centro por remodelación. Se le empezó entrenamiento en técnicas para solución de conflictos, iniciando con la exploración de lo que detonaba su comportamiento.	El paciente regresa con problemas muy marcados de agresividad y control de impulsos, la madre manifiesta que se presentan más que todo en el colegio.
6	Se le aplicó el WISC-R en las subpruebas de Retención de dígitos, claves, figuras incompletas. Continuamos con la técnica de Resolución de conflictos. (Auto-instrucciones Verbales, sencillas para el aula de clases)	El paciente no terminó la prueba, no había disposición por su parte. La madre manifestó un mejoraría notoria en su comportamiento en el aula de clases.
7	Se le explicó a la madre la importancia de la secuencia y las llegadas a tiempo a la cita en la Terapia del niño, pues faltó a consulta 1 mes y medio.  Se continuó con la aplicación del WISC-R, se le iba a aplicar el test de	Se logró persuadir a la madre acerca de la relevancia de asistir a consulta a tiempo y de acuerdo a lo convenido, para poder continuar la evaluación, y mejorar los problemas del paciente y confirmar el diagnóstico.

“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años Narlys Altamiranda Torres

	caras para evaluar atención y no se pudo pues llegó media hora tarde.	Solo se le atendió 15 minutos.
8	<p>Nuevamente dejó de asistir durante un mes a consulta y se le volvió a reforzar la importancia de la asistencia continua a la cita. Se le recomendó a la madre una actividad adicional y aumentar el nivel social del niño con los compañeros. Se le sugirió para empezar, reunir a los compañeros más allegados en la casa y ver una película.</p> <p>Se realiza Entrenamiento (HS) en introducción de las habilidades sociales. Terminación del WISC R y aplicación Test de Caras.</p> <p>Se asignan tareas para la casa (Registro de situaciones problemas).</p>	<p>Se trabajó con el paciente, quien estuvo dispuesto y se mostró colaborador con el trabajo a realiza durante la sesión. Se le pidió a la madre entrar 5 minutos para recordarle la importancia de la asistencia a la consulta.</p>
9	Retoma cita después de haber dejado de asistir 3 meses	<p>La madre manifiesta telefónicamente, que el niño parece tener una rabia reprimida. Vino con el papá.</p> <p>Manifiesta haber realizado la actividad sugerida. Comenta que el resultado fue el esperado, el niño se comportó de acuerdo a las situaciones, e intentó solucionar los inconvenientes</p>

“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con  
Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años  
Narlys Altamiranda Torres

		presentados dentro del evento, de acuerdo a lo aprendido.
10	<p>Continuar en el entrenamiento en habilidades sociales: cómo iniciar un saludo y como devolverlo.</p> <p>Socialización de normas y valores para niños en a casa y la escuela.</p> <p>Relajación progresiva.</p>	<p>Se le recomendó al paciente replicar el entrenamiento de la relajación progresiva en casa. Tener en cuenta normas de comportamiento inicialmente en el colegio.</p>
11	<p>La sesión se centró en la exploración de la problemática del paciente por parte del padre adoptivo.</p> <p>Se le explicó al padre, la importancia de anejar estilos parentales congruentes.</p>	<p>Por primera vez no se niega a entrar a consulta. Se muestra colaborador y expresa querer cooperar con el tratamiento del niño.</p> <p>Se queja del estilo sobreprotector de la madre del niño.</p> <p>Se muestra más abierto al hablar de la adopción.</p> <p>Se le sugiere adquirir una mascota o una planta para trabajar el tema de adopción y lograr que SP lo vea como una oportunidad.</p>
12	<p>Se trabajó el reforzamiento de los</p>	<p>El niño vino acompañado de una prima, se realizó con ella una</p>

“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años Narlys Altamiranda Torres

---

	auto-instrucciones.  Modelado Cognitivo	exploración rápida del comportamiento del niño en la casa de la abuela materna.  Paciente muy receptivo y “atento” a lo que se está trabajando en la sesión. El modelado solo se trabajó con el niño. Los padres no pudieron estar presentes.
13	Durante la sesión la madre manifestó que el niño ha mejorado el comportamiento en el colegio, pero se ha mostrado agresivo e irrespetuoso con la señora que lo cuida en casa.	A esta situación, el niño comenta que la señora no sabe pedirle las cosas, que es grosera y lo grita.  Se pone en conocimiento a la madre, y se le dan pautas de asertividad para el manejo adecuado de la situación.  La madre manifiesta que el niño ha reaccionado muy bien la adopción de un animal en casa y está empezando a manejar el concepto adecuadamente.
14	La madre manifiesta que siente que el niño ha recaído.  Se intenta trabajar en el modelado cognitivo	El paciente se muestra poco receptivo al trabajo y cuando se le pregunta por qué la razón de su comportamiento, indica: me grita, no sabe pedirme las cosas. Cuando se le pregunto quién: indica, la señora que

---



“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años Narlys Altamiranda Torres

---

		me cuida.
		Se muestra molesto por la situación.
15	Se evidencia la exacerbación de comportamientos negativos, a raíz de la muerte de la abuela materna, problemas de pareja, distancia de la madre adoptiva por la pérdida.	<p>El niño viene acompañado del padre, se ve desmejorado, triste.</p> <p>Dice que llora mucho y siente mucho miedo.</p> <p>Se le indica al padre que el niño puede tener recaídas a raíz de las constantes ausencias y/o visitas irregulares a la terapia.</p> <p>Se le vuelve a reforzar al padre, la importancia de llevar un proceso más continuo. Se hace énfasis en que las ausencias debilitan el proceso y conllevan a un retroceso en lo que ya se ha avanzado.</p> <p>Manifiesta entender la situación.</p> <p>El padre manifiesta que la madre lo sobreprotege, a pesar que el niño ya está entendiendo su situación de adoptado, el padre afirma: “la mamá es muy sobreprotectora, no quiere hablar con el niño al respecto, cuando</p>

---

“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con  
Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años  
Narlys Altamiranda Torres

		él le hace preguntas”, parece que tuviera miedo.
16	Se trabaja en sesión con la madre y se trabajan con ella las creencias irracionales con respecto a la adopción.	Se muestra colaboradora, aunque un poco reacia al tema.  Manifiesta que el niño ha sido medicado nuevamente con metafelnidato.
17’y 18	Psico-educación con respecto al tema del TDAH dirigida a toda la familia primaria y cuidadores	Se le explicó a través de diapositivas, lo que significa tener un hijo con TDAH y se les dio pautas para en manejo adecuado de las conductas del niño.

Tabla 12. Curso del tratamiento: sesiones

## 5. Aparte de las sesiones

### 5.1 Sesión no. 5

En esta sesión se trabajó en la exploración de todo lo que detona su comportamiento, llevando al paciente a ser consiente y que participe activamente en la identificación de conductas adecuadas.

**T:** Bueno SP, teniendo en cuenta que has vuelto a presentar comportamientos agresivos en la escuela, quiero que hoy trabajemos en la identificación de todo aquello que te afecta de tal manera, que te lleva a comportarte agresivamente con tus compañeros de clases y/o profesores. (Mientras le comento, lo que vamos a trabajar no me mira y continua jugando con el rompecabezas)

**SP:** Bueno. Voy a hacerlo.

**T:** Entonces empecemos. SP, que es lo que hacen los niños para que respondas con grosería?

**SP:** Hay un niño que me molesta mucho, a veces me coge el borrador y me lo bota. Mi mamá me regaña porque se me pierden los útiles.

**T:** Cuando él hace eso, como te hace sentir?

**SP:** Me da mucha rabia

“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años  
Narlys Altamiranda Torres

**T:** y que haces cuando tienes rabia?

**SP:** Cuando me da rabia, lo golpeo o le tiro el lápiz.

**T:** y porque antes de pegarle, no le pones dices a la profesora lo que pasa?

**SP:** Ella no le dice nada, solo que coja el borrador y o me dice nada.

**T:** Qué otras cosas te hacen sentir así?

**SP:** Me molesta que me cojan mis cosas sin que yo las preste, que me griten, que me pidan las cosas mal. Cuando esas cosas pasan, me da mucha rabia.

**T:** Ok, te entiendo. Si fueras tú el que tomara prestado algo de un compañero, qué harías? Te gustaría que te pegaran?

**SP:** No, lo mejor es que vaya y le diga a la profesora.

**T:** Excelente respuesta! Cómo te sentirías si te pegara?

**SP:** seguramente no me gustaría.

**T:** exacto! Entonces concluimos que, siempre hay una mejor forma de solucionar nuestros problemas sin tener que llegar a agredir o a maltratar a la otra persona. Sería muy bueno para todos, en especial para ti que pudieras aplicarlo con tus padres, compañeros, profesores y demás familiares. Podemos hacerlo?

“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años Narlys Altamiranda Torres

SP: Si, me gustaría hacerlo!

Por medio de esta sesión, el paciente entendió que había otras alternativas para poder resolver algunos inconvenientes que se presentaba en la vida diaria.

## 5.2 Sesión no. 6

En esta sesión, se inició la realización de la prueba WISC R, pero no le ví disposición para el proceso y pues procedía a continuar con la continuación del entrenamiento en la técnica de resolución de conflictos.

T: Bueno SP, en vista que no te veo dispuesto para realizar la prueba, continuaremos con el entrenamiento.

SP: Bueno.

T: La técnica se llama auto instrucciones verbales. Esta técnica consiste en 5 pasos. Te acuerdas que en la sesión anterior trabajamos en la identificación de las cosas que te hacían comportarte de forma agresiva?

SP: Si, ya recuerdo.

T: Pues bien, ese es el primer paso de la técnica para la que te estoy entrenando. Luego como segundo paso es que de acuerdo al problema que tengas, debes mirar las diferentes opciones que puedas tener. Por ejemplo: Si

“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años Narlys Altamiranda Torres

un niño te empuja en la fila, dime tres comportamientos posibles que puedas tener?

SP: eh, puede ser empujarlo también, pegarle, decirle que no lo vuelva a hacer, llamar a la coordinadora. Y otros (risas)

T: Ok. Cuál de todos sería el más adecuado?

SP: el más fácil sería devolvérselo, pero seguro me trae problemas con la directora, así que es mejor avisar a la coordinadora.

T: bien, este es el tercer paso. Que puedas evaluar entre las diferentes opciones. Como te sentirías al tomar esta decisión.

SP: no sé, bien creo.

T: Pues de eso se trata, que puedas tomar la mejor decisión para solucionar el problema, este es el cuarto paso. Por último, al sentirte tranquilo con la decisión tomada, podrás corroborar que fue la mejor decisión

SP: es fácil...

Con esta técnica, SP aprenderá, que hay opciones para solucionar los conflictos y además puede saber que es la mejor.

“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años  
Narlys Altamiranda Torres

5.3 Sesión no. 8

En esta sesión, se le realizó al niño el inicio del entrenamiento en habilidades sociales (HS). Se conversó con la madre al respecto de sus continuas ausencias.

**T:** Esta semana, vamos a dejarte una tarea para la casa. Consiste en realizar una socialización con tus compañeros de colegio.

**SP:** Socialización?

**T:** Si, vamos a realizar una actividad que te permita compartir con tus compañeros de clase en la casa y poder estrechar lazos entre ustedes.

**SP:** Nunca he compartido con ellos fuera del colegio, debes hablar con mi mamá.

**T:** lo haré, le explicaré en que consiste la actividad. SP Te cuento que para que la actividad sea un éxito debes ser muy amable cuando tus compañeros lleguen a casa. Recuerdas lo que te enseñé de la sesión anterior?

**SP:** Si, a solucionar los problemas?

**T:** exacto! La idea es que si se te presenta algún problema, sepas que debes hacer.

**SP:** si, lo haré

“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años Narlys Altamiranda Torres

Entra la madre del niño.

**T:** Dentro del marco de las actividades que estamos realizando, una de los objetivos de la intervención es mejorar la interacción con sus pares. Para esto, se le sugiere realizar una actividad en casa, donde SP pueda interactuar en otro entorno con sus compañeros de clase.

**M:** Puede ser un cine en la casa?

**T:** Buena idea, escoger una buena película y prepararlo todo para que sea un día diferente con el consentimiento de los padres.

**M:** Ok, doctora. Puede contar con eso.

#### 5.4 Sesión no. 10

En esta sesión, se continuó con el entrenamiento de las habilidades sociales, ya que durante la actividad sugerida s SP se le dificultó un poco iniciar la interacción. Por tanto se trabajó como iniciar un saludo y como devolverlo.

**T:** SP, en la sesión de hoy vamos a continuar con el entrenamiento en habilidades sociales. Me comentaste que no sabías como iniciar una conversación. Como crees que debe empezar?

**SP:** con un saludo?



“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años  
Narly Altamiranda Torres

**T:** si, puede ser con un saludo. Por eso hoy quiero que simulemos que soy alguien que conoces y te encuentras y debes saludar.

Se realizó un Rol Playing de la situación, donde se le entrenó a SP de que podía dirigirse y saludar a una persona sin ningún temor. Y viceversa que una persona lo saludara y como él debía devolver el saludo.

### 5.5 Sesión no. 12

Durante esta sesión, se exploró rápidamente como era el comportamiento de SP en la casa de su familia materna. Se trabajó la técnica del modelado cognitivo, donde se entrenó al niño para realizar una tarea solo y con calma por medio de auto instrucciones.

**T:** Hola SP, cómo te fue en la semana?.

**SP:** Pues normal, mi papá me ha regañado mucho porque le mandaron una nota del colegio.

**T:** Y porque te mandaron la nota?

**SP:** La seño dice que no termino las actividades y no copio el control completo...

**T:** Ya veo...bueno SP, precisamente hoy vamos realizar un ejercicio muy sencillo, que nos va a enseñar que podemos hacer una tarea asignada completa

“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años  
Narlys Altamiranda Torres

y de manera pausada. Nos vamos a imaginar que estas en el salón de clases y son justo las 12 y 30, falta media hora para salir y la profesora empieza a copiar el control para mañana.

¿Recuerdas que piensas cuando estas copiando el control?

**SP:** “quiero salir rápido”, “no tengo tiempo”

**T:** Voy a decir lo mismo que tú piensas cuando estas tratando de copiar el control y vas a mirar mi reacción.

“No tengo tiempo de copiar el control, quiero salir rápido”. Me calmo y me digo: “mi transporte me espera, puedo terminar mi control”, “tengo tiempo”. Intento copiar el control completo y recojo mis útiles y salgo en calma del salón de clases. Ahora debes intentar hacer lo mismo.

**SP:** “No tengo tiempo de copiar el control, quiero salir rápido”. Me calmo y me digo a mi mismo: “mi transporte me espera, puedo terminar mi control”, “tengo tiempo”. Trato de copiarlo, y luego recojo mis cosas y voy a la salida en calma.

**T:** Excelente. Bueno terminado este paso, vamos a hacer como si estuviéramos en el colegio. Yo soy la profesora y voy a copiarte el control en el tablero y vas a copiarlo completo. Bueno empecemos. Niños: ya va siendo

“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años  
Narly Altamiranda Torres

la hora de la salida, sus transportes están esperando afuera así que vamos a copiar el control y a salir a medida que cada uno vaya terminando.

**SP:** Si, señor. “Copiar el control con calma, porque mi transporte me espera mientras terminó.

**T:** Muy bien SP. Eso es lo que debemos hacer a la hora de copiar el control y con esto, tu maestra no pondrá más notas en tu cuaderno. Y además puedes hacerlo en cualquier otra situación, en la que dejes de hacer las cosas o las hagas mal por querer levantarte rápido.

Por medio de esta sesión, se entrenó al niño en la importancia del autocontrol, ya que su impulsividad de querer salir rápido del salón por la hora y por montarse en el transporte, le impedían poder terminar sus actividades.

## **6. Marco Teórico**

En este apartado realizaremos una revisión teórica de la evolución de conceptos sobre el trastorno con déficit de atención con hiperactividad para acercarnos a una comprensión básica del tema que nos atañe en este estudio de casos

### 6.1 Antecedentes históricos y teóricos de concepto de TDAH

Aunque existen reportes médicos del siglo XIX en los que mencionan problemas de comportamiento caracterizados por inatención, impulsividad e hiperactividad, la primera descripción clínica de un síndrome semejante a lo que ahora llamamos trastorno por déficit de atención fue presentada en Inglaterra por George Still en 1902, ante el Colegio Real de Medicina. Aunque Still asoció el problema que presentaban los niños hiperactivos con lapsos de atención cortos y con la agresividad, pensó, en conformidad con su época, que se trataba de una deficiencia en la “inhibición de la volición” y de defectos en el “control moral”. Sin embargo, hizo hincapié en que el problema iba más allá de las meras insuficiencias en la enseñanza moral e incluía factores biológicos que probablemente eran de índole genética, o bien, asociados con daños en el sistema nervioso central. (Elías Cuadros & Estañol Vidal, 2005)

“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años Narlys Altamiranda Torres

En 1922, L.B. Hohman describió un síndrome de hiperactividad unido a un comportamiento impulsivo y a agresividad, y que se asociaba con problemas de aprendizaje y fallas en coordinación motora en los niños que había padecido encefalitis de Von Economo. Los síntomas de hiperactividad en estos niños contrastaban con el parkinsonismo que se observaba en los adultos que habían padecidos en encefalitis letárgica de Von Economo. Otros investigadores reportan un comportamiento semejante en infantes que habían sufrido traumatismos craneoencefálicos. (Elías Cuadros & Estañol Vidal, 2005)

En 1934, Khan y Cohen propusieron que la hiperactividad y la conducta impulsiva, acompañadas a menudo de impulsividad se debían a factores orgánicos localizables posiblemente en el tallo cerebral. En 1937, Bradley descubrió que los niños hiperactivos respondían adecuadamente al tratamiento con anfetaminas (en particular con bencedrina), aun cuando no había evidencia manifiesta de daño cerebral.

Diez años después Strauss y Lehtinen infirieron que si los traumatismos craneoencefálicos, y las secuelas posencefálicas podían producir manifestaciones de hiperactividad, problemas de atención y de impulsividad, entonces todo niño que exhibiera esa sintomatología debería tener algún tipo de “daño cerebral mínimo”. Este planteamiento tuvo una gran difusión en el periodo comprendido entre 1950 y 1960.

En 1957, Laufer, Denhoff y Solomons desarrollaron un modelo que explicaba la hiperactividad como un defecto neurológico que se caracterizaba por permitir la llegada a corteza motora de una cantidad excesiva de estímulos periféricos y por la incapacidad para

“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con  
Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años  
Narlys Altamiranda Torres

manejarlo. La gran popularidad de la que gozó este modelo en los años 60 favoreció que este trastorno se denominara síndrome del niño hiperactivo, reacción hiperquinética de la niñez y de otras maneras semejantes. (Elías Cuadros & Estañol Vidal, 2005)

A pesar del éxito obtenido para disminuir la sintomatología del trastorno con anfetaminas, no fue posible confirmar la presencia manifiesta y/o consistente de daños cerebral en los niños a los que se les diagnosticó este problema. En la década de los setentas, Douglas (1972), junto con otros investigadores, colocó el acento en las deficiencias de atención como rasgos característicos del problema.

En 1968, la Asociación Psiquiátrica Americana codificó en su nomenclatura oficial la hiperactividad como síndrome de la infancia. La segunda edición de Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM-II) utilizó la expresión reacción hiperquinética de la infancia para describir un desorden caracterizado por la hiperactividad, la inquietud, la distractibilidad y lazos cortos de atención.

En contraste con el DSM-II la Organización Mundial para la Salud adoptó en su Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9) el nombre de desorden hiperquinético.

En 1980, este enfoque fenomenológico fue adoptado por la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-III), y esta entidad nosológica se conoció como trastorno por déficit de atención (TDA), subdividiéndose en TDA con hiperactividad y TDA sin hiperactividad.

“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con  
Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años  
Narlys Altamiranda Torres

Esta división de TDA-H en dos variantes principales, según se presente o no la hiperactividad, ha dado lugar a una revaloración de la naturaleza básica de la relación existente entre estos cuadros clínicos y algunos otros, como serían la depresión, los trastornos afectivos y los problemas de aprendizaje.

En 1987 la revisión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM III-R), y la subsecuente edición del DSM-IV, en 1994, establecieron un vínculo estrecho entre el déficit de atención y la hiperactividad, conformando así el síndrome condutal llamado Trastorno por Déficit de Atención por Hiperactividad (TDA-H). En el DSM-III-R, la variante de sin hiperactividad se relegó a la clasificación de trastornos por déficit de atención no diferenciado, sin que señalaran subtipos específicos. Pero en 1994, con la publicación del DSM-IV volvieron a aparecer los subtipos: TDA-H subtipo predominante con inatención y TDA-H subtipo predominante hiperactivo-impulsivo. Las personas que padecían a la vez déficit de atención e hiperactividad e impulsividad fueron clasificadas como combinados. En el DSM-IV se reconocen que el trastorno puede persistir hasta la edad adulta, cuyo caso se clasifica como variante residual. (Elías Cuadros & Estañol Vidal, 2005)

Actualmente, para diagnosticar el TDAH se deben tener en cuenta los siguientes criterios DSM-V:

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

“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con  
Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años  
Narlys Altamiranda Torres

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

**Nota:** Los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso en la comprensión de tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (17 y más años de edad), se requiere un mínimo de cinco síntomas.

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

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

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

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

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



“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con  
Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años  
Narlys Altamiranda Torres

- f. Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (p. ej., tareas escolares o quehaceres domésticos; en adolescentes mayores y adultos, preparación de informes, completar formularios, revisar artículos largos).
- g. Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades (p. ej., materiales escolares, lápices, libros, instrumentos, billetero, llaves, papeles del trabajo, gafas, móvil).
- h. Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos (para adolescentes mayores y adultos, puede incluir pensamientos no relacionados).
- i. Con frecuencia olvida las actividades cotidianas (p. ej., hacer las tareas, hacer las diligencias; en adolescentes mayores y adultos, devolver las llamadas, pagar las facturas, acudir a las citas).

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

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

- a. Con frecuencia juguetea con o golpea las manos o los pies o se retuerce en el asiento.
- b. Con frecuencia se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado (p. ej., se levanta en la clase, en la oficina o en otro lugar de trabajo, o en otras situaciones que requieren mantenerse en su lugar).

“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con  
Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años  
Narlys Altamiranda Torres

- c. Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado. (**Nota:** En adolescentes o adultos, puede limitarse a estar inquieto.)
  - d. Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas.
  - e. Con frecuencia está “ocupado,” actuando como si “lo impulsara un motor” (p. ej., es incapaz de estar o se siente incómodo estando quieto durante un tiempo prolongado, como en restaurantes, reuniones; los otros pueden pensar que está intranquilo o que le resulta difícil seguirlos).
  - f. Con frecuencia habla excesivamente.
  - g. Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta (p. ej., termina las frases de otros; no respeta el turno de conversación).
  - h. Con frecuencia le es difícil esperar su turno (p. ej., mientras espera en una cola).
  - i. Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros (p. ej., se mete en las conversaciones, juegos o actividades; puede empezar a utilizar las cosas de otras personas sin esperar o recibir permiso; en adolescentes y adultos, puede inmiscuirse o adelantarse a lo que hacen otros).
- B. Algunos síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos estaban presentes antes de los 12 años.
- C. Varios síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos están presentes en dos o más contextos (p. ej., en casa, en la escuela o en el trabajo; con los amigos o parientes; en otras actividades).

“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años Narlys Altamiranda Torres

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

E. Los síntomas no se producen exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia o de otro trastorno psicótico y no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo, trastorno de la personalidad, intoxicación o abstinencia de sustancias).

*Especificar si:*

**314.01 (F90.2) Presentación combinada:** Si se cumplen el Criterio

A1 (inatención) y el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses.

**314.00 (F90.0) Presentación predominante con falta de atención:**

Si se cumple el Criterio A1 (inatención) pero no se cumple el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses.

**314.01 (F90.1) Presentación predominante hiperactiva/impulsiva:**

Si se cumple el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) y no se cumple el Criterio A1 (inatención) durante los últimos 6 meses.

*Especificar si:*

**En remisión parcial:** Cuando previamente se cumplían todos los criterios, no todos los criterios se han cumplido durante los últimos 6 meses, y los síntomas siguen deteriorando el funcionamiento social, académico o laboral.

*Especificar la gravedad actual:*

**Leve:** Pocos o ningún síntoma están presentes más que los necesarios para el diagnóstico, y los síntomas sólo producen deterioro mínimo del funcionamiento social o laboral.

**Moderado:** Síntomas o deterioros funcionales presentes entre “leve” y “grave”.

**Grave:** Presencia de muchos síntomas aparte de los necesarios para el diagnóstico o de varios síntomas particularmente graves, o los síntomas producen deterioro notable del funcionamiento social o laboral. (American Psychiatric Association, 2014)

## 6.2 Modelos Explicativos del TDAH

### *Teorías Biológicas*


Desde las primeras descripciones del trastorno a principios de siglo, se ha especulado sobre un posible origen biológico de la hiperactividad (traumas del nacimiento, infecciones, sustancias tóxicas, etc, sin resultados claros a nivel experimental. (Caballo & Simon , 2001)

Por otra parte, y centrándonos en aspectos cerebrales, específicamente el área cortical., Strass Lehtinen (1947) acuñaron, en los años cuarenta, el termino de niños con lesión cerebral para todos los que presentaban retrasos en el desarrollo y deficiencia mental sin causa detectable. Las conductas de sobreactividad se relacionaron estrechamente con un pobre desarrollo de la inteligencia, y el término, que en la siguiente década evolucionó a disfunción cerebral mínima, se fue centrando cada vez más en niños con dificultades de

“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años Narlys Altamiranda Torres

aprendizaje, de adaptación o con conductas hiperactivas. El término fue ampliamente criticado en la década de los sesenta por su laxitud y falta de evidencias experimentales (Barkley, 1990).

Otras hipótesis explicativas, se han centrado en demostrar la presencia bien de una sobre activación o bien de una infra activación cortical (Manga, Fournier y Navarredonde, 1995).

 *El modelo atencional de Virginia Douglas*

Hasta la década de los setenta el trastorno reconocido bajo la etiqueta de hiperactividad tenía ese nombre, sin duda para priorizar la sobreactividad motora por encima de otros síntomas que le podían caracterizar, como los atencionales o falta de autocontrol. A principios de los setenta, Virginia Douglas y su equipo del Instituto McGill de Canadá revolucionaron el campo de la investigación y fueron los responsables de la distinción entre trastorno por déficit atencional con/sin hiperactividad. Es evidente que el área atencional pasó a primer plano. (Caballo & Simon , 2001)

Douglas presentó datos sorprendentes hasta ese momento que señalaban que los niños hiperactivos no tenían necesariamente que presentar dificultades de aprendizajes atribuibles a problemas de audición, memoria a corto plazo u otros habituales en estos casos. Además, no era necesario ningún tipo de estímulo distractor para que surgieran sus problemas de atención sostenida (cualquier tarea de vigilancia o atención sostenida que

“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con  
Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años  
Narly Altamiranda Torres

demandase rendimiento continuado era suficiente) y, por otra parte, en condiciones lúdicas no mostraban más distrabilidad que los otros niños. Finalmente, también se apuntó que su rendimiento sobre estas tareas de vigilancia podía mejorar mucho con programas de refuerzo continuo e inmediato, y también con el uso de fármacos estimulantes. (Caballo & Simon , 2001)

Durante los últimos veinte años el modelo atencional de V. Douglas ha abierto numerosas vías de investigación, ha sido formulado y reformulado en distintas ocasiones y ha tenido una gran influencia en los sistemas de diagnóstico, tratamiento y, sobre todo, conceptualización de la hiperactividad. De modo muy breve, vamos a esbozar sus características básicas. (Caballo & Simon , Manual de Psicología Clínica Infantil y del Adolescente, 2001)

Los niños que presentan hiperactividad, normalmente parten de unas predisposiciones básicas interrelacionadas. Podemos resumirlas en cuatro:

- ✚ Un rechazo o muy poco interés para dedicar atención y esfuerzo a tareas complejas.
- ✚ Una tendencia a la búsqueda de la estimulación y/o gratificación inmediata, que se complementa con una falta de impacto de estímulos aversivos que en la mayoría de niños producen modificaciones de comportamiento.
- ✚ Poca capacidad para inhibir respuestas impulsivas, casi siempre erróneas.

“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años Narlys Altamiranda Torres

- ✚ Poca capacidad para regular la activación o los estados o los estados de alerta que requiere la solución de determinadas tareas.

Estas predisposiciones pueden deberse a factores constitucionales, o a factores socio-familiares tales como, por ejemplo, un estilo educativo inconsistente o muy directivo, un ambiente familiar desordenado o confuso, el refuerzo de las conductas impulsivas o la falta del mismo en las primeras interacciones del niño para la solución de determinados problemas, etc. Sea como fuere la presencia de estas características en el comportamiento del niño, por otro lado visibles ya desde los primeros años, inducen o se relacionan con unas deficiencias secundarias, normalmente al inicio de la edad escolar. (Caballo & Simon , Manual de Psicología Clínica Infantil y del Adolescente, 2001)

- ✚ *El modelo motivacional de Russell Barkley: Déficit en las conductas gobernadas por reglas*

A mediados de los años ochenta surgió una visión herética del trastorno hiperactivo, tal como la califica su actual impulsor, Barkley (1990), centrada en la presencia de déficit motivacionales como la raíz principal del problema. En términos generales, el modelo parte de la base situacional de las conductas hiperactivas y la gran influencia que tienen los factores instruccionales y motivacionales para desencadenarlas. (Caballo & Simon , 2001)

Barkley (1990), y otros autores de modo independiente comienzan a cuestionarse el papel principal de la atención en la hiperactividad y dan prioridad a una característica, por otra parte ya conocida, de estos niños: déficit en sus respuestas a las consecuencias

“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con  
Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años  
Narlys Altamiranda Torres

mambientales. Es decir, reforzadores positivos y y estímulos aversivos que afectan el comportamiento en la mayoría de los niños, muestran efectos muy débiles en los casos de hiperactividad. (Caballo & Simon , 2001)

Desde el punto de vista del modelo motivacional, las teorías atencionales o cognitivas en general, presentan muchas dificultades de validación, entre otras cosas, porque hay que asumir principios (o predisposiciones) difíciles de comprobar. Por otra parte, tal y como comentamos anteriormente, la naturaleza multidimensional de la sintomatología básica de la hiperactividad y, sobre todo, su variabilidad situacional, induce a recuperar la metodología clásica del análisis funcional. Skinner (1953), realizó un análisis de la atención, la impulsividad y el autocontrol desde el punto de vista del control de estímulos. La atención puede definirse como a relación entre el estímulo ambiental y la conducta del individuo; la impulsividad es una respuesta rápida e incorrecta ante las demandas de un estímulo y la falta de autocontrol es una incapacidad para postergar eventos o reforzadores. (Caballo & Simon , 2001)

A finales de los años ochenta, el Dr. Barkley, director dela sección de psicología del hospital clínico de la universidad de Massachussets, propone un modelo explicativo del TDAH que supone la reconceptualización de los síntomas tradicionales de inatención e impulsividad, y propone que el comportamiento de estos niños con TDAH refleja dos tipos de déficit: una incapacidad para generar conductas dirigidas por reglas o *rule governed behaviors* (aquellas en las que los objetivos y las consecuencias de una conducta dependen



“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años Narlys Altamiranda Torres

de estímulos verbales y no se presentan en el ambiente) y una respuesta anormal a las consecuencias del entorno: una menor reacción a estímulos reforzadores, un efecto inusualmente rápido de saciedad o habituación a ciertos estímulos y un déficit en la respuesta a los programas de refuerzo (Servera-Barceló, 2005). Con el tiempo y basándose en los modelos precedentes, Berkley da forma a un modelo integrador denominado *Modelo Híbrido de las Funciones Ejecutivas* (Barkley, 1997). Aunque dicho modelo no refleja en sí mismo, la importancia del ambiente como modulador de la expresión sintomatológica del trastorno y se centra únicamente en tratar de explicar que factores neurológicos y psicológicos pueden estar interviniendo en el mismo, aporta información de gran utilidad para una mejor comprensión del TDAH. Barkley enfoca el TDAH como un trastorno en el desarrollo de la inhibición conductual, entendiendo por autocontrol o *autorregulación, la capacidad del individuo para frenar la primera respuesta que inicio ante la aparición de un determinado estímulo; proteger su pensamiento de distracciones externas o internas y; elaborar una nueva respuesta más adecuada que sustituya a la primera* (Barkley, 1997). Durante estos momentos de demora de la respuesta se ponen en marcha las funciones ejecutivas definidas, por este autor, como todas aquellas actividades mentales autodirigidas que ayudan al individuo resistir la distracción, a fijarse unas metas nuevas más adecuadas que la respuesta inhibida inicial y a dar los pasos necesarios para poder alcanzarlas.

(Orjales Villar I. , 2007)

Los sujetos con TDAH tendrán dificultades en estos procesos: (1) inhibir las respuestas inmediatas a un determinado estímulo o evento, (2) interrumpir la respuesta activada ante

una orden o ante el feedback de sus errores (sensibilidad a los errores), y (3) proteger ese tiempo de latencia y el periodo de autorregulación (control ejecutivo) de fuentes de interferencia (control de interferencia o resistencia a la distracción) Cuatro son las funciones ejecutivas que para este autor, tienen un correlato neurofisiológico y estarían alteradas en los niños con TDAH: (1) **la acción de la memoria de trabajo (o memoria de trabajo no verbal)** que posibilita la retención de la información para su utilización una vez desaparecido el estímulo que la originó, lo que afectaría en los sujetos con TDAH a la percepción retrospectiva, a su capacidad de previsión, a la conciencia y dominio del tiempo, y a la capacidad de imitación de un comportamiento nuevo y complejo a partir de la observación de otras personas. (2) **El habla auto dirigida o encubierta (o memoria de trabajo verbal)** que permite, de forma autónoma regular el comportamiento, seguir reglas e instrucciones, cuestionarse la resolución de un problema y construir “meta-reglas”. Lo que supondría para el sujeto con TDAH una dificultad mayor para regular su comportamiento y sería responsable de su escaso auto controlarse y auto preguntarse. (3) **El control de la motivación, las emociones y el estado de alerta**, lo que explicaría según este autor la tendencia de los sujetos con TDAH a manifestar todas sus emociones sin poderlas censurar con la misma madurez que las personas de su edad y su dificultad para autorregular los impulsos, la motivación y las emociones. (4) **El proceso de reconstitución** que consta, a su vez de dos subprocesos: la fragmentación de las conductas observadas y la recombinación de sus partes para el diseño de nuevas acciones. Los sujetos con TDAH carecerían de la flexibilidad cognitiva necesaria para analizar conductas aprendidas y

“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con  
Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años  
Narlys Altamiranda Torres

sintetizar, a partir de ellas, otras nuevas, limitándose de este modo su capacidad para resolver problemas. (Orjales Villar I. , 2007)

En este marco, las funciones ejecutivas representan, pues la internalización de la conducta como forma de anticipar un cambio en el ambiente, lo que supone internalización del sentido del tiempo en cuanto a la capacidad de anticipar secuencias de cambio en el ambiente (Barkley, 1997). (Orjales Villar I. , 2007)

### 6.3 Antecedentes investigativos relacionados con el TDAH

En este apartado, se presenta brevemente algunas de las principales investigaciones.

Una de las aportaciones más valiosas que se han realizado en el estudio e intervención educativa de este trastorno (2) ha sido la de Russel Barkley quién ha desarrollado, desde el año 1997, un modelo psicoeducativo con el que trata de explicar el funcionamiento cognitivo de las personas con TDAH. Este modelo se centra en tratar de explicar qué factores neurológicos y psicológicos pueden estar interviniendo en el mismo, y aporta información de gran utilidad para comprender mejor el TDAH. Barkley enfoca el TDAH como un trastorno que afecta a los procesos de inhibición o autocontrol entendiendo por autocontrol o autorregulación la capacidad del individuo para frenar la primera respuesta que inició ante la aparición de un estímulo; proteger su pensamiento de distracciones externas o internas, y elaborar una nueva respuesta más adecuada que sustituya a la primera. (Guerrero López & Pérez Galán, 2011)

“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con  
Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años  
Narlys Altamiranda Torres

Para poder realizar procesos, Barkley (1998, 2000, 2001) y, años más tarde, Brown (2008) afirman que debemos poner en marcha una serie de funciones, que denomina funciones ejecutivas. Prácticamente todas las personas con TDAH tienen algún tipo de alteración en sus funciones ejecutivas y tienen dificultades para recordar lo que se tiene que hacer y “también les cuesta razonar, controlar las emociones y hacer planes” (Barkley, 2009: 6). Recientes estudios parecen mostrar que la maduración de las funciones ejecutivas es más importante de lo que se creía en los primeros cinco años de vida (García Molina, Enseñat-Castellops y otros, 2009), y que existe cierta evidencia neuroanatómica para ello (Rubia, 2008), lo que podría dar la razón a aquella vieja hipótesis tan profética de Norman y Shallice (1986) de que existe en el cerebro una especie de “sistema supervisor atencional” que controlaría todas esas funciones. (Guerrero López & Pérez Galán, 2011)

Datos como esos hacen que los criterios diagnósticos sobre el TDAH se revisen con urgencia y otorguen la importancia que tienen las funciones ejecutivas, en ese sentido parece ser que está previsto que en 2010 se publiquen revisiones actualizadas del DSM-V, donde también aparecerán nuevos subtipos de este trastorno. (Guerrero López & Pérez Galán, 2011)

#### 6.4 Comorbilidad del TDAH

Algunos estudios realizados en niños con TDAH respaldan documentalmente la existencia de elevadas tasas de comorbilidad de condiciones psiquiátricas. La incidencia de

“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con  
Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años  
Narlys Altamiranda Torres

esa comorbilidad abarca un rango de 50 a 90%. La presentación de un desorden adicional, afecta drásticamente el pronóstico, el tratamiento y la toma de decisiones relativas al cuidado de la salud de estos pacientes. (Elías Cuadros & Estañol Vidal, 2005)

Existe una serie de trastornos que se añaden al TDA-H y que, desde el punto de vista epidemiológico, se presentan con relativa frecuencia. En los estudios más representativos de la comorbilidad del TDA-H los trastornos concurrentes que figuran en primer plano son los siguientes: los desórdenes antisociales (Trastorno oposicionista desafiante TOD) y trastornos de conducta (TC), trastornos del estado del ánimo (que suelen clasificarse como bipolares cuando se basan en la presencia de la manía, o como unipolares cuando se basan en la presencia de depresión sin manía, desordenes de ansiedad (TANS. Por lo general. El síntoma de ansiedad se manifiesta en cuatro ámbitos: cognitivo, afectivo, físico y conductual, y trastornos de aprendizaje (TA) (Aunque muchos niños con TDA-H tienen deficiencias específicas del aprendizaje). (Elías Cuadros & Estañol Vidal, 2005)

Por otro lado, algunos desordenes del desarrollo y de la conducta, tales como el retardo mental y los desórdenes del espectro autista, suelen exhibir problemas psiquiátricos y conductuales adicionales, los cuales pueden incluir hiperactividad, agresividad, inatención y autodestrucción. (Elías Cuadros & Estañol Vidal, 2005)

Desde el punto de vista epidemiológico, los trastornos más frecuentes son el oposicionista desafiante (TOD) y el de la conducta (TC). Los niños que adolecen de ellos se caracterizan por seguir un patrón negativista, hostil y quejumbroso; por ofrecer

“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años Narlys Altamiranda Torres

constantemente argumentos, por su agresividad, desafiar la autoridad y sus reglas y presentar conducta antisocial. Los niños afectados cm TC tienen un desorden más severo debido a que son mayores a destructividad y la agresión. Se piensa que el trastorno oposicionista desafiante se presenta hasta en un 35% de los niños con TDA-H. Cuando el trastorno de la conducta se le suma a este último trastorno, entonces hasta en un 50% (Biederman, 1991) de los pacientes con TDA-H sufren ambos. El trastorno oposicionista es más común en los niños, mientras que el trastorno de la conducta es más común en los adolescentes. Los niños con TDA-H en comorbilidad con estos trastornos, probablemente requieren mayor atención para la prevención de la conducta antisocial y de las adicciones. (Elías Cuadros & Estañol Vidal, 2005)

<u><i>Síndrome</i></u>	<u><i>Rango de Frecuencia %</i></u>
Problemas Antisociales	23 a 64
Problemas depresivos	15 a 75
Problemas de Ansiedad	8 a 30
Problemas de Aprendizaje	6 a 92

Tabla 13. Comorbilidad TDAH

También hay comorbilidad con los trastornos de talante y del afecto y con los trastornos de ansiedad. Se ha estimado que la concurrencia del TDA-H y de los trastornos

afectivos oscila de 25<sup>a</sup> 30%. Se ha observado que también existe una asociación entre el TDA-H y el trastorno distímico, el trastorno depresivo mayor y el trastorno bipolar prepuberal. (Elías Cuadros & Estañol Vidal, 2005)

### 6.5 El TDAH y los problemas asociados

Como se viene mencionando a lo largo de este trabajo, el clínico debe estar alerta en la detección de otras patologías. El trastorno de atención e hiperactividad (TDAH) presenta a menudo depresión en los niños, dadas las graves dificultades académicas y conductuales que conlleva. Cuando los niños padecen de un trastorno de ánimo y TDAH, con frecuencia resulta difícil el diagnóstico final, ya que con solo la evolución nos dirá que se trata de un problema bipolar o de un padecimiento bipolar o de un paciente depresivo con problemas de atención e hiperactividad. (De La Garza, 2007)

El cuadro clínico de la depresión en niños con TDAH ya ha sido descrito anteriormente. El TDAH se complica por la presencia de factores provocados por la falta de atención (académicos) o conductuales (escuela, familia) que provocan la tristeza del niño. Aquí se enfatizarán para mostrar la depresión bipolar. (De La Garza, 2007)

En los niños la depresión, la depresión puede estar enmascarada por un ánimo triste con irritación y con pérdida de placer por las actividades que antes les producían gozo. Los síntomas más comunes son la falta de apetito y la consecuente, junto con la fatiga, trastornos psicomotores (lentitud para hablar y caminar) y problemas para dormir

(Insomnio). La cognición (pensamiento) se verá alterado y se quejaron por la dificultad para pensar. Tendrán sentimientos de inutilidad y culpa, en ocasiones acompañados de ideas de suicidio. Son frecuentes los tropiezos académicos con problemas o rechazo a la autoridad, negativismo y trastornos de conducta. En los adolescentes es común el uso de alcohol y sustancias. (De La Garza, 2007)

Es importante aclarar, cual es la posible evolución cuando se llega a la adultez con TDAH y depresión. Un estudio del Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH: National Institute of Mental Health) demostró que los adultos tenían casi el mismo nivel de depresión de los jóvenes: 31 y 29% respectivamente. Un estudio comparativo entre hombres y mujeres reveló que los adultos varones tenían mas trastornos de conducta y personalidad antisocial que las mujeres, en cambio estas padecían la distimia (depresión crónica) y depresión mayor. Esto confirma que la depresión y el TDAH tienden a mantenerse a lo largo del ciclo vital. (De La Garza, 2007)

## 6.6 Técnicas de evaluación del TDAH

En la evaluación del TDAH, es posible que se vean involucrados otros profesionales además del psicólogo, especialmente si se trata de niños de corta edad; en el caso que se presenta, interviene el neurólogo, el neuropediatra, el fonoaudiólogo y el terapeuta ocupacional. En el caso de las pruebas psicológicas, se pueden agrupar de dos modos distintos (Moreno, 1995); por los niveles de actuación (atención, actividad motora y



“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con  
Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años  
Narlys Altamiranda Torres

conducta general del niño) o por los instrumentos aplicados al propio niño, observaciones conductuales y técnicas mecánicas. (Caballo & Simon , 2001)

En este caso la evaluación de TDAH, se realiza de forma habitual mediante diferentes métodos: observación directa, entrevistas, atención,

A continuación se realizará una breve descripción de cada uno de ellos con su objeto de estudio para este tipo de trastornos:

Una de las pruebas principales que se aplica para diagnosticar el TDAH es, la escala de evaluación para padres y profesores, de Conners” (Conners Parent and Teacher Rating Scales; Conners, 1990), donde se evalúan comportamientos impulsivos e hiperactivos en casa y colegio, indicando la frecuencia y gravedad de las conductas, a través de ésta se podrá obtener el perfil del niño, estableciendo si el predominio es atencional o de tipo combinado.

Igualmente, se evalúa la atención del niño por medio de la aplicación del test de caras, que representan dibujos esquemáticos de caras con trazos muy elementales. Analizando las aptitudes requeridas para percibir rápidamente semejanzas y diferencias con patrones estimulantes parcialmente ordenados.

Se le aplicó un checklist, con base a los criterios del DSM-IV, para establecer sí está presente este trastorno, o la “Lista de conductas infantiles” (Child Behavior Checklist; Achenbach y Edelbrock, 1983).

“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con  
Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años  
Narlys Altamiranda Torres

De igual forma, se continua la evaluación esta vez tomando en cuenta el nivel intelectual del niño a través de la escala de inteligencia el WISC-R, donde se le evalúa el área intelectual y rendimiento académico; en este caso, con las sub-pruebas: (claves, figuras incompletas, retención de dígitos) y a su vez se obtiene información por parte del colegio, con respecto a su comportamiento, calificaciones actuales y pasadas.

Otra área a tener en cuenta son los factores biológicos, los que se evalúa mediante un examen físico exhaustivo hecho por un médico para detectar posible signos neurológicos, anomalías congénitas u otros síntomas orgánicos que resulten del interés del terapeuta clínico.

Posteriormente, está la cuarta área de evaluación, que son la condiciones sociales y familiares, en esta área se analiza los comportamiento de los miembros de familia entre ellos y en relación con el niño, el clima familiar, relaciones interpersonales, estilos parentales, actitudes de los padres hacia los problemas infantiles, factores o acontecimiento desencadenantes de los conflictos, entre otros por medio de entrevistas clínicas y el cuestionario de evaluación emocional para padres, donde tienen como propósito hacer un análisis muy preciso sobre la relación padres e hijo a nivel emocional, los estilos que utilizan, la forma de llevar a cabo su comportamiento, así como el reconocimiento de las dificultades del niño.

“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con  
Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años  
Narly Altamiranda Torres

La quinta y última área de evaluación, es la influencia del entorno escolar, donde se evalúa si el niño incumple normas, las pautas de conducta que los docentes manejan frente al caso, y fundamentalmente la relación del niño con los maestros y los compañeros.

Teniendo en cuenta, todas estas áreas de evaluación que se analizan en el niño se logra tener una mayor claridad sobre el diagnóstico, identificando a su vez, la comorbilidad entre estos trastornos; para luego comenzar a crear un plan de tratamiento adecuado para estos niños que presentan comorbilidad y es lo que a continuación se expondrá en base a la terapia cognitivo conductual.

#### 6.7 Intervención cognitiva conductual del TDAH

La Terapia Cognitivo – Conductual (TCC), surge en los años setenta, y se ha desarrollado bajo los principios de la psicología aplicada, por lo que se han diseñado intervenciones aplicadas en la práctica clínica, comprobándose su efectividad empíricamente, por lo que se han aportado técnicas, estrategias y componentes que posibilitan a los pacientes aprender a controlar excesos o déficit conductuales, cognitivos y/o emocionales, al tiempo que brindan la oportunidad de incorporar a su repertorio “nuevas” conductas que permiten al niño tener una adaptación a su medio escolar, familiar y laboral. (Mendoza González , 2010)

“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con  
Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años  
Narlys Altamiranda Torres

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

El supuesto básico de la TCC indica que los patrones conductuales irracionales y no adaptativos se deben a la errónea interpretación de la percepción del ambiente (Méndez, Olivares y Moreno, 1998) los resultados de dicha percepción influyen notablemente en la conducta de las personas. (Mendoza González , 2010)

La TCC se basa en leyes de aprendizaje tanto clásico como operante, posibilitando la integración al repertorio conductual del niño(a) conductas que le permitirán adaptarse a un ambiente cambiante. Es un procedimiento terapéutico activo y estructurado, cuyas sesiones están limitadas temporalmente y dirigidas por el terapeuta (Beck, 1993), en el que se consideran algunas metas importantes: la primera es motivar al paciente para que permanezca en la terapia y la segunda es motivarlo para que empleen las técnicas aprendidas y comenzar a tener una vida más satisfactoria, la tercera como lo señalan Nezu, Nezu y Lombardo (2006), es elaborar un plan de tratamiento que ayude a alcanzar sus metas, la cuarta es identificar los componentes y métodos del tratamiento que permitan al paciente cumplir con eficacia sus metas. (Mendoza González , 2010)

Este tipo de terapias se emplea frecuentemente para disminuir conductas que limitan o impiden la adaptación de la persona a su vida cotidiana. En población infantil es una terapia que ha sido empleada exitosamente para atender abuso sexual (Habigzangi,

“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años Narlys Altamiranda Torres

Stroehel, Hatzenbergerl, Cassol, Cunhall, Da Silva Ramos, Koller, 2009; Mendoza, 2009b), depresión (Rosenbaum, Scott, Mintz, 2002), Trastorno por déficit de atención e impulsividad (Miranda y Presentación, 2000); trastornos alimenticios (Van Den Akker, Pulman, Groen, Timman, Jongejan y Trijsbur, 2007) empleándose en ella componentes como solución de problemas, autoinstrucciones, relajación, manejo de contingencias y técnicas conductuales como modelamiento, moldeamiento, ensayos conductuales.

(Mendoza González , 2010)

Sánchez, Rosa y Olivares (1999) probaron la efectividad de las técnicas de la TCC (a través del análisis de 26 trabajos empíricos) en el tratamiento de problemas clínicos y de salud, identificando lo siguiente:

- ✚ Las técnicas cognitivos conductuales solas o en combinación son eficaces tanto a corto como a largo plazo.
- ✚ Las técnicas más eficaces son: habilidades de afrontamiento y autocontrol.
- ✚ Los tratamientos largos intensifican mucho as sesiones, son perjudiciales en cuanto a la eficacia del tratamiento.
- ✚ Respecto del modo de entrenamiento, es más efectivo el individual.

Las técnicas cognitivo conductuales se apoyan en la aplicación de los principios de los procesos cognitivos sobre el desarrollo, mantenimiento y modificación de la conducta. Su supuesto central sostiene que los patrones básicos de personalidad irracionales y des

“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años  
Narlys Altamiranda Torres

adaptativos son los causantes de una falsa interpretación del medio (Méndez, Olivares y Moreno, 1998). (Sánchez Meca, Rosa Alcazár, & Olivares Rodríguez, 1999)

Mahoney y Arnoff (1978) distinguieron tres grandes grupos de terapias cognitivas conductuales: (1) las terapias centradas en crear habilidades a la hora de enfrentarse y manejar situaciones problema (Kazdin, 1974; Meichenbaum y Cameron, 1983; Suinn y Richarson, 1971), (2) las terapias centradas en ayudar al sujeto a interpretar racionalmente la realidad objetiva (Beck, 1976. Ellis, 1980, Meichenbaum, 1977) y (3) las terapias centradas en modificar la forma de abordar situaciones para las que el sujeto no tiene solución (D’Zurilla y Goldfried, 1971; Mahoney, 1977; Spivack, Platt y Shure, 1976). (Sánchez Meca, Rosa Alcazár, & Olivares Rodríguez, 1999)

Algunas revisiones narrativas de la literatura han tratado de revisar la eficacia diferencial de las distintas intervenciones; así, Becoña (1991) y Bragado y Carrasco (1987) afirman que, salvo en el caso de la depresión y para un tramo cronológico y sociocultural concreto, las terapias cognitivas conductuales son eficaces por el componente conductual que conllevan. Por el contrario, Latimer y Sweet (1984) concluyen que la terapia cognitiva es eficaz en el tratamiento de problemas clínicos frente al no tratamiento y la desensibilización sistemática (Sánchez Meca, Rosa Alcazár, & Olivares Rodríguez, 1999)

Una investigación realizada, arroja después de un estudio basado en un total de 650 sujetos, de los cuales 471 fueron sujetos entrenados en técnicas cognitivas conductuales, y los 179 restantes formaron parte de los grupos de control. Todos los tamaños del efecto

“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años Narlys Altamiranda Torres

resultaron positivos, es decir, a favor del tratamiento, y el nivel global medio de eficacia alcanzado en el postest fue de  $d+=1.268$ , el cual interpretándolo como una puntuación típica normalizada, nos permitiría afirmar que la media de los grupos tratados con técnicas cognitivas conductuales solas o en combinación, se situarían en el percentil 89.8% de la distribución de los sujetos que no han recibido tratamiento. (Sánchez Meca, Rosa Alcazár, & Olivares Rodríguez, 1999)

El enfoque terapéutico de la hiperactividad infantil ha evolucionado paralelo a la concepción que del síndrome hiperactivo se ha tenido a lo largo de estas últimas décadas.

Pasados los años en los que la hiperactividad infantil era concebida como un trastorno principalmente conductual, enfocándose los tratamientos terapéuticos en torno a las técnicas de modificación de conducta, se evolucionó hacia una concepción atencional del problema. Fueron los años en los que la intervención farmacológica alcanzó su pleno apogeo. (Orjales Villar & Polaino Lorente, 2004)

Años después, el estudio de la impulsividad y los posibles déficits cognitivos subyacentes en el ahora denominado déficit de atención con hiperactividad constituyeron el tema de investigación preferente. Los programas terapéuticos adquirieron el barniz cognitivo de los tratamientos basados en el autocontrol y en el entrenamiento autoinstruccional. (Orjales Villar & Polaino Lorente, 2004)

“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años Narlys Altamiranda Torres

Los tratamientos cognitivos conductuales, designan, en la actualidad, a un amplio número de paquetes de estrategias encaminadas a ampliar los déficit cognitivos relacionados con la toma de decisiones entre alternativas, toma de perspectiva social, amplitud de estrategias de solución de problemas, percepción de emociones, etc.; y conductuales como tiempo fuera de tarea, ira incontrolada, desobediencia, comportamientos sociales negativos, etc. (Orjales Villar & Polaino Lorente, 2004)

En este caso, se han utilizado varias técnicas cognitivas y conductuales cuyo objetivo se centra en enseñar al niño impulsivo a adquirir estrategias, que le permitan una mayor adaptabilidad al entorno de acuerdo a la problemática que presenta. Éstas son:

- ✚ Técnica de la Rueda de opciones para el control de la ira: Se trata de una técnica de Disciplina Positiva que consiste en crear junto al niño una rueda con opciones de cosas que él puede hacer para calmarse cuando se siente enojado frustrado. Esta rueda en forma de pastel (o torta para la gente del sur de América) se dibuja sobre una cartulina y en lo que sería cada “rebanada” o “porción” se dibuja o pega una imagen de las opciones que el niño haya mencionado, por ejemplo: tomarme unos minutos a solas, expresar con palabras cómo se siente, dibujar, contar hasta diez, saltar, etc. Las opciones deben ser acciones válidas y que respeten la integridad del niño y sus familiares.
  
- ✚ Técnica del Semáforo: Es una técnica efectiva para autorregular en los niños comportamientos impulsivos, arranques de ira o agresión y consiste en entrenar al



“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años Narlys Altamiranda Torres

pequeño para que cuando sienta que está por caer en estos comportamientos “actúe” como lo hace un semáforo. **ROJO** para DETENERSE, es decir, quedarse quieto tal cual lo hacen los autos en el tránsito. **AMARILLO** para PENSAR lo que está sucediendo y detectar posibles SOLUCIONES y **VERDE** para ACTUAR llevando a la práctica alguna de esas opciones.

Para que el niño/a comprenda bien esta técnica, es recomendable estimularlo creando una simple gráfica con él/ella y colocarla donde pueda verla. Esta gráfica que contiene el dibujo de un semáforo y unas sencillas instrucciones ayudará al pequeño a recordar cómo funciona.

✚ Técnica de la tortuga: Diseñada por Scheneider (1974, citado en Orjales y Polaino, 2001), como método de un método eficaz para el autocontrol de la conducta impulsiva, muy útil en situaciones de descontrol para carga emocional. Se aplica con todo el grupo de clase y se introduce utilizando la historia de una tortuga en cuyo comportamiento se refleja la problemática de desencontrol del niño.

✚ Técnica de relajación Progresiva: Consiste en experimentar cómo influye la música en la relajación. Se pone música de ritmo muy rápido (ejemplo: rock) y se le pregunta al niño que es lo que le provocaría hacer cuando la escucha. Después ponemos música de relajación (por ejemplo, música de Enya o un concierto de flauta de Mozarrt). Posteriormente, Sentado en una silla hacemos una relajación

“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años Narlys Altamiranda Torres

general contrayendo y distensando por partes todo el cuerpo. Ponemos música y hacemos que el niño tome conciencia de cada una de las zonas de su cuerpo que tocan con el suelo. Una vez terminada la relajación, le pedimos al niño que se estire muy lentamente (como si anduviera por la luna) y se siente a nuestro lado. Hablamos con él en un susurro para mantener todavía el estado sedante y probamos distintas cintas de música tranquila. Pedimos al niño que seleccione las canciones que más le gusten y le grabamos una cinta para que la utilice en casa. (Orjales Villar & Polaino Lorente, 2004)

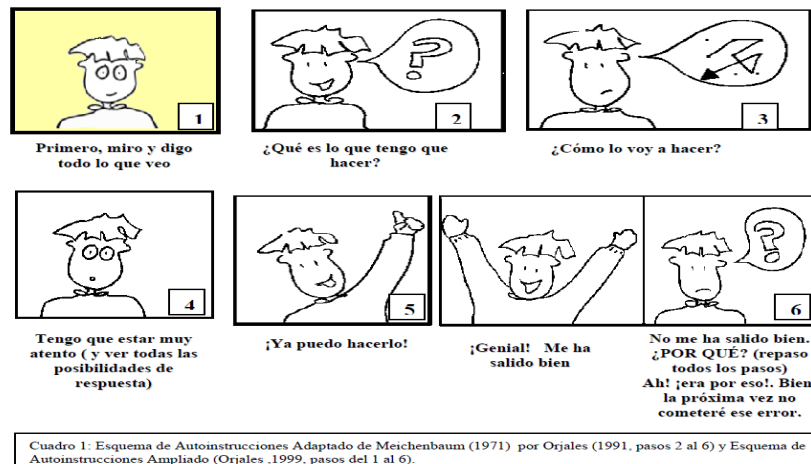
- ✚ Modelado Cognitivo: Es una técnica terapéutica en la que el niño adquiere nuevos comportamientos observando e imitando el comportamiento de otras personas, a los que se denominan "modelos". El modelado es muy útil en aquellos casos en los que la conducta que el niño necesita aprender y que no hace parte de sus habilidades. Esta técnica ha resultado exitosa para adquirir nuevas formas de comportarse.
- ✚ Tiempo fuera: El « tiempo fuera» saca al niño de una situación que constituye un refuerzo para él. De hecho, Spiegler y Guevremont (1998) lo llaman « tiempo fuera de refuerzos generalizados» (pág. 141). El aislamiento es temporal y se utiliza como una herramienta de aprendizaje. Después de un breve aislamiento, se permite al niño volver a la situación. Si muestra una conducta adecuada, se le refuerza dejándole seguir con las actividades deseadas. Si el pequeño vuelve a mostrar

“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años Narlys Altamiranda Torres

conductas inadecuadas, se le vuelve a sacar de la situación, castigándole de este modo por su conducta. (Friedberg & McClure, 2011)

✚ Técnica PIAAR (Gargallo. 1993): Esta técnica se centra en el entrenamiento para la mejora de dos variables implicadas en el estilo cognitivo reflexividad-impulsividad: la latencia y la precisión o exactitud de la ejecución. Las sesiones incluyen: (1) Demora forzada, (2) Enseñanza de estrategias de escudriñamiento y análisis y análisis de detalles (scanning), (3) Auto instrucciones (habla interna), (4) Entrenamiento en solución de problemas sencillos de la vida cotidiana. (Orjales Villar & Polaino Lorente, 2004)

✚ Auto-instrucciones Verbales: Consiste en usar 6 auto instrucciones verbales o pasos para la solución, cada auto instrucción o autoafirmación representa una etapa en la solución de problemas.



“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años  
Narlys Altamiranda Torres

Para ayudar al niño a aprender los pasos para la solución de problemas se emplean tarjetas-pista. Cada tarjeta incluye el paso para la solución correspondiente, por escrito, acompañado de un dibujo. El niño y el terapeuta se turnan para completar las tareas, usando cada uno de los pasos para la solución. Uno de los objetivos terapéuticos es ayudar al niño a interiorizar los pasos para la solución de problemas de forma que sea capaz de utilizarlos para evaluar soluciones potenciales a otras cuestiones que ocurran fuera del ámbito terapéutico. (Kazdin, 1994)

- ✚ Las técnicas de reestructuración cognitiva se encaminan a identificar y modificar las cogniciones desadaptativas de los sujetos poniendo de relieve su impacto perjudicial sobre la conducta y las emociones. Dentro de ellas están la terapia cognitiva de Beck (1976) , la terapia racional emotiva de Ellis (1980), la reestructuración racional sistemática de Goldfried y Goldfried (1987) y entrenamiento autoinstruccional de Meichenbaum (1977).
- ✚ Economía de fichas: Se utiliza para promover el comportamiento deseado por medio del control de los reforzamientos. Krasner, (1971, citado en trull 2003) señala tres consideraciones importantes para la utilización de este procedimiento que en primer lugar debe haber una especificación clara y cuidadosa de los

“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años Narlys Altamiranda Torres

comportamientos deseables que se reforzaran, debe establecerse un reforzador definido con claridad (por ejemplo fichas de plástico, tarjetas o monedas) y por último se fijan reforzadores de respaldo. Estos pueden ser privilegios especiales u otras cosas deseada por el paciente. En este caso, se está trabajando 15 días la técnica y se le hace la retroalimentación al niño, otorgándole la recompensa o la consecuencia de acuerdo al caso.

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Hace los deberes. 1 punto					
Estudia 1,30h. 1-2 puntos					
Ayuda en casa (poner la mesa, hacer su cama, fregar día sí, día no) 1-2 puntos					
Se comporta bien en casa (Obedece, no grita, no insulta, no portazos). 1-2 puntos					
Se comporta bien en clase (No molesta a profesores o compañeros, no grita, no insulta) 1-2 puntos					
Total:					

Tomado de la Revista de Psicología Clínica con niños y Adolescentes

✚ Técnica el protagonista de la semana: El objetivo de esta actividad es doble; por una parte, ayudar a que los niños conozcan mejor entre si y, por otra, favorecer que el

“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años Narlys Altamiranda Torres

propio niño se vea valorado por los demás y sea percibido por ellos de una forma positiva y quizás muy distinta a lo habitual. Todo ello repercutirá directamente en su autoimagen y, con el tiempo, quizá también en su autoestima. (Orjales Villar & Polaino Lorente, 2004)

#### 6.8 Estilos parentales y la familia en el TDAH

No es una tarea fácil ser padres de niños con TDAH, entre otras cosas porque los métodos de disciplina usuales no funcionan con la misma eficacia que con otros niños. Esto suele provocar frustraciones en los padres y la utilización de un estilo disciplinario disfuncional, caracterizado por mayor permisividad y sobre-reacción. Stormshak, en un estudio con 631 niños de preescolar con conducta disruptiva, concluyeron que la hiperactividad se relacionaba con niveles elevados de disciplina punitiva y castigo físico. Así mismo, Keown, estudiaron aspectos de la conducta parental y factores del funcionamiento familiar asociados con la hiperactividad en 33 familias de niños hiperactivos y 34 familias control. Los resultados mostraron que los factores que se asociaban significativamente con la hiperactividad fueron un estilo de disciplina más permisivo, sentimientos más bajos de autoeficacia, menos nivel de comunicación padres-hijos e interacciones madre-hijo menos sincrónicas. (Miranda-Casas, Grau-Sevilla, Marco-Taberner, & Rosello, 2007)

“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con  
Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años  
Narlys Altamiranda Torres

En lo referente a la etiología, un cuarto de los niños diagnosticados con hiperactividad tienen también padres con el mismo diagnóstico, lo que sugiere un fuerte componente genético (Barkley. 1998; Biederman, Faraone y Keenan, 1992), aunque algunos estudios sitúan la causa de los problemas infantiles en la influencia que ejercen sobre el estilo educativo parental los problemas psiquiátricos de los progenitores (Vostanis, Graves, Meltzer, Goodman, Jenkins y Brugh, 2006). También el contacto o consumo de determinadas sustancias o alimentos pueden suponer factores de riesgo para la aparición de en los hijos del TDAH (Biederman, Milberger y Faraone, 1995; Goldstein y Goldstein, 1998). (Raya Trenas, Herreruzo Cabrera, & Pino Osuna, 2008)

En esta misma línea, la influencia de los entornos sociales sobre la hiperactividad pone en el punto de mira a la familia como principal ámbito de interacción social del niño. Así, diversas investigaciones han demostrado que existe cierta relación entre niveles disfuncionales de disciplina y afecto y el TDAH, así como otros tipos de trastornos externalizantes como la agresividad y los problemas de conducta. (Raya Trenas, Herreruzo Cabrera, & Pino Osuna, 2008)

En este sentido, estudios más recientes como el realizado por Hurt, Hoza y Pelham (2007) con 110 niños diagnosticados de TDAH y sus respectivos padres y madres, concluyeron que altos niveles de afecto por parte de los padres, estaban significativamente relacionados con la aceptación y el menor rechazo de por parte de sus compañeros hacia sus hijos, mientras que el exceso de autoritarismo producía el efecto contrario. En la

“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con  
Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años  
Narly Altamiranda Torres

misma línea, otro estudio llevado a cabo por Goldstein, Harvey y Friedman-Weiwneth (2007) con niños de tres años, se encontró que los padres de niños hiperactivos eran menos afectuosos y más controladores o bien presentaban un estilo educativo más negligente que los padres de los niños no problemáticos. Por lo tanto, la mayoría de los estudios sitúan a las dimensiones de afecto y control como aquellas en las que se apoyan los padres para realizar la función socializadora (Roa y Del Barrio, 2002), lo que da lugar a distintos estilos educativos como los más conocidos denominados “autoritario”, “autorizado” (también conocido como democrático) y “permisivo” (Baumrind, 1967, 1991). Algunos instrumentos como el Parent-Child Relationship Inventory (PCRI) relacionan determinadas prácticas de crianzas con estos estilos educativos, de manera que una alta puntuación en el conjunto de sus escalas indica una buena actitud hacia la crianza, lo que estaría en línea con el modelo autorizado, mientras que puntuaciones bajas son signo de un estilo de crianza poco efectivo, en línea con el estilo autoritario. Además, una combinación de elevado apoyo junto con baja disciplina y autonomía se identificaría con el modelo permisivo (Roa y Del Barrio, 2001). (Raya Trenas, Herreruzo Cabrera, & Pino Osuna, 2008)

En definitiva, el hecho constatado de que los padres que optan en su práctica educativa por un modelo equilibrado (Webster-Stratton y Hammont, 1998) suelen tener hijos auto controlados y socialmente adaptados como consecuencia de hábitos de crianza basados en el afecto y la disciplina (Maccoby y Martin, 1983), nos lleva a plantear el presente estudio, que se propone determinar la relación existente entre los distintos factores que componen el estilo de crianza de padres y madres según el PCRI y la hiperactividad informada por los



“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con  
Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años  
Narlys Altamiranda Torres

padres por medio del BASC, es decir, se pretende ver si existen diferencias en el estilo en el estilo educativo recibido por dos grupos de chicos que han obtenido puntuaciones bajas y de riesgos, respectivamente, en el instrumento con que hemos medido la variable de hiperactividad y determinar cuáles son las variables de crianza parental relacionadas con la presencia o ausencia de las conductas referentes a la hiperactividad e impulsividad.

## 7. Análisis del caso

La unidad de análisis del presente estudio de casos, es describir la eficacia que tiene el modelo cognitivo conductual como estrategia de intervención, la variable a utilizar es la intervención cognitiva conductual, ya que a través de ella y teniendo en cuenta que el paciente había estado en reiterativas ocasiones asistiendo a psicología con diferentes enfoques, siendo actualmente el cognitivo conductual el que permitiera al niño y a sus padres una aceptación, ya que las técnicas que se han utilizado han sido de gran ayuda para el avance terapéutico, convirtiéndose así en una motivación significativa para mantener la permanencia y la asistencia al proceso.

A pesar de ello y teniendo en cuenta que la cooperación por parte de los padres ha sido en gran medida muy ambivalente a raíz de problemas internos en la familia generado por ellos mismos y en otras ocasiones por situaciones laborales y familiares que hacen que el niño pierda continuidad en el proceso, se han visto pequeños logros pero significativos para el proceso, que a futuro generarían grandes cambios que han afianzado aún más la confianza por la intervención cognitivo conductual.

Por lo anterior y conociendo la relevancia que ha merecido la intervención cognitivo conductual en el presente caso, en lo siguiente se realizará un recorrido por los aportes teóricos que se han realizado hasta el momento en lo referente a la problemática.

“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con  
Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años  
Narlys Altamiranda Torres

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) puede definirse actualmente como la aplicación clínica de la ciencia de la psicología, que se fundamenta en principios y procedimientos validados empíricamente (Plaud, 2001). Desde los momentos iniciales, hace ya cinco décadas, en la que la terapia de conducta se adhería fuertemente a los principios y teorías del aprendizaje, una larga y compleja evolución se ha dado en esta disciplina, habiéndose ampliado su sustentación teórica más allá de las teorías de condicionamiento, para pasar a considerar en la explicación del comportamiento humano factores y modelos procedentes de otros ámbitos de la psicología. (Ruiz, Díaz , & Villalobos, 2012)

Algunos de sus representantes más acreditados han argumentado que la TCC debe considerarse como un conjunto de técnicas eficaces, sin obedecer a ningún modelo terapéutico. Desde un punto de vista fenomenológico, podemos señalar cuatro rasgos obvios de la TCC en la actualidad:

- ✚ Primero: La Terapia Cognitiva Conductual, es un ámbito de intervención en salud que trabaja con respuestas físicas, emocionales, cognitivas y conductuales desadaptadas, de carácter aprendido. Estas respuestas se han practicado a lo largo de tanto tiempo que se han convertido en hábitos del repertorio comportamental del individuo. Sin embargo, los individuos no siempre conocen el carácter aprendido de sus hábitos y considera que tienen poco o ningún control sobre ellos. La TCC considera que el individuo tiene

“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años  
Narlys Altamiranda Torres

responsabilidad en los procesos que le afectan y puede ejercer control sobre ellos. (Ruiz, Díaz , & Villalobos, 2012)

✚ Segundo: Al tratarse de un ámbito de mejora de la salud, la TCC cuenta con técnicas y programas específicos para diferentes problemas y trastornos, cuya aplicación cuenta con un tiempo limitado en comparación con otras psicoterapias a largo plazo. Aunque en la última época ha crecido el interés por los enfoques transdiagnóstico hacia la psicopatología y el tratamiento, la naturaleza orientada hacia problemas específicos de la TCC ha facilitado su caracterización como una terapia de tiempo limitado. (Ruiz, Díaz , & Villalobos, 2012)

✚ Tercero: La TCC tiene en general una naturaleza educativa que puede a ser más o menos explícita. La mayor parte de los procedimientos cuentan con módulos educativos, además de la conceptualización inicial del terapeuta sobre el problema y la lógica del tratamiento. (Ruiz, Díaz , & Villalobos, 2012)

✚ Cuarto: La TCC posee en esencia un carácter auto-evaluador a lo largo de todo el proceso en continua referencia a la metodología experimental y énfasis en la validación empírica de los tratamientos. Estas características son herederas de la adopción del conductismo metodológico como principal eje vertebrador de la TCC, y probablemente la seña de identidad más genuina de la TCC actual. (Ruiz, Díaz , & Villalobos, 2012)

“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con  
Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años  
Narlys Altamiranda Torres

De acuerdo con estas argumentaciones, efectivamente esto se confirma durante el manejo del presente caso, ya que el paciente SP presenta respuestas de este tipo haciéndolas funcionales para su vida siendo la intervención cognitiva conductual un instrumento para que el niño logre concientizarse de la responsabilidad que tiene al ejercer estas conductas y lo más importante es que logre entrenarse de tal manera que pueda manejar un control adecuado para ellas.

En esta misma línea, el enfoque ha permitido un avance significativo en el caso, debido a que las técnicas y estrategias que se han desarrollado en lo que va de la intervención han permitido una orientación adecuada hacia el mejoramiento del paciente y hacia el manejo que los padres le han dado al trastorno que el paciente.

Para llegar a tales conclusiones, hubo fundamentos teóricos conductuales que fueron la base para el desarrollo de la TCC, tales como: La reflexología y las leyes del condicionamiento clásico, el conexionismo de Thorndike, el conductismo de Watson y los posteriores desarrollos neoconductistas de Hull, Guthrie, Mowrer y Tolman y por último la contribución de Skinner y el análisis experimental de la conducta. (Ruiz, Díaz , & Villalobos, 2012)

Con todas estas aportaciones, la TCC se configuró a partir del desarrollo científico de la psicología y tomó como elementos básicos de su cimentación las aportaciones de la psicología del aprendizaje para la comprensión del control de la conducta. El comienzo formal de la TC como enfoque terapéutico se gesta gradualmente, desde los desarrollos

“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con  
Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años  
Narly Altamiranda Torres

experimentales de la teoría del aprendizaje, expuestos en el punto anterior, hasta las primeras aplicaciones clínicas de los principios que se extraían en el laboratorio. En este recorrido, el interés por la conducta desviada o desadaptada fue tornándose el objetivo principal. La aplicación de los principios de aprendizaje para el abordaje de la alteración de la conducta se convirtió de hecho, en una forma de demostrar la utilidad de enfocar la psicopatología de una forma diferente. (Ruiz, Díaz , & Villalobos, 2012)

Las Técnicas Cognitivo-Conductuales TCC se apoyan en la aplicación de los principios de los procesos cognitivos sobre el desarrollo, mantenimiento y modificación de la conducta. Su supuesto central, sostienen que los patrones básicos de personalidad irracionales y desadaptativos son los causantes de una falsa interpretación del medio. (Sánchez Meca, Rosa Alcazár , & Olivares Rodriguez, 1999)

En este aspecto, durante la intervención del caso actual con la Terapia Cognitiva Conductual se ha logrado con éxito la modificación de algunas conductas en el niño que son desadaptativas e inadecuadas para el entorno en el que se desenvuelve, que se evidencian por ejemplo al momento de la llegada al centro, durante las sesiones y en algunos momentos en casa, aunque los avances se han visto un poco obstruidos a raíz de la negativa del padre de continuar con el acompañamiento del proceso, ya que ha vuelto a ingerir licor.

Mahoney y Arnoff (1991) distinguieron tres grandes grupos de terapias cognitivas conductuales: Las terapias centradas en crear habilidades a la hora de enfrentarse y manejar

“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con  
Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años  
Narlys Altamiranda Torres

las situaciones problema, las terapias centradas en ayudar al sujeto a interpretar racionalmente la realidad objetiva y las terapias centradas en modificar la forma de abordar situaciones para las que el sujeto no tiene solución. (Sánchez Meca, Rosa Alcazár , & Olivares Rodriguez, 1999)

Con respecto a este aspecto, uno de los objetivos terapéuticos de la intervención que se ha venido realizando con el paciente SP y la cual seguirá realizándose hasta lograr reducir a una intensidad y frecuencia mínima los comportamientos inadecuados que SP presenta, es el desarrollo de estrategias que permitan la resolución de problemas de acuerdo a la situación y al entorno en el que se presente. En este caso hemos usado técnicas de autoinstrucciones verbales, que están enfocadas a entrenar al sujeto en habilidades que le capaciten para abordar con éxito diferentes problemas. Las principales técnicas son la terapia de resolución de problemas de D Zurilla y Goldfried (1971), la técnica de resolución de problemas interpersonales de Spivack, Platt y Shure (1976) y el procedimiento de ciencia personal de Mohoney (1977). (Sánchez Meca, Rosa Alcazár , & Olivares Rodriguez, 1999)

Sin embargo en este aspecto, hemos tenido ciertas dificultades ya que a pesar que dentro del consultorio se le enseñan técnicas que le permitan adquirir habilidades en la resolución de conflictos, SP se encuentra expuesto a situaciones agresivas dentro de su núcleo familiar las que actualmente percibe como una forma funcional de resolver problemas a pesar que es consciente que tiene otras alternativas para manejar situaciones conflictivas.

“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con  
Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años  
Narlys Altamiranda Torres

Del mismo modo, el entrenamiento en habilidades sociales de afrontamiento pretende instaurar en el sujeto ciertas habilidades a fin de que las utilice en futuras situaciones evocadoras de ansiedad o productoras de estrés. De entre ellas podemos destacar el entrenamiento en manejo de ansiedad de Suinn y Richardson (1971), el entrenamiento en inoculación de estrés (Meichenbaum y Cameron, 1983) y otras técnicas de autocontrol (Carrobbles, 1985). (Sánchez Meca, Rosa Alcazár , & Olivares Rodriguez, 1999)

Las técnicas de reestructuración cognitiva se encaminan a identificar y modificar las cogniciones desadaptativas de los sujetos poniendo de relieve su impacto perjudicial sobre la conducta y las emociones. Dentro de ellas están la terapia cognitiva de Beck (1976), la terapia racional Emotiva de Ellis (1980), la reestructuración racional sistemática de Goldfried y Goldfried (1987) y el entrenamiento auto instruccional de Meichenbaum (1977). (Sánchez Meca, Rosa Alcazár , & Olivares Rodriguez, 1999)

Estas últimas han generado discusión en algunos casos, dado que durante unos años el tratamiento auto-instruccional se alzó como una panacea frente a los programas de intervención conductual predominantes en la época. El entrenamiento auto-instruccional demostró ser efectivo en la reducción de la impulsividad, en el aumento de la capacidad de planificación, concentración y razonamiento, en la mejora de habilidades sociales y en el incremento del rendimiento académico. Sin embargo, a pesar de que numerosas instrucciones confirmaron la eficacia de su utilización algunos otros no pudieron confirmar resultados tan positivos. Meichenbaum (1977,1992) realiza algunas sugerencias clínicas



“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con  
Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años  
Narlys Altamiranda Torres

para la implantación con éxito de este tipo de programas: Utilizar el entorno de juego del niño para iniciar y modelar el autohablarse, utilizar pruebas que resulten útiles para entrenar estrategias cognitivas secuenciadas, utilizar la enseñanza entre iguales para obtener modelos cognitivos infantiles, aplicar los programas al ritmo del niño y construir un paquete de auto manifestaciones que incluya auto verbalización de gran variedad de problemas, así como elementos de coping y autorrefuerzo; impedir que el niño utilice las auto manifestaciones de forma mecánica; incluir un terapeuta que anime al niño a responder, aprender a utilizar el entrenamiento auto instruccional con respuestas de baja intensidad, complementar el entrenamiento con la práctica de imágenes tales como la técnica de la tortuga, completar el entrenamiento autoinstruccional con el entrenamiento en correspondencia y completar el entrenamiento autoinstruccional con procedimientos operantes como el coste respuesta. (Orjales Villar I. , 2007)

A ciencia cierta, durante la intervención del paciente SP se ha visto la eficacia que el paquete de técnicas cognitivo-conductuales ha dejado en el proceso, generando resultados positivos a pesar de las dificultades que se han presentado a raíz de la ambivalencia en el estilo parental que manejan actualmente los padres. En ocasiones la aparente ineficacia o retroceso que se ha podido producir son resultado de factores externos como: conflictos de pareja, exposición del niño a conductas que no sean acorde a lo entrenado en la terapia, a la poca flexibilidad del paciente y a las peculiaridades e historia de cada sujeto entre otros.

“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con  
Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años  
Narlys Altamiranda Torres

En esta misma línea, en los últimos años también, a las modificaciones en los criterios diagnósticos que influyen en la inclusión de sujetos con sintomatología únicamente inatenta en la selección de las muestras empleadas. Pero sin duda un factor determinante es la brevedad de las intervenciones que se realizan en el marco de estas investigaciones (en el mejor de los casos sesiones en un periodo de tres o cuatro meses), que el diseño de un programa de Entrenamiento Autoinstruccional realice una primera adaptación de las autoinstrucciones basándome en los escritos de Meichenbaum e incorporando dibujos de apoyo. (Orjales Villar I. , 2007)

Con base en todo lo anterior, es certero que el propósito de la Intervención Cognitiva Conductual es aumentar o reducir conductas específicas, tanto en sentimientos, como en pensamientos e interacciones disfuncionales, en ella se definen objetivos concretos a lograr y de esa forma se aumenta la posibilidad de lograr un diagnóstico confiable y a su vez modificar síntomas específicos y saber exactamente las metas terapéuticas que se quieren lograr.

En este caso en particular, la meta de la terapeuta es reducir o en la medida de lo posible y sin tener en cuenta factores externos que puedan afectar el curso positivo de la intervención, el eliminar los síntomas, si estos desaparecen, inmediatamente también se generaría una mejoría significativa en su autocontrol, su interacción con pares y padres y por ende en su rendimiento académico y así mismo en otras áreas, sin que aparezcan otros síntomas que los reemplacen. El éxito de la intervención radica más que todo en el cambio,

“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con  
Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años  
Narlys Altamiranda Torres

por lo que se le entrena al paciente la práctica de nuevas conductas y cogniciones en las sesiones, y se le pide realizarlas fuera del consultorio como parte de la tarea. De igual forma, se le muestra que existen otras alternativas posibles para sus pensamientos y patrones habituales de conducta. Se le hace partícipe de técnicas en la resolución de problemas, al inicio de cada sesión se le pregunta si tuvo algún inconveniente con las técnicas socializadas en la sesión anterior y al concluir. Al comienzo de cada sesión el terapeuta indaga acerca de los problemas en los que el paciente focalizó su trabajo y cuáles necesita resolver en ese momento. Al concluir la sesión, le pregunta si ha hecho algún progreso al respecto. Utiliza planes de tratamiento. Generalmente, la terapia utiliza planes específicos de tratamiento para cada problema, no utilizando un formato “único” para las diversas consultas. Propone una continuidad temática entre las sesiones. En cada sesión se revisan las tareas indicadas para la semana anterior, se estudia cuál es el problema actual y se planean actividades para la semana siguiente. Tiene una base empírica y trabaja con la participación activa del paciente. Las tesis cognitivo-conductuales han sido ampliamente comprobadas respecto de su eficacia para tratar una variedad de trastornos. Es decir, más que simplemente decir que funciona, está comprobado que funcionan en muchos de los casos, en este se ha aplicado la intervención Cognitiva Conductual con interconsulta con neuropsicología, neuropediatria, terapia ocupacional, psiquiatria y tratamiento farmacológico, comprobando que la efectividad de la ICC se puede dar tanto sola como combinada.

“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con  
Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años  
Narlys Altamiranda Torres

A lo largo de los años el panorama de la terapia cognitiva se ha ido mostrando como un espectro cada vez más heterogéneo y amplio, siendo muchas las influencias teóricas que han servido para el desarrollo de los distintos enfoques cognitivos.

## **8. Discusiones y conclusiones**

El uso de la Terapia Cognitiva Conductual en niños pequeños está cada vez más extendido, si bien es verdad que en ocasiones nos encontramos con dificultades para adecuar el contenido de esta terapia, ya que el desarrollo evolutivo de los niños, hace necesario presentarlo de forma una forma muy simple y adaptada para su edad. (Martinez Pardo, 2010)

A raíz de esto, se hace importante hacer énfasis en el valor que tiene la relación terapéutica en los resultados del tratamiento. En este caso fue importante este factor, debido a que los padres habían visitado varios terapeutas, sin tener éxito alguno. Gracias a la buena relación entre paciente, los padres y el terapeuta se logró que mejorara la constancia de las visitas al psicólogo, aunque por otros factores las ausencias generaran un retroceso significativo en el tratamiento del niño.

Una de las definiciones mayormente aceptadas es la que conceptualiza a la alianza terapéutica como un constructo multidimensional en el cual se identifican tres componentes: acuerdo en las tareas, vínculo positivo y acuerdo en los objetivos (Bordin, 1979). Asimismo, Luborsky (1976) identifica dos tipos de relación terapéutica, según la fase o etapa de la terapia. Mientras que la alianza de tipo 1 remite a la relación entre paciente y terapeuta que tiene lugar al inicio del tratamiento, en atención a la percepción del paciente de contar con el apoyo del terapeuta, la alianza de tipo 2 tiene lugar en fases

“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años Narlys Altamiranda Torres

posteriores en atención a la percepción del paciente de que ambos comparten un trabajo conjunto. En la actualidad, Green (2009) identifica dos componentes de la relación terapéutica: las características personales del terapeuta (agradabilidad, veracidad y compromiso) y tipo de trabajo (manera en que el foco, método y objetivos del tratamiento son explicitados y mutuamente aceptados). (Putrino, 2011)

Por otra parte, a lo largo de las sesiones siempre fue y ha sido una **limitación** la discontinuidad que manejan los padres con respecto a la asistencia a las sesiones del tratamiento del niño, debido a que ha habido brechas de grandes de ausencias que han marcado significativamente un retroceso en el proceso del niño, generándose altos y bajos durante la intervención. Así mismo, otra de las limitaciones que se han presentado durante el curso del tratamiento, fue la muerte de la abuela materna, ya que ha representado para el paciente una pérdida significativa que ha generado en él a nivel emocional-afectivo sintomatología que podría conllevar una depresión a raíz de la ausencia de su abuela y de la forma en la que la madre se apartó del niño por el suceso. Otro punto que ha marcado una limitación importante, son las constantes recaídas del padre en el alcohol, que a pesar de estar asistiendo a terapia de A.A. no maneja adecuadamente la abstinencia generando traumatismos en el interior de la vida familiar del paciente. Adicionalmente, los problemas de pareja y pese a que ha habido una mejoría notoria en la atención y conducta del paciente, ha significado también que el proceso que se viene realizando sea lento y por ende detone problemas en otros aspectos como el académico, donde el colegio no ha prestado mayor colaboración con el proceso del niño y aunque se les envió un informe donde se

“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con  
Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años  
Narlys Altamiranda Torres

especificaba la problemática del paciente y que se sugería una cooperación del colegio, no se han pronunciado al respecto; no solo por resistencia del colegio sino también por el empeño de la madre de no involucrar al colegio en la intervención para que las personas no se enteren de la verdadera procedencia del paciente.

Así mismo, se logró establecer que las inconsistencias en los estilos parentales de los padres y el mal manejo que tanto padres como docentes hacen frente a las conductas negativas del paciente, han un aumento y mantenimiento de las conductas especialmente de las conductas agresivas, creando en el paciente sentimientos de culpa, minusvalía y creyendo erróneamente que se pueden utilizar conductas disfuncionales para hacer frente a situaciones que él considera amenazantes, volviéndose un niño agresivo con su entorno; lo cual pone en evidencia que el no entrenamiento del paciente, de sus padres y docentes puede conllevar al agravamiento del problema y peor aun aumentando la posibilidad de padecer una comorbilidad con un trastorno depresivo.

Con relación a esto, y teniendo en cuenta que el objetivo de este estudio de casos es mostrar la eficacia de la TCC en un caso de TDAH con sintomatología depresiva; y que podemos decir que ha sido satisfactoria, hemos encontrado múltiples factores externos al terapeuta que han interferido con el tratamiento. Por lo tanto, se hace necesario realizar algunas anotaciones para estudios futuros, dirigidas a las limitaciones presentadas durante la evaluación y curso del tratamiento, se hace importante para futuras investigaciones, realizar una concientización no solo del paciente, sino a nivel familiar para que puedan asimilar desde varias perspectivas cual sería el pronóstico del niño sino de hace un trabajo

“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con  
Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años  
Narlys Altamiranda Torres

interdisciplinar, no solo donde intervengas las diferentes ramas de la ciencia como se ha trabajado en este caso, sino que también se logre involucrar adecuadamente los diferentes entornos en los que el paciente o los pacientes se desenvuelven, ya que en el presente estudio la concientización se hizo al inicio de la intervención y considero que para que sea mucho más eficaz se hace necesario hacerlo antes, durante y al inicio del tratamiento para lograr una intervención óptima que permita el avance continuo del niño.

Adicionalmente y como lo esbozan en diferentes investigaciones, específicamente en el artículo de la *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, en su artículo “*Relación entre los estilos de crianza parental y el desarrollo de ansiedad y conductas disruptivas en niños de 3 a 6 años*”, es importante que los padres incorporen cognitivamente que las pautas de crianza parental, cumple un papel clave en el desarrollo evolutivo del niño, influyendo tanto en problemas internalizantes, como externalizantes (conductas de oposición, agresividad estrategias de afrontamiento, competencias sociales) que se encuentran presentes en el TDAH. Por lo anterior, se hace importante que al iniciar el curso de la intervención y durante ella se haga un énfasis importante en que la familia del paciente entienda lo determinante que pueden ser las actitudes y pautas de crianza parental ya que estas influyen significativamente en el área emocional-afectiva y en el desarrollo y sobretodo en el mantenimiento de conductas agresivas e impulsivas en los niños.

En consecuencia se sugiere, la necesidad de crear un programa de educación familiar adecuado para cada caso, pero con bases sólidas que impliquen la invitación a padres y personas cercanas a la familiar a generar cambios en este aspecto, en la manera de educar e



“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con  
Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años  
Narly Altamiranda Torres

impartir practicas disciplinarias y de manera preventiva el tiempo que le dedican a en sus tiempos libres.

Para concluir, los resultados obtenidos en el presente estudio permiten mantener una buena actitud ante la eficacia que nos ofrece la intervención cognitiva conductual en los niños diagnosticados con TDAH.

Con base en estos planteamientos teóricos, se puede decir que en la actualidad, la intervención cognitivo conductual, es considerada como la orientación psicoterapéutica más eficaz, influyente y extendida para tratar casos de TDAH, solas y combinadas como en este caso han resultado eficaces tanto a corto como a largo plazo.

De acuerdo con lo mencionado, el presente estudio de caso, concuerda con los resultados que han señalado distintos estudios, donde se evidencia que las intervenciones cognitivo-conductuales han resultado ser un instrumento eficaz para el tratamiento del TDAH, pues es comprobado que en muchos de los casos ha logrado mejorar la situación clínica de la paciente y de entrenar al paciente en la adquisición de herramientas necesarias para afrontar eficazmente sus problemas o dificultades.

Todo esto, se ha ido comprobando a lo largo de éste estudio de caso en el que se aplicaron elementos del modelo cognitivo conductual, y que las estrategias y técnicas de este mismo modelo, fueron prácticas en la intervención del trastorno.

“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años Narlys Altamiranda Torres

### Referencias

- Alvarez, A. V. (07 de Marzo de 2013). “Intervenciones Psicológicas para el desarrollo emocional del niño con discapacidad y su familia”. Buenos Aires, Argentina.
- American Psychiatric Association. (2014). *Guia de Consulta de los Criterios Diagnosticos*. London: Traducción: Burg Translations, Inc.,.
- Bastidas, A. (23 de Mayo de 2013). *Bebés y más*. Recuperado el 27 de Abril de 2016, de Bebés y más: <http://www.bebesymas.com/salud-infantil/el-psiquiata-que-descubrio-el-tdah-confeso-antes-de-morir-que-es-una-enfermedad-ficticia>
- 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.
- Caballo, V. E., & Simon, M. Á. (2001). *Manual de Psicología Clínica Infantil y del Adolescente*. Madrid: Ediciones Piramide.
- Calderon, C. (2001). Resultados de un programa de tratamiento cognitivo-conductual para niños con Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Anuario de Psicología*, 79-98.
- Cardo, E., & Servera-Barcelo, M. (2005). Prevalencia del trastorno de déficit de atención e hiperactividad. *Revista Neurológica*, 811-815.
- Cormier, W. H., & Cormier, L. S. (2000). *Estrategias de Entrevistas para Terapeutas*. Bilbao: EDITORIAL DESCLEÉ DE BROUWER, S.A., 2000.
- Cornejo, J., Osío, O., Carrizosa, J., Sanchez, G., Grisales, H., Castillo-Parra, H., & Holguín, J. (2005). Prevalencia del trastorno por déficit de atención-hiperactividad en niños y adolescentes colombianos. *Revista Neurológica*, 716-722.

“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años Narlys Altamiranda Torres

Cusinato, M. (1992). *Psicología de las Reacciones Familiares*. Barcelona: Editorial Herder.

De La Garza, F. (2007). *Depresión en la Infancia y Adolescencia*. México: Trillas.

Elías Cuadros, Y., & Estañol Vidal, B. (2005). *Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad*. México: Trillas.

Freides, D. (2006). *Trastornos del Desarrollo: Un enfoque neuropsicológico*. Barcelona: Editorial Ariel.

Friedberg, R. D., & McClure, J. M. (2011). *Práctica Clínica de Terapia Cognitiva con Niños y Adolescentes*. Madrid: Paidós.

Guerrero López, J. F., & Pérez Galán, R. (2011). El alumnado con TDAH (hiperactividad) como colectivo en riesgo de exclusión social: propuestas de acción y de mejora. *Revista RUEDES*, 37-59.

Hoge, J. M. (2008). *Evaluación Infantil: Aplicaciones conductuales, sociales y clínicas Volumen I*. Bogotá: Manual Moderno.

Kazdin, A. E. (1994). Terapia de Habilidades en solución de problemas para niños con trastornos de conducta. *Psicología Conductual*, 231-250.

Major, S., & Walsh, M. A. (2006). *Actividades Para niños con Problemas de Aprendizaje*. Barcelona: Ediciones Ceac.

Martinez Pardo, B. (2010). Ejercicios para la comprensión de distorsiones cognitivas en niños de 8 a 10 años. *Uniroja*, Dialnet.

Mendoza González, B. (2010). *Manual de Autocontrol del Enojo*. México: El Manual Moderno S.A. de C.V.

“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con  
Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años  
Narly Altamiranda Torres

- Ministerio de Salud y Conciencias. (2015). *Encuesta Nacional de Salud Mental*. Bogotá: Javegraf.
- Miranda-Casas, A., Grau-Sevilla, D., Marco-Taberner, R., & Rosello, B. (2007). Estilos de disciplina en familias con hijos con trastorno por déficit de atención/hiperactividad: Influencia en la revolución del trastorno. *Revista Neurológica*, 23-25.
- Nezu, A. M., Maguth Nezu, C., & Lombardo, E. (2006). *Formulación de Casos y Diseño de Tratamientos Cognitivo-Conductuales*. Bogotá: Manual Moderno.
- Orjales Villar, I., & Polaino Lorente, A. (2004). *Programa de Intervención Cognitivo Conductual para niños con déficit de atención con hiperactividad*. Madrid: CEPE.
- Orjales Villar, I. (2001). *Manual para padres y Educadores Déficit de Atención con Hiperactividad*. Madrid: Color 2002. S.L.
- Orjales Villar, I. (2007). El Tratamiento cognitivo en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH): revision y nuevas aportaciones. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 19-30.
- Paz, B. M., & Bermudez Sanchez, A. M. (2010). *Manual de Psicología Clínica Infantil*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Perez, M. (20 de Octubre de 2014). El TDAH no existe, y la medicación no es un tratamiento, sino un dopaje". (C. Fominaya, Entrevistador)
- Polaino-Lorente, A., & Ávila de Encío, C. (2004). *Cómo vivir con un niñ@ hiperactiv@*. Madrid: Narea, S.A. De ediciones.
- Putrino, N. (2011). La importancia de la Relación Terapéutica en los Tratamientos Psicológicos . *Revista Eletrónica de la Facultad de Psicología - UBA*.

“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años Narlys Altamiranda Torres

- Raya Trenas, A. F., Herreruzo Cabrera, J., & Pino Osuna, M. J. (2008). El estilo de crianza parental y su relación con la hiperactividad. *Psicothema*, 691-696.
- Reátegui Villegas, D. A., & Vargas Murga, H. (2008). Síntomas depresivos en pacientes con Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista Médica Herediana*, 96-101.
- Ruiz, M. A., Díaz, M. I., & Villalobos, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Sánchez Meca, J., Rosa Alcazár, A. I., & Olivares Rodríguez, J. (1999). LAS TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES en problemas clínicos y de salud: Meta-Análisis de la literatura Española. *Psicothema*, 641-654.
- Vallejo Pareja, M. Á. (2012). *Manual de Terapia de Conducta. Tomo 1*. S.L. - DIKINSON.
- Vera, A., Ruano, M. I., & Ramirez, L. P. (2007). Características clínicas y neurobiológicas del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Colombia Médica*, 433-439.

“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con  
Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años  
Narlys Altamiranda Torres

## **Anexos**

“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años Narlys Altamiranda Torres

Anexo no. 1 – Escala de Depresión (Primera Aplicación)

**ESCALA DE DEPRESIÓN**

Apellidos: Perez Nombres: Santiago  
 Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Fecha: NOVIEMBRE / 15  
 Colegio: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_

Lee con atención la siguiente lista. Marca tu respuesta pensando cuántas veces te has sentido así la semana pasada. Para indicar tu respuesta, coloca una X en la casilla correspondiente, según elijas Menos de un día, 1-2 días, 3-4 días, 5-7 días).

Durante la semana pasada:		Menos de un día	1 – 2 días	3 – 4 días	5 – 7 días
1	Me molestaron muchas cosas que generalmente no me molestan	X			
2	No tenía hambre ni mucho apetito	X			
3	Me sentí tan desanimado que ni mi familia ni mis amigos me podían aliviar	X			
4	Me sentí tan bueno(a) como los demás				X
5	Tuve problemas para prestar atención a lo que estaba haciendo			X	
6	Me sentí deprimido(a)	X			
7	Sentí que todo lo que hacía me costaba esfuerzo		X		
8	Vi el futuro con esperanza		X		
9	Pensé que mi vida era un fracaso	X			
10	Tuve miedo		X		
11	Dormí sin poder descansar	X			
12	Me sentí feliz			X	
13	Hablé menos de lo normal	X			
14	Me sentí solo(a)	X			
15	La gente no me cayó bien	X			
16	Disfruté de la vida		X		
17	Lloré	X			
18	Estuve triste	X			
19	Sentí que no caía bien a otras personas			X	
20	No pude animarme a hacer nada	X			

13 puntos

“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años Narlys Altamiranda Torres

Anexo no. 2 – Escala de Depresión (Segunda Aplicación)

**ESCALA DE DEPRESIÓN**

Apellidos: Pérez Nombres: Santiago  
 Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Fecha: marzo 5/16  
 Colegio: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_

Lee con atención la siguiente lista. Marca tu respuesta pensando cuántas veces te has sentido así la semana pasada. Para indicar tu respuesta, coloca una X en la casilla correspondiente, según elijas Menos de un día, 1-2 días, 3-4 días, 5-7 días).

Durante la semana pasada:		Menos de un día 0	1-2 días 1	3-4 días 2	5-7 días 3
1	Me molestaron muchas cosas que generalmente no me molestan	X			
2	No tenía hambre ni mucho apetito	X			
3	Me sentí tan desanimado que ni mi familia ni mis amigos me podían aliviar		X		
4	Me sentí tan bueno(a) como los demás	X			
5	Tuve problemas para prestar atención a lo que estaba haciendo			X	
6	Me sentí deprimido(a)		X		
7	Sentí que todo lo que hacía me costaba esfuerzo	X			
8	Ví el futuro con esperanza		X		
9	Pensé que mi vida era un fracaso	X			
10	Tuve miedo		X		
11	Dormí sin poder descansar	X			
12	Me sentí feliz	X			
13	Hablé menos de lo normal		X		
14	Me sentí solo(a)		X		
15	La gente no me cayó bien	X			
16	Disfruté de la vida		X		
17	Lloré		X		
18	Estuve triste		X		
19	Sentí que no caía bien a otras personas	X			
20	No pude animarme a hacer nada	X			

11 puntos



“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años Narlys Altamiranda Torres

Anexo No. 3 - Wisc – R Claves

**Claves B**

Edades: 8-16 años



Reactivos muestra																				
2	1	4	6	3	5	2	1	3	4	2	1	3	1	2	3	1	4	2	6	3
∪	÷	⊥	∩	∪	∩	∪	∩	∪	∩	∪	∩	∪	∩	∪	∩	∪	∩	∪	∩	∪
1	2	5	1	3	1	5	4	2	7	4	6	9	2	5	8	4	7	6	1	8
7	5	4	8	6	9	4	3	1	8	2	9	7	6	2	5	8	7	3	6	4
5	9	4	1	6	8	9	3	7	5	1	4	9	1	5	8	7	6	9	7	8
2	4	8	3	5	6	7	1	9	4	3	6	2	7	9	3	5	6	7	4	5
2	7	8	1	3	9	2	6	8	4	1	3	2	6	4	9	3	8	5	1	8

“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años Narlys Altamiranda Torres

Anexo No. 4 - Wisc – R Retención de Dígitos

**2. Semejanzas** (continuación) Discontinúe después de 3 puntuaciones consecutivas de 0

Reactiva	Respuesta	Puntuación
19. Permiso-Prohibición		0 1 2
20. Sal-Agua		0 1 2
21. Venganza-Perdón		0 1 2
22. Realidad-Fantasia		0 1 2
23. Espacio-Tiempo		0 1 2

**Puntuación natural total** (Máxima = 44)  

---

**3. Retención de dígitos** OL

**Lectura**  
Códigos 4-14:  
Orden directo: reactiva 1  
Orden inverso: reactiva muestra, luego reactiva 1

**Discrepancias**  
Orden directo: Después de puntuaciones de 8 en ambos ensayos de un reactivo  
Orden inverso: Después de puntuaciones de 8 en ambos ensayos de un reactivo

**Puntuación**  
Puntuación de 0 a 1 para cada ensayo RDD & RDIL  
Puntuación natural total para RD en orden directo e inverso, respectivamente RDD & RDIL  
Número de dígitos recordados en el último ensayo calificado 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	0 1 2
2. 3-8-6		0 1	0 1 2
6-1-2		0 1	0 1 2
3. 3-4-1-7		0 1	0 1 2
6-1-5-8		0 1	0 1 2
4. 5-2-1-8-6		0 1	0 1 2
8-4-2-3-9		0 1	0 1 2
5. 3-8-9-1-7-4		0 1	0 1 2
7-9-6-4-8-3		0 1	0 1 2
6. 5-1-7-4-2-3-8		0 1	0 1 2
9-8-5-2-1-6-3		0 1	0 1 2
7. 1-8-4-5-9-7-6-3		0 1	0 1 2
2-9-7-6-3-1-5-4		0 1	0 1 2
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	0 1 2

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	0 1 2
2. 3-5	✓	0 1	0 1 2
6-4	✓	0 1	0 1 2
3. 2-5-9	✓	0 1	0 1 2
5-7-4	✓	0 1	0 1 2
4. 8-4-9-3	✗	0 1	0 1 2
7-2-9-6		0 1	0 1 2
5. 4-1-3-5-7		0 1	0 1 2
9-7-8-5-2		0 1	0 1 2
6. 1-6-5-2-9-8		0 1	0 1 2
3-6-7-1-9-4		0 1	0 1 2
7. 8-5-9-2-3-4-6		0 1	0 1 2
4-5-7-9-2-8-1		0 1	0 1 2
8. 6-9-1-7-3-2-5-8		0 1	0 1 2
3-1-7-9-5-4-8-2		0 1	0 1 2

<b>RDD</b>	<b>Retención de dígitos en orden directo (RDD)</b>	10
Máxima=(9)	Puntuación natural total (Máxima = 16)	
6		

<b>RDIL</b>	<b>Retención de dígitos en orden inverso (RDIL)</b>	5
Máxima=(8)	Puntuación natural total (Máxima = 16)	
5		

**Puntuación natural total** (Máxima = 32) 15

**6**

“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años Narlys Altamiranda Torres

Anexo no. 5 – Wisc – R Figuras Incompletas

**II. Figuras incompletas** <sup>1</sup> [Límite de tiempo: 20'']

**Inicio**  
Ítems 1-8: reactivo muestra, luego reactivo 1  
Ítems 9-11: reactivo muestra, luego reactivo 3  
Ítems 12-14: reactivo muestra, luego reactivo 10

**Inversión**  
Ítems 9-11: puntuación de 0 en cualquiera de los dos primeros reactivos dados, aplique los reactivos en orden inverso hasta obtener dos puntuaciones consecutivas perfectas

**Discriminación**  
Después de 4 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
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. Cerdos		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. Árbol		0 1
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. Pez		0 1
35. Casa		0 1
36. Agua		0 1
37. Familia		0 1
38. Zapato		0 1

**Puntuación natural total** [Máxima = 38] **23**

† 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.

“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con  
Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años  
Narlys Altamiranda Torres

Anexo No. 6 – Escala de Autoconcepto Piers-Harris

**ESCALA DE AUTOCONCEPTO  
(PIERS-HARRIS)**

NOMBRE: Santiago Pérez NIVEL: \_\_\_\_\_

FECHA: Marzo 16

N	ASEVERACIÓN	SI	NO		
1	MIS COMPAÑEROS DE CLASE SE BURLAN DE MÍ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		P
2	SOY UNA PERSONA FELIZ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FS	
3	ME RESULTA DIFÍCIL ENCONTRAR AMIGOS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		P
4	ESTOY TRISTE MUCHAS VECES	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		FS
5	SOY LISTO/A	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	I	
6	SOY TÍMIDO/A	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		A
7	ME PONGO NERVIOSO/A CUANDO PREGUNTA EL PROFESOR	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		A
8	MI CARA ME DISGUSTA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		F
9	CUANDO SEA MAYOR VOY A SER UNA PERSONA IMPORTANTE	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	I	
10	ME PREOCUPO MUCHO CUANDO TENEMOS UN EXAMEN	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		A
11	CAIGO MAL EN CLASE	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		P
12	ME PORTO MAL EN CLASE	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	I	
13	CUANDO ALGO VA MAL SUELE SER POR CULPA MÍA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		C
14	CREO PROBLEMAS A MI FAMILIA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		C
15	SOY FUERTE	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F	
16	TENGO BUENAS IDEAS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	I	
17	SOY UN MIEMBRO IMPORTANTE EN MI FAMILIA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	I	
18	GENERALMENTE QUIERO SALIRME CON LA MÍA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		C
19	TENGO HABILIDAD CON LAS MANOS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F	
20	CUANDO LAS COSAS SON DIFÍCILES LAS DEJO SIN HACER	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		A
21	HAGO BIEN MI TRABAJO EN EL COLEGIO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	I	
22	HAGO MUCHAS COSAS MALAS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		C
23	DIBUJO BIEN	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	I	
24	SOY BUENO PARA LA MÚSICA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	I	
25	ME PORTO MAL EN CASA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		C
26	SOY LENTO HACIENDO MI TRABAJO EN EL COLEGIO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		I
27	SOY UN MIEMBRO IMPORTANTE DE MI CLASE	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	I	
28	SOY NERVIOSO/A	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		A
29	TENGO LOS OJOS BONITOS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F	
30	DENTRO DE CLASE PUEDO DAR UNA BUENA IMPRESIÓN	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	I	
31	EN CLASE SUELO ESTAR EN LAS NUBES	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		C
32	FASTIDIO A MIS HERMANOS/AS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		C
33	A MIS AMIGOS LES GUSTAN MIS IDEAS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	I	
34	ME METO EN LIOS A MENUDO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		C
35	SOY OBEDIENTE EN CASA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	C	
36	TENGO SUERTE	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FS	
37	ME PREOCUPO MUCHO POR LAS COSAS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		A

“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años Narlys Altamiranda Torres

38	MIS PADRES ME EXIGEN DEMASIADO	<del>SI</del>	NO		FS
39	ME GUSTA SER COMO SOY	<del>SI</del>	NO	FS	
40	ME SIENTO UN POCO RECHAZADO/A	SI	<del>NO</del>		P
41	TENGO EL PELO BONITO	<del>SI</del>	NO	F	
42	A MENUDO SALGO VOLUNTARIO/A EN CLASE	<del>SI</del>	NO	I	
43	ME GUSTARÍA SER DISTINTO/A A COMO SOY	<del>SI</del>	NO		FS
44	DUERMO BIEN POR LA NOCHE	<del>SI</del>	NO	A	
45	ODIO EL COLEGIO	SI	<del>NO</del>		C
46	ME ELIGEN DE LOS ÚLTIMOS PARA JUGAR	<del>SI</del>	NO		P
47	ESTOY ENFERMO FRECUENTEMENTE	<del>SI</del>	NO		F
48	A MENUDO SOY ANTIPÁTICO/A CON LOS DEMÁS	<del>SI</del>	NO		C
49	MIS COMPAÑEROS PIENSAN QUE TENGO BUENAS IDEAS	SI	<del>NO</del>	I	
50	SOY DESGRACIADO/A	SI	<del>NO</del>		FS
51	TENGO MUCHOS AMIGOS/AS	<del>SI</del>	NO	P	
52	SOY ALEGRE	<del>SI</del>	NO	FS	
53	SOY TORPE PARA LA MAYORÍA DE LAS COSAS	SI	<del>NO</del>		I
54	SOY GUAPO/A	<del>SI</del>	NO	F	
55	CUANDO TENGO QUE HACER ALGO LO HAGO CON GANAS	<del>SI</del>	NO	A	
56	ME PELEO MUCHO	<del>SI</del>	NO		C
57	CAIGO BIEN A LAS CHICAS	SI	<del>NO</del>	P	
58	LA GENTE SE APROVECHA DE MI	SI	<del>NO</del>		P
59	MI FAMILIA ESTA DESILUSIONADA CONMIGO	SI	<del>NO</del>		FS
60	TENGO UNA CARA GRADABLE	<del>SI</del>	NO	F	
61	CUANDO TRATO DE HACER ALGO TODO PARECE SALIR MAL	SI	<del>NO</del>		A
62	EN MI CASA SE APROVECHAN DE MI.	SI	<del>NO</del>		P
63	SOY UNO/A DE LOS MEJORES EN JUEGOS Y DEPORTE	<del>SI</del>	NO	F	
64	SOY PATOSO/A	SI	<del>NO</del>		F
65	EN JUEGOS Y DEPORTES MIRO, PERO NO PARTICIPO.	<del>SI</del>	NO		F
66	SE ME OLVIDA LO QUE APRENDO.	SI	<del>NO</del>		I
67	ME LLEVO BIEN CON LA GENTE	<del>SI</del>	NO	C	
68	ME ENFADO FACILMENTE.	<del>SI</del>	NO		A
69	CAIGO BIEN A LOS CHICOS.	<del>SI</del>	NO	P	
70	LEO BIEN.	<del>SI</del>	NO	I	
71	ME GUSTA MAS TRABAJAR SOLO QUE EN GRUPO.	SI	<del>NO</del>		P
72	ME LLEVO BIEN CON MIS HERMANOS/AS.	<del>SI</del>	<del>NO</del>	C	
73	TENGO UN BUEN TIPO.	<del>SI</del>	NO	F	
74	SUELO TENER MIEDO.	SI	<del>NO</del>		A
75	SIEMPRE ESTOY ROMPIENDO COSAS.	<del>SI</del>	NO		C
76	SE PUEDE CONFIAR EN MI.	SI	<del>NO</del>	C	
77	SOY UNA PERSONA RARA.	SI	<del>NO</del>		P
78	PIENSO EN HACER COSAS MALAS.	SI	<del>NO</del>		C
79	LORO FÁCILMENTE.	SI	<del>NO</del>		A
80	SOY UNA BUENA PERSONA	<del>SI</del>	NO	C	

“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con  
Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años  
Narlys Altamiranda Torres

Anexo No. 7 – IBT Modificado para Niños

**IBT MODIFICADO PARA NIÑOS**

NOMBRE: Santiago Pérez-Santana  
 EDAD: 7 años  
 CURSANDO EL AÑO DE ESTUDIO: Primer  
 FECHA DE HOY: 8 de noviembre

En este cuestionario vas a encontrar una serie de preguntas sobre lo que tu piensas acerca de varias cosas. Recuerda que debes contestar todas las preguntas, no hay respuestas buenas o malas.

Todas las preguntas tienen tres formas de respuestas: Verdadero, algunas veces verdadero o falso. Debajo de estas tres formas de respuestas hay un paréntesis, en el cual debes colocar una “X” dentro del paréntesis debajo de verdadero. Si piensas que algunas veces estas de acuerdo coloca “X” dentro del paréntesis de algunas veces verdadero y cuando no estés de acuerdo coloca una “X” en el paréntesis debajo de falso.

Trata de no responder muchas veces la respuesta “algunas veces verdadero”.

	Verdadero	Algunas veces verdadero	Falso
1. algunas cosas que pienso o hago no se las cuento a nadie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> +
2. Debo ser el mejor en todo (por ejemplo: el estudio, los deportes, el juego, entre otros).	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> +
3. Me molesta mucho que la gente se de cuenta cuando estoy triste, alegre o enojado.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> +
4. Todas las personas que hacen cosas malas deben estar castigadas.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> +
5. Cuando algo me disgusta, no lo hago.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> +
6. Cuando estoy triste es muy difícil contentarme.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> +
7. Cuando tengo un problema lo resuelvo rápidamente.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Las personas necesitan que les digan que deben hacer y que no.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> +
9. Me preocupa mucho que la gente piense, sienta o diga de mí.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> +
10. Tengo secretos que nadie debe conocer.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> +
11. Me molesta mucho el no ser capaz de realizar una actividad.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> +
12. Me siento como un tonto o un bobo si lloro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> +
13. Cuando las cosas me salen mal yo no me enojo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
14. Una persona puede ser feliz aunque tengan muchos problemas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años Narlys Altamiranda Torres

15. Las cosas malas que pasan no me preocupan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> +
16. Las cosas que me parecen difíciles no las hago	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> +
17. Me disgusta que otros decidan por mí.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Los errores que he cometido antes, no tengo por qué repetirlos ahora.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Todo lo que hago me tiene que quedar muy bien hecho.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/> +
20. Me preocupa hacer cosas que le gusten a la gente porque de pronto me rechazan.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> +
21. Me molesta que alguien que acabo de conocer me pregunte muchas cosas de mi vida.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> +

	Verdadero	Algunas veces verdadero	Falso
22. Debo hacer las cosas mejor que los demás.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> +
23. Todas las personas son buenas aunque algunas hagan cosas malas.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Cuando tengo problemas lo resuelvo muy calmadamente.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Cuando estoy preocupado me da dificultad quedarme quieto.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> +
26. Necesito que algunas personas me ayuden a hacer las actividades que tengo que hacer.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> +
27. Pienso que si ahora tengo problemas, es porque cuando estaba más pequeño los tuve.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/> +
28. Cuando me equivoco, vuelvo y repito las cosas hasta que me queden muy bien hechas.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> +
29. Aunque me gusta que la gente me acepte, si no lo hacen me da lo mismo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
30. Cuando hay problemas en mi casa, la gente de la calle no debe saberlos.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> +
31. Me da dificultad decirle a la gente lo que siento por ellos (por ejemplo que los quiero.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> +
32. Me da lo mismo si castigan o no a la gente que le hace daño a otros.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. Cuando las cosas no salen como a mí me gusta, me enoja mucho.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> +
34. Ningún problema es tan malo como para ponerse triste mucho tiempo.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35. Pienso mucho en la muerte y en cosas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> +

“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con  
Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años  
Narlys Altamiranda Torres

36. Cuando tengo que hacer algo y me parece difícil, prefiero no hacerlo.	<input checked="" type="checkbox"/>	()	()+
37. Soy el único que puede resolver mis problemas.	()	()	<input checked="" type="checkbox"/>
38. Aunque quisiera que mi vida fuera diferente, seguirá igual.	()	<input checked="" type="checkbox"/>	()+

	Verdadero	Algunas veces verdadero	Falso
39. Los problemas no tienen una sola solución.	()	<input checked="" type="checkbox"/>	()
40. Tengo que gustarle a todas las personas que me conocen.	<input checked="" type="checkbox"/>	()	()+
41. Le cuento fácilmente a la gente todas las cosas que me pasan.	<input checked="" type="checkbox"/>	()	()
42. Me disgusta hacer aquellas cosas que no hago bien.	()	()	<input checked="" type="checkbox"/>
43. Me enojo o me pongo bravo fácilmente por cualquier cosa.	()	()	<input checked="" type="checkbox"/>
44. Muchas personas no son castigadas aunque se lo merecen.	()	()	<input checked="" type="checkbox"/>
45. Las cosas malas que me pasan en la vida no les presto atención.	()	<input checked="" type="checkbox"/>	()
46. Ninguna cosa me preocupa mucho tiempo.	<input checked="" type="checkbox"/>	()	()
47. Me gusta hacer las cosas ya y no dejarlas para más tarde.	()	()	()
48. Cuando voy a hacer algo, por ejemplo tareas, salir, vestirme, le pregunto a alguien como hacerlo.	<input checked="" type="checkbox"/>	()	()+
49. Pienso que si me hubieran enseñado otras cosas hoy sería diferente.	()	()	<input checked="" type="checkbox"/>



“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años Narlys Altamiranda Torres

Anexo No. 8 – Cuestionario de conducta de CONNERS para padres (Primera Aplicación)

SP

**Cuestionario de conducta de CONNERS para Padres**  
(C.C.I.; Parent's Questionnaire, C. Keith Connors). Forma abreviada.

ÍNDICE DE HIPERACTIVIDAD PARA SER VALORADO POR LOS PADRES					
	Nada	Poco	Bastante	Mucho	
1. Es impulsivo, irritable.			X		2
2. Es llorón/a.		X			1
3. Es más movido de lo normal.				X	3
4. No puede estarse quieto/a.				X	3
5. Es destructor (ropas, juguetes, otros objetos).			X		2
6. No acaba las cosas que empieza			X		2
7. Se distrae fácilmente, tiene escasa atención.				X	3
8. Cambia bruscamente sus estados de ánimo.		X			1
9. Sus esfuerzos se frustran fácilmente.				X	3
10. Suele molestar frecuentemente a otros niños.			X		2
TOTAL.....	0	2	8	12	

**Instrucciones:**

22 puntos.

- Asigne puntos a cada respuesta del modo siguiente:

NADA = 0 PUNTOS.  
 POCO = 1 PUNTO.  
 BASTANTE = 2 PUNTOS.  
 MUCHO = 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 >16 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.

“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años Narlys Altamiranda Torres

Anexo No. 9 – Cuestionario de conducta de CONNERS para padres (Segunda Aplicación)

**CUESTIONARIO DE CONDUCTAS PARA PADRES, CONNERS**

**INSTRUCCIONES:**

Se debe contestar con una cruz valorando en qué grado el niño(a) presenta cada Una de las conductas de la columna de la izquierda.

Conductas	Nada	Poco	Bastante	Mucho
1. Es impulsivo, irritable			x	
2. Es llorón	x			
3. Se mueve más de lo normal			x	
4. No se puede estar quieto			x	/
5. Es destructor (ropas, juguetes, otros objetos)		x		
6. No termina las cosas o actividades que comienza.				
7. Se distrae fácilmente, tiene escasa atención.			x	
8. Cambia bruscamente sus estados de ánimo.		x		
9. Sus esfuerzos se frustran fácilmente.				x
10. suele molestar frecuentemente a otros niños.			x	
TOTAL				

LA PUNTUACIÓN: Asigne puntos a cada respuesta del siguiente modo:

NADA	0 PUNTOS
POCO	1 PUNTO
BASTANTE	2 PUNTOS
MUCHO	3 PUNTOS

Para obtener el índice de déficit de Atención con hiperactividad sume las puntuaciones obtenidas.

“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años Narlys Altamiranda Torres

Anexo No. 10 – Cuestionario de conducta de CONNERS para profesores (Primera Aplicación)

**CUESTIONARIO DE CONDUCTA DE CONNERS PARA PROFESORES**

Nombre del Niño(a) Santiago Pérez

Fecha: Noviembre/15

**INSTRUCCIONES:**

Responda con una cruz valorando en qué grado el alumno(a) presenta cada una de las conductas de la columna de la izquierda.

Conductas	Nada	Poco	Bastante	Mucho
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 tareas que empieza			✓	✓
10. Sus esfuerzos se frustran fácilmente.				
<b>TOTAL</b>				

1 10 15

LA PUNTUACIÓN: Asigne puntos a cada respuesta del siguiente modo: 26

NADA	0 PUNTOS
POCO	1 PUNTO
BASTANTE	2 PUNTOS
MUCHO	3 PUNTOS

Para obtener el índice de déficit de Atención con hiperactividad sume las puntuaciones obtenidas.

“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años Narlys Altamiranda Torres

Anexo No. 11 – Cuestionario de conducta de CONNERS para profesores (Segunda Aplicación)

**CUESTIONARIO DE CONDUCTA DE CONNERS PARA PROFESORES**

Nombre del Niño(a) Santiago Peris

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

**INSTRUCCIONES:**

Responda con una cruz valorando en qué grado el alumno(a) presenta cada una de las conductas de la columna de la izquierda.

Conductas	0	1	2	3
	Nada	Poco	Bastante	Mucho
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 tareas que empieza			✓	
10. Sus esfuerzos se frustran fácilmente.				✓
<b>TOTAL</b>				

23 puntos

LA PUNTUACIÓN: Asigne puntos a cada respuesta del siguiente modo:

NADA	0 PUNTOS
POCO	1 PUNTO
BASTANTE	2 PUNTOS
MUCHO	3 PUNTOS

Para obtener el índice de déficit de Atención con hiperactividad sume las puntuaciones obtenidas.

“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años Narlys Altamiranda Torres

Anexo No. 12 – Escala de Evaluación de los Trastornos de conducta perturbadora-formulario para maestros

**ESCALA DE EVALUACION DE LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA  
PERTURBADORA-FORMULARIO PARA MAESTROS (FORMULARIO 5)**

Nombre del niño Santiago de Jesús Páez Santana Fecha \_\_\_\_\_  
 Formulario llenado por Narlys Póses  
 ¿Cuántas horas, aproximadamente, está usted con este niño cada día escolar? \_\_\_\_\_  
 ¿Qué asignatura(s) le enseña con regularidad a este niño? Sociales

**Instrucciones:** A continuación se presenta una lista de conductas. Circule el número que mejor describa con qué frecuencia este estudiante ha presentado estas conductas en los pasados 6 meses.

	Nunca o casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente
1. Al hacer su trabajo escolar no logra fijar su atención en los detalles o comete errores por no tener cuidado	0	1	2	3
2. Tiene dificultad para sostener la atención en las tareas o en las actividades de juego	0	1	2	3
3. Parece no prestar atención cuando se le habla directamente.	0	1	2	3
4. No sigue instrucciones de principio a fin y no termina el trabajo asignado	0	1	2	3
5. Tiene dificultad para organizar las tareas y actividades que debe llevar a cabo	0	1	2	3
6. Evita tareas (p. ej., trabajo escolar, tarea escolar) que requieran esfuerzo mental	0	1	2	3
7. Pierde cosas que son necesarias para llevar a cabo tareas o actividades	0	1	2	3
8. Se distrae fácilmente	0	1	2	3
9. Es olvidadizo en las actividades diarias	0	1	2	3
10. Menea las manos o los pies o se mueve constantemente en su asiento	0	1	2	3
11. Se levanta del asiento en el aula (salón de clases) o en cualquier otra situación en que se espera que permanezca sentado	0	1	2	3
12. Se trepa o corretea de manera excesiva en situaciones en que es inapropiado hacerlo	0	1	2	3
13. Tiene dificultad para jugar tranquilamente o para llevar a cabo actividades en su tiempo libre de manera calmada	0	1	2	3
14. Está en "continuo movimiento" o "como si lo empujara un motor"	0	1	2	3
15. Habla en exceso	0	1	2	3
16. Contesta abruptamente antes de que otros terminen de hacerle preguntas	0	1	2	3
17. Tiene dificultad para esperar su turno	0	1	2	3
18. Interrumpe a los demás o es entrometido	0	1	2	3
19. Pierde el control (cuando se enoja o se pone bravo)	0	1	2	3
20. Discute con adultos	0	1	2	3
21. Desafía activamente o se niega a cumplir con las peticiones o reglas de los adultos	0	1	2	3
22. Hace cosas a propósito para molestar a otras personas	0	1	2	3
23. Culpa a otros por sus equivocaciones o mal comportamiento	0	1	2	3
24. Es susceptible o fácilmente moleestado por otros	0	1	2	3
25. Se muestra enojado y resentido	0	1	2	3
26. Es rencoroso o vengativo.	0	1	2	3

Tomado de Niños desafiantes. Derechos de autor: 1997 por The Guilford Press. Se les concede el permiso a los compradores de Niños desafiantes para fotocopiar este formulario sólo para su uso personal (para los detalles, vea la página de derechos de autor).

16

“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años Narlys Altamiranda Torres

Anexo No. 13 – Tarjeta de informe diario para el recreo y el tiempo libre y tarjeta de informe diario para la conducta escolar.

**TARJETA DE INFORME DIARIO PARA EL RECREO Y TIEMPO LIBRE**

Nombre del niño Santiago de Jesús Pery Santana Fecha \_\_\_\_\_

**Maestro(s):**  
Por favor, evalúe el comportamiento del niño durante el día de hoy en el recreo u otro tiempo libre, en las áreas indicadas a continuación. Use una columna separada para cada período de recreo o tiempo libre. Use la siguiente escala: 1 = excelente, 2 = bueno, 3 = regular, 4 = pobre y 5 = muy pobre. Luego, ponga sus iniciales al final de su columna. Añada cualquier comentario al dorso de la tarjeta.

Comportamientos a ser evaluados:	Períodos de recreo y tiempo libre						
	1	2	3	4	5	6	7
Mantiene las manos para sí; no empuja	2	2	2	2	2	2	2
No molesta a otros; no se mofa/no humilla a otros	4	4	3	3	4	4	4
Sigue las reglas del recreo/tiempo libre	5	5	4	5	5	5	5
Se lleva bien con otros niños	5	4	4	4	4	4	4
No pelea ni golpea; no pateo o da puños	1	1	1	1	1	1	1
Iniciales del maestro	MPP	J.B.T	KDZ	AGA	CSM	M.R.P	M.A.P

Por favor, comente al dorso de la tarjeta

**TARJETA DE INFORME DIARIO PARA LA CONDUCTA ESCOLAR**

Nombre del niño Santiago de Jesús Pery Santana Fecha \_\_\_\_\_

**Maestro(s):**  
Por favor, evalúe el comportamiento del niño durante el día de hoy en las áreas indicadas a continuación. Use una columna separada para cada asignatura o período de clase. Use la siguiente escala: 1 = excelente, 2 = bueno, 3 = regular, 4 = pobre y 5 = muy pobre. Luego, ponga sus iniciales al final de su columna. Añada cualquier comentario sobre el comportamiento del niño al dorso de la tarjeta.

Comportamientos a ser evaluados:	Períodos de clase/asignatura						
	1	2	3	4	5	6	7
Participación en clase	1	1	1	1	1	2	2
Ejecución durante el trabajo en clase	4	4	3	3	4	4	4
Sigue las reglas del aula	5	5	5	5	5	5	5
Se lleva bien con otros niños	4	4	4	4	4	4	4
Calidad de las asignaciones (tareas escolares), si se le da alguna	3	3	3	3	3	3	3
Iniciales del maestro	MPP	J.B.T	KDZ	AGA	CSM	M.R.P	M.A.P

Por favor, comente al dorso de la tarjeta

“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años Narlys Altamiranda Torres

Anexo No. 14 – Diagnóstico diferencial

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

(Poner una cruz en las columnas del SI/NO)

CONDUCTAS HIPERACTIVAS	SI/NO	CONDUCTAS AGRESIVAS	SI/NO
1. Se tropieza con el de delante de la fila, le pisa varias veces sin darse cuenta.	No	1. Empuja, pega y da codazos para ponerse el primero.	Si
2. Se levanta de su asiento varias veces durante la clase.	Si	2. Discute enfadado.	NO
3. Habla cuando no le corresponde.	Si	3. Le quita algo a otro niño/a.	Si
4. Hace tonterías para atraer la atención del adulto que está con otro niño.	Si	4. Se niega a trabajar y se muestra desafiante.	Si
5. Corre por la habitación en lugar de trabajar.	Si	5. Quita y destruye las cosas de los demás.	NO
6. No presta sus cosas.	Si	6. Se niega a hacer nada.	NO

“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años Narlys Altamiranda Torres

7. No termina las tareas.

NO

8. Pierde las cosas.

NO

9. Se ríe tontamente cuando nadie lo hace.

SI

10. Desordena el armario al coger algo, se le caen las cosas.

SI

11. Repite las preguntas una y otra vez.

NO

12. Emite sonidos cuando debería callar.

SI

13. Se olvida de lo que debe hacer.

SI

Observaciones:

7. Se niega a compartir.

NO

8. Fuerza a otro chico/a a hacer algo que no quiere.

NO

9. Tira las cosas y las destroza.

NO

10. Insulta.

SI

11. Pega y da patadas a los adultos.

SI

12. Amenaza a los demás.

SI



“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años Narlys Altamiranda Torres

Anexo No. 15 Distorsiones Cognitivas

**CUESTIONARIO DE DISTORSIONES COGNITIVAS PARA NIÑOS (CDCN-1)**

(F. Bas, 1986)

Nombre..... Santiago Peris ..... Edad..... 9 años .....  
 Curso..... ..... Fecha..... 1992 5/16 .....

Queremos saber si tienes pensamientos de este tipo, iguales o parecidos. Si los tienes, pon un (X) debajo de la columna SÍ. Si no los tienes, pon igualmente un (X) debajo de columna NO.

	SÍ	NO
1. Yo, o hago bien las cosas o las hago mal, o soy bueno o soy malo, o feliz o infeliz, etc.		X
2. Cuando pierdo en un juego, pienso que nunca ganaré	X	
3. Yo pierdo una cosa cualquiera: eso significa que soy un desastre		X
4. Cuando pienso en mí, tengo más en cuenta las cosas malas que las buenas		X
5. Un amigo no me saluda. Está pensando que soy mal amigo	X	
6. Como las cosas me van mal, en el futuro también me seguirán saliendo mal		X
7. Casi todo el mundo tiene más éxitos que yo, y cometo más errores que la mayoría de la gente	X	
8. Cuando me siento mal es porque las relaciones con mis familiares, o con mis amigos o con el colegio son malas		X
9. Mis padres, o los profesores o mis amigos deberían comportarse de otra manera, y yo tendría que ser distinto de como soy	X	
10. Cuando pienso en mí mismo me suelo decir mucho «soy tonto», «soy estúpido», «no entiendo nada», «soy malo», «siempre me equivoco», etc.		X
11. Siempre que mis padres están mal y se enfadan entre ellos, o siempre que mis amigos se pelean y yo estoy con ellos, es por culpa mía		X
TOTAL	4	7

“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años Narlys Altamiranda Torres

Anexo No. 16 Test de Caras (Primera Aplicación)



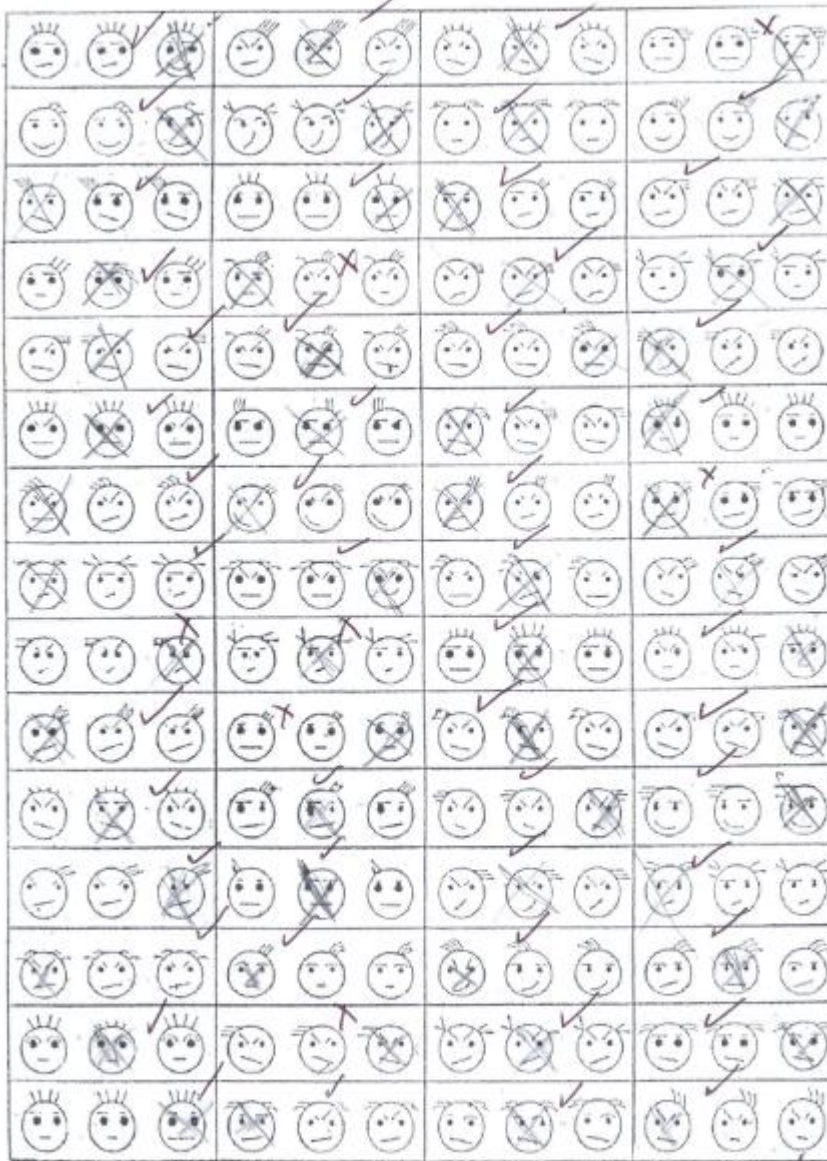
CENTRO PSICOPEDAGÓGICO

HOJA DE PROTOCOLO


“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años Narlys Altamiranda Torres

Anexo No. 17 Test de Caras (Segunda Aplicación)

HOJA DE PROTOCOLO.



60 / 7

“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años Narlys Altamiranda Torres

Anexo No. 18 EMBU – C

CUESTIONARIO.

Mayo 7  
SP.

NOMBRE	Niño(s)			
	Padre		Madre	
EDAD		SEXO	F	M
ESTADO CIVIL	Soltero	Casado	Divorciado	U consensual
CONVIVENCIA	Madre	Padre	Hermanos	Otro Familiar

EMBU-C

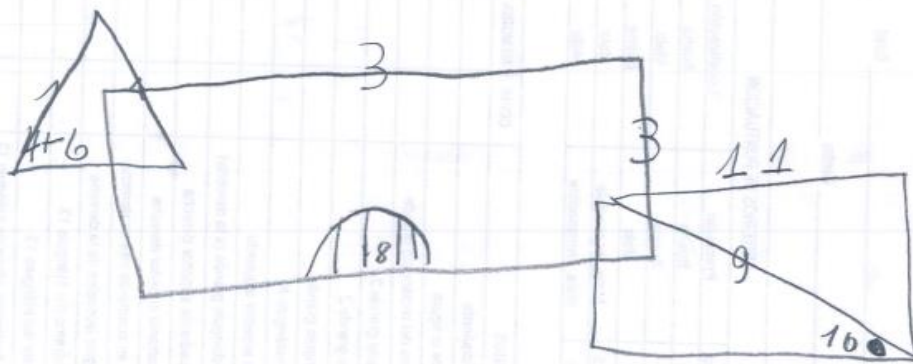
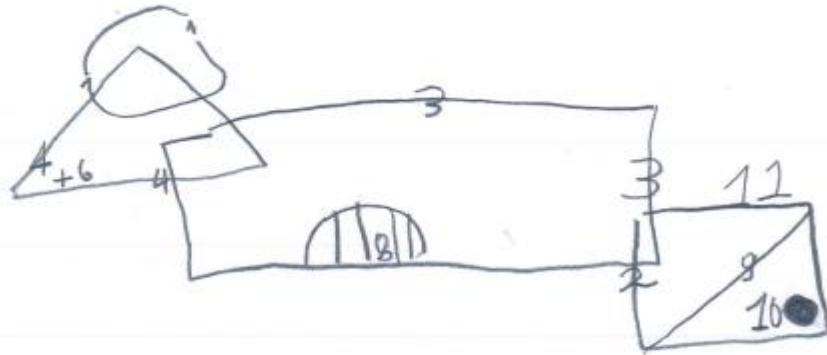
EMBU-C dirigido a los niños, preguntando sobre su percepción del estilo educativo recibido por sus progenitores en la actualidad, y el EMBU-P preguntando a los progenitores sobre su estilo educativo hacia sus hijos, también en el momento presente. (Castro, Toro, Arrindell, Var der Ende y Puig, 1990)

EMBU C

	SI	NO
1. Siento que mis papas me quieren menos		✓
2. Mis papas siempre estan molestos por mi comportamientp		✓
3. Mis papas me han dicho que yo no sirvo para nada		✓
4. Mis papas me pegan y no entiendo porque	✓	✓
5. Casi siempre mis papas me pegan	✓	
6. Mis papas me demuestran que me quieren	✓	
7. Mis papas nunca estan conmigo	✓	
8. Yo creo que mis papas no quieren estar conmigo	✓	
9. Cuando me porto bien, mis papas me hacen sentir bien	✓	
10. Ellos me quieren como soy	✓	
11. Ellos a veces juegan conmigo	✓	
12. Nunca me dejan jugar	✓	
13. Ellos siempre estan peleando		✓
14. Ellos me tratan mal		✓
15. Ellos se pegan		✓
16. Mis papas quieren mas a los otros que a mi		✓
17. Mis papas me dejan hacer lo que yo quiera y nunca me regañan		✓

“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años Narlys Altamiranda Torres

Anexo No. 19 Figura Compleja de Rey (Copia y memoria)



“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años Narlys Altamiranda Torres

Anexo No. 20 Cuestionario EMBU – P

**CUESTIONARIO EMBU-P**

NOMBRE	Niño(a) <i>Santiago Perce Saulo</i>				
EDAD	<i>9 años</i>	SEXO	<input checked="" type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M	
ESTADO CIVIL	<input checked="" type="checkbox"/> Soltero	<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> U consensual	
				SI	NO
1. Castigo a mis hijos por pequeños errores					<input checked="" type="checkbox"/>
2. A veces no puedo controlar mi rabia y les pego				<input checked="" type="checkbox"/>	
3. A veces los he tratado injustamente					<input checked="" type="checkbox"/>
4. Los he pegado en presencia de otras personas				<input checked="" type="checkbox"/>	
5. Lo regaño pegándole				<input checked="" type="checkbox"/>	
6. Le he echado la culpa de las cosas que estamos pasando como Familia				<input checked="" type="checkbox"/>	
7. He sido brusco con él					<input checked="" type="checkbox"/>
8. Me cuesta demostrar que quiero a mi hijo					<input checked="" type="checkbox"/>
9. Me he preocupado por su salud				<input checked="" type="checkbox"/>	
10. Los ayudo cuando tienen problemas				<input checked="" type="checkbox"/>	
11. A veces me arrepiento de tenerlos					<input checked="" type="checkbox"/>
12. Le gusta jugar con sus amigos				<input checked="" type="checkbox"/>	
13. Es respetuoso y cariñoso				<input checked="" type="checkbox"/>	
14. A veces pienso que me gustaría que fueran diferente				<input checked="" type="checkbox"/>	
15. Confío en mis hijos				<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
16. Me despreocupa que hace durante el día					<input checked="" type="checkbox"/>
17. Lo veo siempre con miedo					<input checked="" type="checkbox"/>
18. A veces los hago sentir mal				<input checked="" type="checkbox"/>	
19. Tiene dificultades para prestar atención				<input checked="" type="checkbox"/>	
20. No acata normas					<input checked="" type="checkbox"/>
21. Manifiesta mucho miedo de que algo pase y los separe				<input checked="" type="checkbox"/>	
22. Tiene dolores de cabeza frecuentes.				<input checked="" type="checkbox"/>	
23. Tiene dolores de estómago frecuentes					<input checked="" type="checkbox"/>
24. Tiene cambios emocionales o conductuales repentinos.				<input checked="" type="checkbox"/>	
25. Llora fácilmente.					<input checked="" type="checkbox"/>
26. Le es difícil quedarse dormido/a.					<input checked="" type="checkbox"/>
27. Duerme más de lo común.					<input checked="" type="checkbox"/>
28. Tiene pesadillas.					<input checked="" type="checkbox"/>
29. Tiene miedo de quedarse solo/a.				<input checked="" type="checkbox"/>	
30. Tiene miedo de quedarse con alguien que no sea yo.					<input checked="" type="checkbox"/>
31. Tiene miedo de los hombres.					<input checked="" type="checkbox"/>
32. Cambió bruscamente a ser retraído/a.				<input checked="" type="checkbox"/>	
33. Rehusa a desvestirse delante de los demás.				<input checked="" type="checkbox"/>	
34. Tiene miedo a ir solo/a al baño.					<input checked="" type="checkbox"/>
35. Está muy interesado/a o curioso/a sobre materias sexuales o las partes privadas del cuerpo.					<input checked="" type="checkbox"/>
36. Está muy agresivo/a con sus compañeros o con las partes privadas de las muñecas.					
37. Se masturba más de lo que pienso es lo normal.					
38. Es seductor/a con sus compañeros, profesores u otros adultos.					
39. En estos días, se orina en la cama.					<input checked="" type="checkbox"/>
40. Alguna vez presentó daño en sus partes privadas.					
41. Historial de fluidos vaginales inusuales.					<input checked="" type="checkbox"/>
42. Historial de sangre vaginal antes de la pubertad.					<input checked="" type="checkbox"/>

“Intervención Cognitivo Conductual de un Trastorno por déficit de atención con  
Hiperactividad con sintomatología depresiva: Caso único paciente de 9 años  
Narlys Altamiranda Torres

Anexo No. 21 Consentimiento Informado

UNIVERSIDAD DEL NORTE  
MAESTRIA EN PSICOLOGIA CLINICA  
CENTRO DE ATENCION INTEGRAL PARA LA FAMILIA SANTA ROSA DE LIMA - CAIF

**CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DE NIÑOS**

Yo, Junior Socafauri P., identificado con cédula de ciudadanía número 32622616 de Df. actuando en mi calidad de representante legal del menor Junior Socafauri, 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: Junior Socafauri P.

Junior Socafauri P.  
32/622/616  
FIRMA

FECHA