

**IMPLICACIONES EN EL TDAH SIN ADHERENCIA AL
TRATAMIENTO: CASO ÚNICO ADOLESCENTE DE 15
AÑOS**

ESTUDIANTE

DAMARIS CORRALES BALLESTEROS

Tutora:

Ph.D Ana Mercedes Bello Villanueva

UNIVERSIDAD DEL NORTE

División de Ciencias Sociales y Humanas

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA, PROFUNDIZACIÓN CLÍNICA

Barranquilla

2017

CONTENIDO

	Pag.
Información General Del Proyecto.....	1
1. Introducción.....	3
3. Justificación.....	6
4. Área problemática.....	10
5. Objetivos.....	18
5.1. Objetivo General.....	18
5.2. Objetivo específico.....	18
6. Historia clínica del paciente.....	19
6.1. Identificación del paciente.....	19
6.2. Motivo de consulta.....	
6.3. Descripción sintomática.....	
6.4. Historia personal.....	23
6.5. Historia familiar.....	24
6.5.1. Genograma.....	27
6.6. Proceso de evaluación.....	28
6.7. Conceptualización Diagnóstica.....	61
7. Descripción detallada de las sesiones (5 a 10).....	66
8. Marco conceptual de referencia.....	87
9. Análisis del caso (descripción e interpretación.....	110
10. Conclusiones y discusión.....	120
11. Bibliografía.....	124
12. Anexos.....	127

1. INTRODUCCIÓN

Se ha reflejado como los trastornos de la conducta disruptiva (TCD) en la infancia y la adolescencia constituyen uno de los motivos más frecuentes de consulta y asistencia psicológica, neurológica y psiquiátrica. Los TCD también se han conocido como problemas o «padecimientos externalizados» o del comportamiento perturbador. Esta «dimensión» ha incluido problemas conductuales y los causados por el consumo de alcohol y sustancias. Dentro de estos trastornos se encuentran los trastorno por déficit de atención e hiperactividad así como el trastorno disocial. (De la peña & Palacios, 2011)

De hecho, es claro como en la actualidad se presenta un gran interés sobre el Déficit atencional con hiperactividad (ADDH) (Medina, 2006), en el que se tomó como referencia en el estudio de caso. Dentro de este orden, se observa como este trastorno se da en niños y adultos, con déficits en la capacidad atencional y conductas elevadas de hiperactividad e impulsividad, y cuya prevalencia en adultos se sitúa entre un 3-4% en la población general, causa un importante impacto a nivel académico, laboral, social y familiar. En consecuencia, es natural encontrar estudios que confirman que los niños con TDAH presentan serios problemas a nivel social (Rosello, García, Tárraga & Mulas, 2003; Pineda & Fuentes, 2013). De hecho la presencia de TDAH es un factor de riesgo para la aparición de comportamientos perturbadores, trastorno negativista desafiante y trastorno disocial, por lo que una intervención temprana puede prevenir la aparición de los mismos. (Giménez, 2014)

En este sentido el trastorno disocial en la adolescencia, es indicador de una falla temporaria o permanente en la capacidad de elaboración cognitiva de los conflictos; de una imposibilidad de “metabolizar” las emociones contradictorias con que se enfrenta. Se trata de un “corto circuito” psíquico; de la imposibilidad de pensar en determinado

momento y como consecuencia “recurrir a la acción”. La familia juega un papel fundamental en estas conductas del adolescente, tanto en su génesis como en la perpetuación de las mismas; es la “matriz de socialización” de los jóvenes. (Jimenez, 2013)

De hecho los rangos en los reportes de la prevalencia del Trastorno Disocial van desde 1 a 10%³ en poblaciones abiertas de niños y adolescentes, y hasta 28% en muestras clínicas; esta variabilidad está condicionada por la forma de evaluar el padecimiento (evaluación clínica *vs* entrevista diagnóstica) por la definición operacional establecida (DSMIII- R *vs* DSM-IV) y por el grupo seleccionado (hombres *vs* mujeres) (De La Peña, 2003).

Lo anterior permite guiarnos a tener como seguimiento un estudio de caso realizado a un adolescente de 15 años con evolución de un trastorno por déficit de atención e hiperactividad a un trastorno disocial sin adherencia al tratamiento. Los anteriores diagnósticos serán tomados en cuenta según criterios del DSM-V.

Dentro de este orden la unidad de análisis tiene como fin la identificación de los efectos de la evolución del trastorno por déficit de atención e hiperactividad a trastorno disocial sin adherencia al tratamiento en caso único de un adolescente de 15 años, tomando como referencia la importancia que tiene los factores psicológicos y clínicos como tipologías y perfil del paciente, así como factores sociales y genéticos que influyen en el aumento de un trastorno a otro.

Todo lo anterior se realizará tomando como referencias bases teóricas, antecedentes conceptuales y autores como Beck, Ellis, Kendall entre otros, que pertenecen del enfoque cognitivo conductual que permitirán identificar los factores que producen el trastorno por déficit de atención con hiperactividad sin adherencia al tratamiento, teniendo en cuenta y desde una visión clínica que en la atención se trata de

un sistema complejo compuesto de sub-procesos específicos (atención sostenida, alternante, selectiva y dividida), asociada a diferentes mecanismos neuronales a través de los cuales se logra el control de la orientación de la cabeza, el procesamiento de información, la toma de decisiones y el comportamiento deseado (Ríos Lago, Periañez y Rodríguez, 2008; Sohlberg y Mateer, 1987, 2001; Nieves, 2015). Dentro de este orden, el estudio de caso mostrara la necesidad de evaluar diversos aspectos y efectos clínicos desde el enfoque clínico en ambos trastornos, así como su intervención para evitar que un trastorno surja a otro. Del mismo modo se creará el interés para seguir realizando investigaciones sobre los efectos de no adherencia al tratamiento del trastorno por déficit de atención e hiperactividad a trastorno disocial.

Por último en el presente estudio, se analizaran los objetivos del caso clínico, así como la identificación del área problema y la justificación del estudio, los cuales permitirán mostrar teorías y antecedentes investigativos que guiaran para una adecuada discusión del proceso de investigación del caso clínico.

2. JUSTIFICACIÓN

Con la premisa “los seres humanos son sociales por naturaleza”, se tiene en cuenta que es fundamental para las personas la interacción y el funcionamiento social eficaz, dado que posibilita el desarrollo y la maduración de estructuras neurológicas y funciones psicológicas necesarias para la supervivencia de la especie (Rizzo, Medina, & Restrepo, 2014). Dado esto se ha observado como el estudio en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad ha sido de interés en diversos autores tomando énfasis por describir los mecanismos que intervienen en este. Prueba de esto son las múltiples investigaciones que en esta área se han realizado y que han permitido avanzar no solo en la conceptualización de este trastorno sino en el planteamiento de estrategias de intervención adecuada (Ramirez, Arena, & Henao, 2005).

Correspondiente a lo anterior es de señalar como el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es uno de los trastornos psiquiátricos más prevalentes de inicio en la infancia. Es, además, una de las alteraciones del comportamiento (neuroconductual) más diagnosticada en niños en edad escolar. Afecta, en función de distintos estudios epidemiológicos, hasta a un 6-10 por ciento por ciento de los niños mayores de 6 años, si bien su prevalencia puede estimarse en un 3-5 por ciento de población infanto-juvenil. Se asocia con retraso y dificultades en el funcionamiento académico y social. (Fundación internacional o Belen; Fundación Iberdrola, s.f.)

Correspondiente a esto, Raine, citado por Alcázar, Verdejo, Bouso, & Bezos, (2010), sugiere que la inmadurez en los lóbulos frontales puede llevar a un comportamiento violento debido a un funcionamiento ejecutivo deficitario con problemas en atención sostenida, flexibilidad ante el cambio de contingencias, autorregulación y toma de decisiones.

Por otra parte con relación a los adolescentes, la estabilidad psicológica de estos, fluctúa cuando se enfrentan a situaciones críticas que exigen de ellos autocontrol y empatía social así, a nivel de actitudes es frecuente la desaprobación verbal, desconfianza a lo nuevo y defensas psicológicas que implican agresividad ante un entorno considerado poco gratificante, de escasa confianza y excluyente (Andrade, Barbosa, & Lozada, 2012)

Dentro de este orden de ideas, se observa como el trastorno por déficit de atención e hiperactividad de forma no infrecuente, evoluciona hacia trastorno negativista-desafiante y disocial en la infancia, siendo elevada su comorbilidad con otros trastornos; se complica con consumo de sustancias, alta tasa de accidentes etc., en la adolescencia y puede, en el adulto, abocar a diversa psicopatología y trastornos, como Trastorno (Fundación internacional o Belen; Fundación Iberdrola, s.f.). Cabe considerar como en diverso estudios el trastorno negativista desafiante y el trastorno disocial son una de las principales sintomatologías asociadas a los síntomas de trastorno por déficit de atención por hiperactividad desde edades prescolares, ya que están relacionadas con una pobre adecuación de la conducta (Araujo, 2012).

En este sentido al acercarnos al tema del trastorno disocial Pineda & Puerta (2001) señala que entre las características psicológicas asociadas al mantenimiento del trastorno disocial se encuentran el hecho de dar continuidad al hecho de permanecer fuera de la casa en la noche (10.5%), ser cruel con los animales (8.4%) y con las personas (7.4%), entrar violentamente en la casa o en el carro de otros (7.3%), y el uso de armas con la finalidad de herir a otras personas (6.9%). (Andrade, Barbosa, & Lozada, 2012). Así mismo, su principal rasgo constituye el ser un *"un patrón de comportamiento persistente y repetitivo en el que se violan los derechos básicos de los otros o importantes normas sociales adecuadas a la edad del sujeto"*. Se trata de

desviaciones cualitativa y cuantitativamente más pronunciadas que la simple "maldad infantil" o la "rebeldía adolescente". (Jimenez, 2013).

Dado esto y acercándonos a la elevada tasa de violencia intraurbana y los cambios en la estructuración psicoafectiva de los hogares Colombianos, se observa que estos son en gran medida consecuencia directa de modificaciones históricas importantes en los modos como cada comunidad y familia interpreta y da cuenta de su experiencia individual y colectiva; así, entre las condiciones precipitantes de conflicto social se encuentra el trastorno disocial o alteración del comportamiento caracterizado por conductas antisociales que incrementan la violación de normas sociales, reglas sociofamiliares y el daño a la integridad del otro al no reconocerlo como legítimo otro en la relación de convivencia (Maturana, H. 1995; Andrade, Barbosa, & Lozada, 2012).

Por ende y al observar que estos dos trastornos constituyen un factor que afecta a muchos niños y adolescentes se realizara un estudio de caso unico que permitira evidenciar la evolucion del trastorno por deficit de atencion con hiperactividad a trastorno disocial sin adherencia al tratamiento. Lo que permitira evidenciar una perspectiva global de ambos trastornos y de como este afecta en el diario vivir del paciente lo que ha llevado a relacionarlo con lo expuesto por Barragán, y otros (2007), quien describe que las repercusiones socio-educativas afectan de manera importante el desarrollo integral del escolar con TDAH.

Es asi como el tratamiento del TDAH debe ser integral, personalizado, multidisciplinario y adecuado a las necesidades y características específicas de cada paciente es decir individualizado y a tiempo para asi plantear alternativas terapéuticas disponibles. Correlacionando lo anterior, se efecturara una vision teorica de ambos trastornos a nivel clinico evidenciando conceptos y temas claves que integran ambos conceptos. Asi mismo al ser un estudio de caso unico se abordaran aspectos de modo

individualizado de los síntomas que presenta el paciente así como de los factores que pueden estar incrementando dicho trastorno, ya que se ha observado que para el tratamiento del trastorno este debe ser de acuerdo a las características del paciente.

De igual modo, este estudio pretende ofrecer herramientas e intervenciones que se presentan a nivel psicológico en especial en el ámbito de la psicología clínica con el trastorno por déficit de atención y el trastorno disocial. Asimismo, este estudio pretende proporcionar herramientas que permitan implementar con éxito un entrenamiento adecuado, manejando conceptos teóricos relacionados con la 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. Del mismo modo al realizar un proceso interventivo en el presente estudio de caso, se logra fortalecer diversos aspectos del diario vivir del paciente como es el social, familiar y escolar donde se ve más afectado por los síntomas que afloran más en estos ámbitos.

Por lo anterior este estudio generara aportes y abrirá nuevos caminos en el ámbito del estudio de caso a nivel nacional e internacional en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad a trastorno disocial sin adherencia al tratamiento, ya que en diversos estudios se ha observado como el trabajo en adultos es muy escaso así como lo describe Benito (2008), en el que los estudios de prevalencia del TDAH en adultos son menos numerosos que los realizados en niños y adolescentes. La mayor parte de los trabajos realizados en población adulta coinciden en encontrar una prevalencia entre el 3 y el 4%^{20, 21, 22}. De ahí que se aportara la relevancia y seguimiento de un tratamiento a tiempo y eficaz del TDAH para que no evidencien otros trastornos como el disocial.

3. ÁREA PROBLEMÁTICA

Es de observar como en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), se considera como una condición neuropsiquiátrica con etiología multifactorial y de inicio en la infancia, caracterizado por la dificultad para poner atención, hiperactividad y/ o impulsividad que puede persistir hasta la edad adulta, impactando diferentes áreas como la académica, laboral y social (Vásquez, y otros, 2010). Así mismo al observar como este tipo de trastorno es de tipo multifactorial y en particular la forma combinada, es en donde se encuentra el mayor porcentaje de comorbilidad con los trastornos de la conducta y el trastorno negativista desafiante y en el cual se han encontrado fuertes indicios con factores genéticos (Alonso, Fonseca, Gaitan, & Triana, 2010).

Dentro de este orden, el trastorno negativista desafiante y el trastorno disocial son uno de los principales sintomatologías asociadas a los síntomas de trastorno por déficit de atención e hiperactividad desde edades preescolares, ya que están relacionados con una pobre adecuación de la conducta. (Araujo, 2012). En este orden se tiene en cuenta los dos temas a estudiar en esta investigación como es el trastorno por déficit de atención e hiperactividad y el trastorno disocial. Por otra parte, al observar como el diagnóstico temprano del trastorno aproximadamente a los 7 años, permite un tratamiento médico controlado, terapéutico y pedagógico, para ayudarlos a mejorar las relaciones interpersonales y el comportamiento tanto en el aula como en la familia (Narvarte, 2008 León, Jiménez, & Restrepo, 2010); el diagnóstico tardío a los 11 años, es de mayor atención y más complicado de tratar, además de la médica, por los psicólogos y pedagogos para disminuir la violencia (Díaz y Berk, 1992; León, Jiménez, & Restrepo, 2010), con ayuda para la elevación de la autoestima y superar las dificultades de interrelaciones personales y familiares.

En este orden al acercarnos al trastorno por déficit de atención e hiperactividad el autor Vaquerizo (2008) Citado por Pineda & Fuentes, (2013) plantea que la hiperactividad típica de personas de esta población, hace referencia a un exceso motor, verbal de predominio nocturno o cognitivo, y la distracción es visual, auditiva, interna o la consecuencia de la combinación de una de ellas. Los niños con este trastorno presentan deterioradas la inhibición conductual por lo cual el sujeto inhibe movimientos y acciones, y el autocontrol que inciden en el proceso de autorregulación. De igual forma, a nivel d lenguaje demuestran un rendimiento más bajo que sus pares, por lo que en sus conversaciones espontáneas manifiestan una producción verbal excesiva, menos comprensión de los significados implícitos de las frases hechas y los actos de habla indirectos, al igual que al momento de adquirirlas.

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es el síndrome de disfunción ejecutiva más común en la edad escolar. Afecta del 5-10% de los niños en edad escolar. La forma hiperactiva del TDAH está involucrada con disfunción orbito frontal y sus conexiones y la forma inatenta del TDAH es más probable que esté relacionada con una disfunción dorsolateral. (Lopera, 2008)

Del mismo modo Romero & Lavigne (2005) afirman como el trastorno por déficit de atención e hiperactividad es un problema que se da mayoritariamente en varones, la ratio oscila entre 4/5 varones por cada mujer, sin que aún se tenga una explicación convincente para ello. Así mismo, se consideraba tradicionalmente que este trastorno era exclusivo de la infancia y adolescencia. La realidad no es esa. El cuadro persiste en la edad adulta y sus manifestaciones más graves para la familia y la sociedad, y las dificultades para controlarlas suelen ocurrir a esta edad (Pascual-Castroviejo, 2008)

De hecho, el desarrollo emocional de los TDAH es alrededor de un 30% más bajo que sus iguales. Por ejemplo, un chico de 10 años con TDAH presenta un nivel de maduración emocional equivalente a 7 años; mientras que a los 18 años (edad a partir de la cual ya se puede obtener el permiso de conducir) el chico con TDAH tendría un desarrollo emocional equivalente a 12/13 años. De igual modo, El 25% de los TDAH presentan serios problemas en una o más de las áreas siguientes: expresión oral, habilidades de escucha, comprensión lectora y matemática. El 35% de los TDAH son marginados en la escuela. El 40% de los TDAH sin tratamiento mantienen sus síntomas durante toda la escolarización e incluso después. Entre el 70% y el 80% realiza mal sus trabajos escolares. El 45% de los alumnos con TDAH son suspendidos. El 30% tienen que repetir cursos. Y entre el 5% y el 10% no acaban su escolarización.

Correspondiente a lo anterior, se ha observado como el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, el trastorno negativista desafiante y el trastorno disocial, según diversas investigaciones, poseen sintomatologías relacionadas con algunos deterioros en el funcionamiento ejecutivo, y que las tres son factores de riesgo para presentar fracaso escolar, conductas agresivas y conductas antisociales en el futuro (Araujo, 2012). Lo anterior permite situarnos en este caso en el tema del trastorno disocial, el cual se caracteriza por un patrón persistente y repetitivo de violación a las reglas y normas que se marcan para la edad (mentir, robar, lastimar, etc.). Se inicia durante la infancia y genera deterioro en el funcionamiento de al menos dos áreas en la escuela, el hogar o los amigos. (De la peña & Palacios, 2011).

De igual modo este trastorno es considerado como una de las formas más frecuentes de psicopatía en niños y adolescentes. Al parecer, la prevalencia del trastorno disocial se ha incrementado durante las últimas décadas, puede ser más elevada en los

nucleos urbanos que en las zonas rurales. También existe una relación entre bajo nivel socioeconómico y el trastorno disocial (Vasquez, Feria, Palacios, & De la Peña, 2010).

Consecuente esto se observa como estudios muestran que los primeros síntomas aparecen en la niñez y se dan en promedio a los 14,7 años; más frecuente en varones que en mujeres y pueden tener, diversas formas de presentación. Las causas son multifactoriales y dentro de ellas se mencionan a los niños temperamentamente difíciles o irritables; con trastornos de déficit atencional y/o con dificultades en el aprendizaje, sobre todo en el inicio infantil. En el adolescente, luego de los 10 años, aparecen las conductas llamadas antisociales frente al estrés psicosocial, así como el consumo de sustancias, entre otras. (Jimenez, 2013)

Dentro de este orden, cuando se evalúan los comportamientos de un niño es fundamental tener en cuenta su edad y su nivel de desarrollo, pues la mayoría de las conductas de los niños disociales pueden ser normales en una determinada edad o situación, y lo que es patológico puede ser la edad en que aparecen, el contexto, y la frecuencia. (Fundación internacional o Belen; Fundación Iberdrola, s.f.)

Correspondiente a esto, la caracterización del trastorno disocial se subyace en cuatro áreas de manifestación: Agresión a personas y animales, destrucción de la propiedad, fraudulencia/robo y violaciones graves a las normas. Esta categoría incluye una serie de manifestaciones muy heterogéneas que se han descrito como: Fanfarroneo, amenaza o intimidación a otros, peleas físicas, uso de armas que puede causar un daño físico grave a otras personas (palo, botella, navaja, pistola), manifestación de crueldad física con personas o con animales; robo, forzar a alguien a mantener una actividad sexual, provocar deliberadamente incendios con la intención de causar daños graves (De la Peña & Palacios, 2011). En este sentido las personas que inician el trastorno en la infancia pueden presentar dos factores de comportamiento a) los principalmente

impulsivos, caracterizados por altos niveles de reactividad emocional, baja inteligencia verbal y altos niveles de reactividad emocional, baja inteligencia verbal y altos niveles de disfunción familiar, y alta comorbilidad con el trastorno por déficit de atención con hiperactividad; y b) los crueles-no emocionales los cuales tienden a preferir actividades que les produzcan sensaciones excitantes, son menos sensibles a las claves de castigo que a las claves de recompensa y son menos reactivos a los estímulos emocionales negativos. (Alonso, Fonseca, Gaitan, & Triana, 2010)

Por otra parte, al observar como ambos son considerados trastornos de conducta es de resaltar como ambos trastornos a estudiar (trastorno por déficit de atención e hiperactividad y el trastorno disocial) no solo se ven en la infancia sino en la adolescencia. Tal es el caso en el que Vasquez, Feria, Palacios, & De la Peña (2010) señalan como el trastorno por déficit de atención e hiperactividad está asociado con serias dificultades sociales, psicológicas (baja autoestima) y de aprendizaje, y así como otros más complejos como fracaso académico, abuso de sustancias y delincuencia en la adolescencia y la edad adulta. Del mismo modo con relación al trastorno disocial en adolescentes, se muestra como en la infancia los primeros problemas que surgen en los niños con comportamiento antisocial pueden consistir en conductas de desafío y negación, características del trastorno negativista desafiante, posteriormente puede surgir el diagnóstico de trastorno disocial, aunque la gran mayoría de niños y adolescentes diagnosticados todavía satisface los criterios del trastorno negativista desafiante y mantiene su comportamiento antisocial anterior. (Jimenez, 2013). Consecuente se considera como uno de los trastornos más importantes dentro de la Psiquiatría Infanto-Juvenil, constituyendo cerca del 50% de su población clínica.

Así mismo, en los países en donde se aplican con mayor frecuencia tratamientos para el TDAH, las tasas de prescripción médicas sólo representan entre el 3 y el 7 % de

los niños que se cree que padecen este trastorno, e incluso menos del 4% estimado de los adultos que sufren TDAH. (Federación Española de asociaciones de ayuda al déficit de atención e hiperactividad, s.f.). Con relación a Latinoamérica, se considera un problema de salud pública, que afecta aproximadamente 36 millones de personas. La prevalencia estimada fue de 5.29% (IC95% 5.01–5.56), estas estimaciones se asociaron a una variabilidad significativa ($P < 0,001$). entre las regiones, la cual se explica sólo de forma limitada a la localización geográfica y en mayor medida a las limitaciones metodológicas de las investigaciones incorporadas,² no existen diferencias significativas en la prevalencia del TDAH entre países desarrollados y latinoamericanos (Barragán, y otros, 2007). consecuente a esto, estudios realizados en Colombia muestran una prevalencia entre el 1 y 22 por ciento teniendo en cuenta variaciones en aspectos tales como la edad, la región y las características sociales (1, 4-11). En Colombia se han realizado estudios de prevalencia, especialmente en Antioquia, que han permitido establecer una prevalencia global en la población antioqueña del 15 - 17 por ciento (8). En esa población colombiana, los subtipos predominantes son el tipo combinado y el hiperactivo. En el resto del país no se han realizado investigaciones que permitan comparar y contrastar las cifras de la región estudiada con otras zonas (Veléz, Talero, Gonzáles, & Ibáñez, 2008)

Dentro de este orden, estudios realizados por la Organización Mundial de La Salud (OMS, 2015), se observó como los trastornos mentales más frecuentes en los últimos 12 meses fueron: el trastorno por déficit de atención con una prevalencia 3,0 % (IC 95 % : 2,1- 4,1) siendo la variedad con hiperactividad la más frecuente ; seguido del trastorno de ansiedad de separación 1,8 % (IC 95 % : 1,1 – 3 %), seguidos por los trastornos de ansiedad generalizada y oposicionista desafiante con 0,4 % cada uno.

Dado lo anterior, es de observar como la no adecuada intervención del trastorno por déficit de atención e hiperactividad puede conllevar otros trastornos y pueden ser predictivas, de otros problemas posteriores en la vida, tales como consumo de sustancias, delincuencia juvenil y criminalidad adulta. (Sasot & Ibañez, s.f.). de hecho, al determinar el TDAH como un problema o trastorno se ha detectado el llamado factor emocional en estos niños que van creciendo con él y al llegar a la adolescencia lo muestran como un patrón típico de comportamiento, el llamado “callous-unemotional”, que traduce insensibilidad y falta de emotividad con las características de falta de culpa, ausencia de empatía e insensibilidad por otros, lo que finalmente desembocará en la personalidad antisocial o disocial, sociopatía o psicopatía. (Rangel, 2014). De ahí como su no adherencia al tratamiento en niños va a estar relacionada con una capacidad cognitiva general dentro de la normalidad, pero que tiene problemas para detectar los estímulos relevantes, comete errores por descuido, se distrae fácilmente, parece no escuchar, tiene dificultades para seguir instrucciones y también (aunque tal vez en menor grado comparando con el TDA+H) tiene problemas para mantener la atención durante cierto periodo de tiempo. (Martínez, s.f.)

En este sentido, el diagnóstico es fundamentalmente clínico y debe realizarse de manera precoz porque el paso del tiempo empeora el pronóstico, además el tratamiento debe ser multidisciplinar, con intervención psicológica a través de medidas conductuales y cognitivas en apoyo con tratamiento farmacológico. (García & López, 2012). Dentro de este orden, este estudio muestra las implicaciones que el trastorno por déficit de atención con hiperactividad tiene cuanto a la no adherencia al tratamiento en la infancia y como puede evolucionar hasta la adolescencia; como el estudio de caso único que se realiza a un adolescente de 15 años el cual ha sido víctima de la violencia

Implicaciones en el TDAH sin adherencia al tratamiento: Caso único adolescente de 15 años

producto de desplazamiento forzado en Colombia, lo cual podría incrementar los factores de dicho trastorno.

4. OBJETIVOS

4.1. General

Identificar las implicaciones del trastorno por déficit de atención e hiperactividad sin adherencia al tratamiento en la aparición de trastornos del comportamiento perturbador. Mediante el análisis de las relaciones funcionales en la historia de un paciente adolescente de 15 años, con el fin de favorecer una evolución positiva.

4.2. Específicos

- Describir la evolución de un trastorno TDAH a un trastorno disocial, lo anterior, mediante la revisión del curso de los problemas en sus antecedentes históricos para la prevención de pronósticos reservados y desfavorables.
- Determinar la comorbilidad existente entre el trastorno por déficit de atención e hiperactividad y el trastorno disocial en un adolescente que no ha sido tratado como un paciente con diagnóstico de trastorno por déficit de atención con hiperactividad y que ha evolucionado a trastorno disocial.
- Analizar las consecuencias de la falta de intervención temprana de TDAH, por medio de la revisión teórica e investigativa de esta entidad clínica en el contexto familiar, educativo y social del paciente de 15 años

5. HISTORIA CLÍNICA

5.1. IDENTIFICACIÓN: EDD

EDAD: 15 años

FECHA DE NACIMIENTO: 29 de diciembre de 2001

SEXO: masculino

NIVEL DE ESCOLARIDAD: bachillerato

OCUPACIÓN/ PROFESIÓN: estudiante

LUGAR DE PROCEDENCIA: San antero, Córdoba

RELIGIÓN: católico

EVALUADO POR: Damaris Corrales Ballesteros

5.1.1. CONTACTO INICIAL:

Paciente que ingresa al consultorio con marcha pasiva, sin contacto visual con el terapeuta. Sentado en la silla del consultorio, parte tres lapiceros. Habla poco, y cuando lo hace, es en un tono muy bajo.

5.2. MOTIVO DE CONSULTA:

MADRE: Dra. Mi hijo no hace caso, va mal en el colegio y todo lo daña... hasta a mí me ha querido dañar (me grita, y en dos ocasiones me ha levantado la mano.) no se le puede decir nada porque contesta con groserías, se molesta por todo. En el colegio va mal, y ha perdido varias materias.

PACIENTE: “a mí no me gusta que me digan nada, no quiero que la gente ni me mire ni me hable. Voy mal en el colegio porque sí y todo el mundo me aburre, por eso es que estoy aquí”

5.2.1. QUEJAS DEL PACIENTE:

ASPECTO COGNITIVO: “estoy aburrido de que todo el mundo me diga que tengo que hacer” “quiero ser libre” “no me gusta que me manden” “ mi mamá molesta por todo” “no me cae bien nadie, por eso ando solo” “si alguien me habla y yo no tengo ganas de hablar, le pego” “a los que más me gusta pegarles es a los de preescolar y primero (risas) son debiluchos “no me importa que me echen del colegio o de la casa... mejor para mi” “cuando sea grande voy a ser sicario o narco”

ASPECTO AFECTIVO: rabia

ASPECTO CONDUCTUAL: paciente afirma que no soporta a casi nadie, que agrede con facilidad especialmente a los niños pequeños y que su temperamento y carácter es duro y rudo. Es desordenado en el colegio, motivo por el cual lo han expulsado varias veces.

ASPECTO FISIOLÓGICO: Insomnio, sudoración en todo el cuerpo, aceleración del ritmo cardíaco la mayor parte del tiempo.

ASPECTO RELACIONAL: Presenta dificultades en las relaciones sociales, escolares y de su grupo familiar.

ASPECTO CONTEXTUAL: ambiente familiar y escolar.

5.3.IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE PROBLEMAS

Problema No.1:

Alteración de la conducta

Problema No.2:

Dificultades en las relaciones interpersonales

P1: ALTERACIÓN DE LA CONDUCTA

El paciente afirma que esta dificultad siempre la ha tenido, afirmación con la que concuerda la madre, pero que en los últimos seis años se han reafirmado más dichas conductas. Dentro de éstas se encuentran daños corporales a su hermana de 11 años, niños de grados inferiores dentro del colegio, a la abuela paterna y a dos perros que tenían en su hogar, y se presentan diariamente, variando el blanco de agresión y la gravedad de la misma. La madre del paciente es quien habla más con él y logra calmarlo en ciertas ocasiones, el padre del menor, se ha desentendido totalmente de la situación y afirma que el está resignado que cualquier día aparezca muerto por su mal comportamiento. La hermana menor del paciente, según la madre, le tiene miedo y no acepta quedarse con él sola en casa o en algún espacio de la casa. El paciente presenta goce en las conductas disruptivas que presenta, caracterizadas por sus escándalos y fotografías con su celular.

P2. DIFICULTADES EN LAS RELACIONES INTERPERSONALES

El paciente afirma que tiene pocas interacciones relacionales con pares o familiares. Este comportamiento se ha presentado desde hace mucho tiempo, según lo comenta el paciente, afirma que nunca le ha gustado tener amigos y que le irrita la compañía de casi

cualquier persona. A pesar de ello, afirma también que en los últimos 3 años, se ha intensificado el desagrado al tener compañía, motivo por el cual agrede constantemente, ignora y evita el contacto. Según la madre del paciente, el menor es una persona sin reservas a la hora de hacer exigencias o de conseguir las cosas que se propone.

En la niñez tuvo pocos amigos, y por su situación de desplazados las personas siempre se alejaban o hacían comentarios despectivos acerca de él o de su familia.

5.4. ANÁLISIS FUNCIONAL

P1 → P2

Tabla 1. Análisis funcional

Antecedente		Cuando le pegó a un niño de seis años, hace aproximadamente 8 meses
Conducta	Rta. Cognitiva	“tener el poder es lo mejor” “ojalá y no existieran los niños chiquitos ni los animales” “quiero ser el rey del mundo y que todos me amen”
	Rta. Emocional	Siente alegría
	Rta. Motora /comportamental	Aplaude y se ríe estrepitosamente
	Rta. Fisiológica	No presenta
Consecuencia		Es expulsado del colegio (R-)

Antecedente		Cuando los padres le piden que haga algo dentro del hogar
	Rta. Cognitiva	“me tiene aburridos” “ojala y no tuviera familia”
	Rta. Emocional	Siente rabia y enojo

	Rta. Motora /comportamental	Tira objetos contra la pared
	Rta. Fisiológica	agitación
	Consecuencia	Los padres le ordenan recoger todo (C+)

	Antecedente	Mata y Abre animales pequeños
Conducta	Rta. Cognitiva	“me gusta que sufran”
	Rta. Emocional	Goce sin expectativa de culpa
	Rta. Motora /comportamental	Muestra los animales a las personas que tiene cerca, presenta risas estrepitosas.
	Rta. Fisiológica	No presenta
	Consecuencia	Es castigado por los padres ☹

P2: Dificultad en las relaciones interpersonales.

Tabla 2. Dificultad en las relaciones interpersonales

	Antecedente	Cuando alguna persona se le acerca a preguntarle algo
Conducta	Rta. Cognitiva	“ya me vienen a molestar” “la gente es estúpida”
	Rta. Emocional	Rabia
	Rta. Motora /comportamental	Ignora y evita responderle a las afirmaciones o preguntas que se le hacen
	Rta. Fisiológica	No presenta
	Consecuencia	La persona se va y lo deja solo. R+

	Antecedente	Cuando ingresa a un nuevo colegio.
--	--------------------	------------------------------------

Conducta	Rta. Cognitiva	“ahora la gente va a querer hablar” “aquí toda la gente es imbécil” “no me gusta la gente”
	Rta. Emocional	Rabia, ofensa
	Rta. Motora /comportamental	Evita el contacto con las personas, se aísla
	Rta. Fisiológica	No presenta
Consecuencia		Las personas no se hablan (R+)

5.5.RELACIÓN MOLAR DE LOS PROBLEMAS

P1 \longleftrightarrow P2

5.6.ANÁLISIS HISTÓRICO O ANÁLISIS DE DESARROLLO

5.6.1. HISTORIA DEL PROBLEMA

La madre del paciente, afirma que su hijo siempre ha tenido estos comportamientos disruptivos tanto en la casa, como en el colegio. Hace aproximadamente seis años los comportamientos han ido aumentando paulatinamente, pasaron de ser simples peleas o discusiones de niños a agresiones fuertes a casi cualquier persona que no le agrada.

El paciente estuvo anteriormente en proceso psicológico, pero el profesional decidió no atenderlo más, cuando le partió dos sillas del consultorio en el cual lo atendía. Ha sido atendido por los psico orientadores de los colegios en los cuales ha estudiado sin tener éxito en los procesos.

Actualmente, el paciente agrede y quita la vida de animales pequeños para luego abrirlos, y sacarle los órganos, esta situación se ha repetido 7 veces e inició con un

lagartija (salamanqueja) que el paciente encontró en su habitación, la última vez que hizo esto, fue hace una semana cuando tuvo la misma conducta con un gato, que era propiedad de un vecino. La madre afirma que teme que pueda hacerle daño a niños pequeños o incluso a los miembros de la familia.

Dentro de los sucesos más relevantes en este tipo de conductas presentadas por el paciente se encuentran:

- A los dos años y medio, mordió a un primo, perforándole el lóbulo de la oreja izquierda. Esto aparentemente sin motivación alguna.
- A los cuatro años, empezó a dañar los objetos que tenían en la casa: los tiraba contra el suelo, los tiraba a la calle, los rayaba con marcadores o les arrojaba pintura encima.
- A la edad de 4 años inició la escolaridad. Y de inmediato iniciaron las agresiones a los compañeros: les pegaba sin motivo, a las niñas les halaba el cabello. Además de esto, también les dañaba los juguetes o los botaba.
- A los 6 años, le pego en dos ocasiones a su hermana menor, además también les pegaba a los animales que tenían en la casa, sobre todo a las gallinas y a los patos. En esta edad también daño en cuatro ocasiones la ropa de sus padres: las sacaba del closet y las picaba con tijeras.
- A los 7 años de edad, meció en una hamaca fuertemente a la hermana menor que ésta terminó vomitando y mareada por varios minutos. En este periodo de tiempo vio por primera vez a su padre matar a un animal (una gallina) y mientras observaba se reía con un alto tono.
- A los 9 años, le pegó con un bate de Beisbol a un compañero de clases en el brazo izquierdo, ocasionando una fractura en cubito y radio.

- A los 11 años de edad, tuvo una discusión fuerte con el padre y lo empujó contra un espejo, ocasionándole varios cortes en la espalda y en la parte anterior de los brazos.
- A los 12 años, en la celebración del día de la mujer en el colegio, agredió a 12 niñas pequeñas, “como regalo por el día especial”.
- A los 13 años iniciaron las conductas de maltratar animales, primero arrojándoles piedras hasta dejarlos sin vida. Además, a ésta edad, empiezan amenazas en las discusiones que tiene con la hermana. En una de las discusiones, le rompió todos los cuadernos del colegio a su hermana.

5.6.2. HISTORIA PERSONAL: Edad 15 años.

Paciente es de contextura delgada, vestido acorde al contexto y a su edad.

No ha presentado enfermedades o cirugías de importancia. EDD es el primer hijo del matrimonio de sus padres. Tiene una hermana menor que él, quien tiene 11 años. Su relación es conflictiva. EDD no ha presentado enfermedades físicas graves o cirugías. Según el discurso de la madre, el paciente empezó a hablar a los 11 meses, y su marcha fue a partir de los 9 meses. Desde pequeño tuvo gran dificultad para relacionarse con pares, y siempre tuvo que estar muy pendiente de él porque iniciaba peleas y daba golpes a los niños con los que jugaba, además, siempre dañaba los juguetes de los mismos.

Según la exploración y la narrativa del paciente, afirma con algo de pena, pertenecer a una pandilla en la cual los miembros son personas adultas. Refiere que su papel dentro de este grupo es ser “mosca” (persona que avisa), para que el resto de

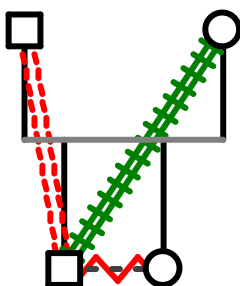
integrantes puedan cometer delitos relacionados con el robo de vehículos, especialmente motos y bicicletas y/o partes de estas.

5.6.3. HISTORIA FAMILIAR

EDD y su familia, provienen de la zona rural del Alto Sinú, y fueron desplazados por la violencia desde que el paciente tenía 2 años, la madre afirma que el día del desplazamiento su familia tuvo que ver varias muertes de personas conocidas a lo largo del camino, de igual forma vieron animales muertos y despedazados en la carretera y por las trochas por las que tuvieron que tomar para salir de esa zona. Una vez terminado el desplazamiento se radicaron en el municipio de San Antero, donde el paciente seguía presentando la misma problemática, razón por la cual la relación con el padre ha sido muy conflictiva, tienen discusiones constantes, pues al padre le ponen quejas acerca del comportamiento de su hijo casi a diario. Por su parte, la relación con su madre es ambivalente, discuten a menudo, con gritos e intentos de maltrato, pero ella es la persona que logra tranquilizar al menor cuando se encuentra más alterado.

En cuanto a los antecedentes de enfermedades, se encuentra que la familia paterna de EDD existe varios casos de Diabetes, siendo tipo III la más grave, además de ello, el padre sufre de tensión arterial alta. En cuanto a los antecedentes de la familia materna, un pariente en primer grado de consanguinidad, con 9 años de edad, padece TDAH y se encuentra medicado hace aproximadamente 3 años.

5.6.3.1 GENOGRAMA



5.6.4. HISTORIA ACADÉMICA Y/O LABORAL

Paciente que cursa 7° de bachillerato, ha perdido dos años académicos (5° y 6°) no sabe leer bien, confunde letras y no reconoce los números, motivo por el cual tiene dificultad en la ejecución de las operaciones matemáticas. Ha pasado por 5 colegios del municipio, su cambio constante se debe a problemas de disciplina y dificultad en el control de la conducta, caracterizado por agresiones a compañeros, profesores y daño en las instalaciones de las mismas, sumado también el bajo rendimiento académico que presenta el menor.

5.6.5. HISTORIA SOCIOAFECTIVA

En este ámbito, esta persona se describe como solitaria, afirma no ser muy abierto, y que no le gusta establecer relaciones interpersonales. Las pocas relaciones que ha logrado establecer han durado poco.

El paciente afirma que tuvo una pareja hace aproximadamente 8 meses, y que duró 3 meses dicha relación. Afirma que le costó trabajo acercarse a la persona con la que tuvo la relación sentimental. En el lapso de dicha relación existieron discusiones constantes, pues EDD afirma que siempre le daban celos, llegando al punto de agredir a un primo de su pareja, motivo por el cual ella decide terminar la relación.

5.6.6. HISTORIA SEXUAL

Paciente afirma haber tenido su primera relación sexual a los 13 años con una prostituta a la cual le pagó, actualmente mantiene esta conducta 4 o 5 veces por mes. Además de esto, el paciente afirma que se masturba en su hogar entre 1 y 2 veces por

noche todas las noches. No ha presentado infecciones o enfermedades de transmisión sexual.

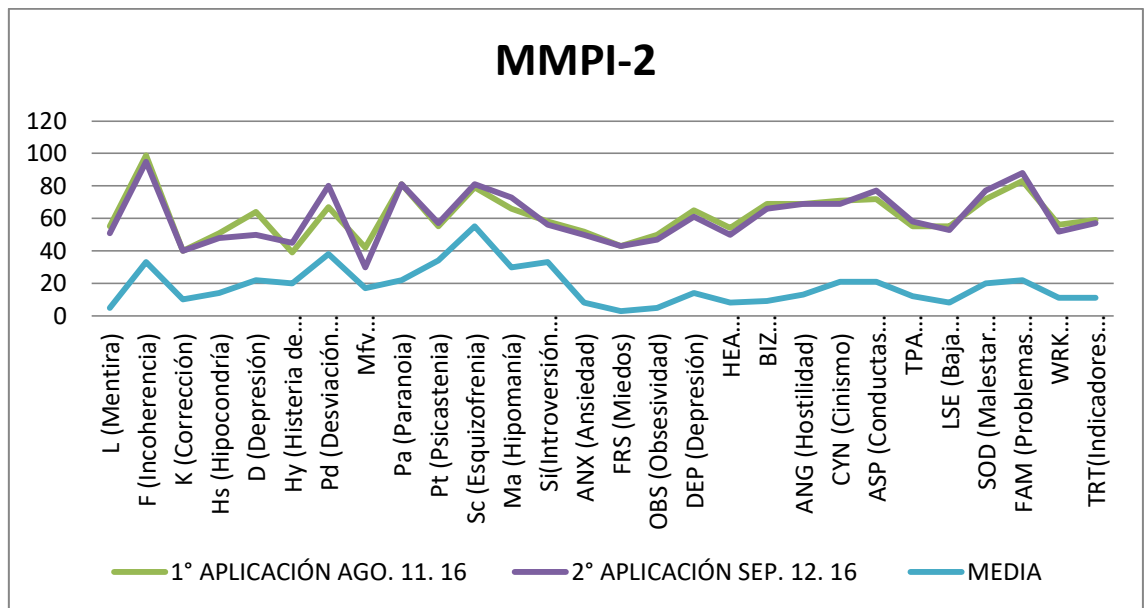
5.7.PROCESO DE EVALUACIÓN CLÍNICA

Tabla 3. Proceso de evaluación clínica

Área a evaluar	Prueba	1° Aplicación	2° Aplicación	3° Aplicación	4° Aplicación	5° Aplicación
Personalidad	MMPI-2	Agosto 11	Septiembre 12			
Afectividad y Conducta	CONNERS (PADRES)	AGOSTO 17	Septiembre 15	Octubre 13	Noviembre 15	Febrero 16
Afectividad y Conducta	CONNERS (PROFESORES)	AGOSTO 17	Septiembre 15	Octubre 13	Noviembre 15	Febrero 16
Depresión	CDI	Agosto 17	Septiembre 21	Octubre 20	Febrero 14	
Distorsiones cognitivas	IBT	Agosto 23	Septiembre 21	Octubre 20	Febrero 22	
Depresión	IDB	Agosto 23	Septiembre 21	Octubre 20	Febrero 13	
Distorsiones cognitivas, ideas y esquemas	CUESTIONARIO DE DISTORCIONES COGNITIVAS (CDCN -1)	Agosto 23	Septiembre 19	Febrero 16		
Personalidad	EPQ - J	Septiembre 7	Octubre 14			
Atención e inteligencia	TEST DE CARAS	Septiembre 7	Octubre 6			
Creencias centrales	CCE	Noviembre 15				
Relaciones intrafamiliares y pautas de crianza	P-CRI	Septiembre 22	Febrero 22			

MMPI

Grafica 1. Resultados MMPI



5.7.1. INTERPRETACIÓN

PRIMERA APLICACIÓN

Paciente que presenta depresión moderada, insatisfacción con la vida, ausencia de energías, y falta de confianza en sí mismo. Reservado, conformista, convencional. Intereses reducidos. Socialmente aislado, crítico. Presenta vulnerabilidad a los problemas familiares. Presenta características enérgicas y predomina la idea de relaciones interpersonales de forma superficial. Según las puntuaciones obtenidas en la prueba realizada, se debe considerar un trastorno de personalidad antisocial, pues tiene características específicas de este tipo de problema.

SEGUNDA APLICACIÓN

Se confirman las características antisociales, presenta baja deseabilidad social, cargado de juicios pobres en argumentos, predominancia de características inestables, irresponsables, egocéntricas e inmaduras. Patrón tradicional de intereses masculinos. Declaraciones machistas, crudo, agresivo. Intereses reducidos, escasos. Imprudente.

Orientado a la acción. Auto confiado. Energía excesiva. Ausencia de dirección. Desorganización conceptual. Poco realista en su auto-valoración. Tiránico, mandón. Muy hablador. Baja tolerancia a la frustración. Impulsivo.

CUESTIONARIO DE CONDUCTA DE CONNERS PARA PROFESORES

Tabla 4. Cuestionario de conductat de CONNERS para profesores

Conductas	Primera aplicación				Segunda aplicación				Tercera aplicación				Cuarta aplicación			
	Na da	Poc o	Basta nte	Mu cho	N	P	B	M	N	P	B	M	N	P	B	M
1. Tiene excesiva inquietud motora			X					X				X		X		
2. Tiene explosiones impredecibles, de mal genio.				X	X				X					X		
3. Se distrae fácilmente, tiene escasa atención.		X					X					X		X		
4. Molesta frecuentemente a otros niños				X			X					X		X		
5. Tiene aspecto enfadado, huraño.				X				X	X					X		
6. Cambia bruscamente sus estados de ánimo.			X			X					X				X	
7. Intranquilo, siempre en movimiento.				X				X			X			X		
8. Es impulsivo e irritable				X			X				X			X		
9. No termina tareas que empieza			X			X			X				X			
10. Sus esfuerzos se frustran fácilmente.		X						X				X	X			
TOTAL	23				20				22				9			

Cuestionario de Connors para profesores (Aplicada en Agosto 17)

De acuerdo con la observación realizada por los profesores en la institución educativa, la puntuación fue de **23 puntos**, lo que indica una sospecha de un déficit de atención con hiperactividad que va acompañado de conductas disruptivas.

Cuestionario de Conners para profesores (Aplicada en Septiembre 15)

De acuerdo con la observación realizada por los profesores en la institución educativa, la puntuación fue de **20 puntos**, lo que indica una sospecha de un déficit de atención con hiperactividad, presentado conductas inmaduras del temperamento.

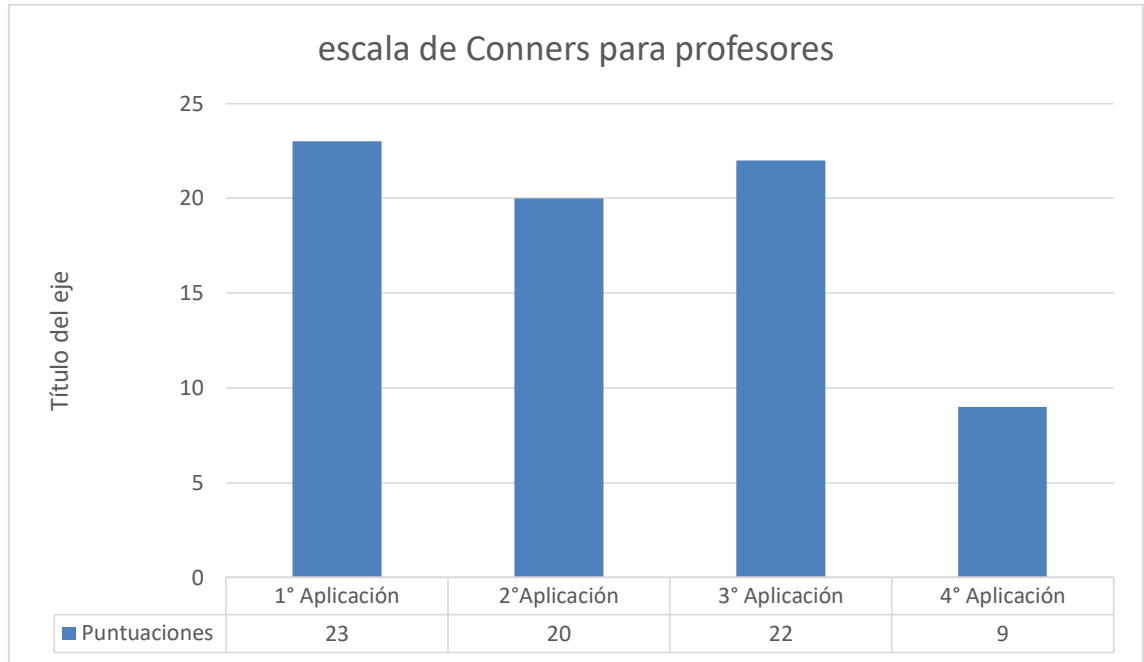
Cuestionario de Conners para profesores (Aplicada en Octubre 13)

De acuerdo con la observación realizada por los profesores en la institución educativa, la puntuación fue de **22 puntos**, lo que indica una sospecha de un déficit de atención con hiperactividad y se confirman las conductas disruptivas presentadas por el menor.

Cuestionario de Conners para profesores (Aplicada en febrero 16)

De acuerdo con la observación realizada por los profesores en la institución educativa, la puntuación fue de **9 puntos**, lo que indica que no hay presencia de déficit de atención con hiperactividad.

Grafica 2. Escala de Conners para profesores febrero 16



CUESTIONARIO DE CONDUCTA DE CONNERS PARA PADRES

Tabla 5. Cuestionario de Connors para padres

Conductas	Primera aplicación				Segunda aplicación				Tercera aplicación				Cuarta aplicación			
	Na da	Poc o	Basta nte	Mu cho	N	P	B	M	N	P	B	M	N	P	B	M
1. Es impulsivo, irritable			X				X			X				X		
2. Es llorón				X				X			X		X			
3. Se mueve más de lo normal		X					X			X					X	
4. No se puede estar quieto				X				X				X			X	
5. Es destructor (ropas, juguetes, otros objetos)				X				X			X			X		
6. No termina las cosas o actividades que comienza.			X					X			X		X			
7. Se distrae fácilmente, tiene escasa atención.				X				X				X		X		
8. Cambia bruscamente sus estados de ánimo.				X				X			X				X	
9. Sus esfuerzos se frustran fácilmente.			X				X				X		X			

Implicaciones en el TDAH sin adherencia al tratamiento: Caso único adolescente de 15 años

10. suele molestar frecuentemente a otros niños.		X				X					X	X		
TOTAL	23				25			23			9			

Cuestionario de Conners para padres (Aplicada en Agosto 17)

De acuerdo con la observación realizada por los padres en casa, la puntuación fue de **23 puntos**, lo que indica una sospecha de un déficit de atención con hiperactividad.

Grafica 3. Cuestionario de Conners para padres

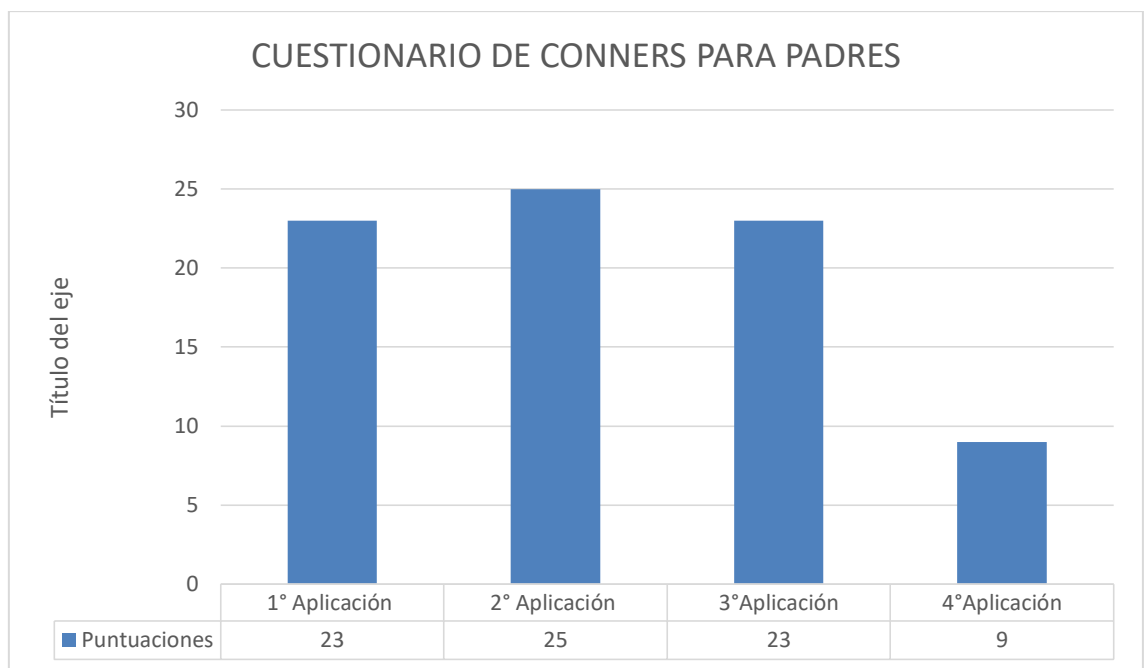


Tabla 6. Cuestionario CDI

CUESTIONARIO - CDI				
No.	PREGUNTAS	2° Aplicación	3° Aplicación	4° Aplicación
1	a) Estoy triste de vez en cuando.			
	b) Estoy triste muchas veces.			
	c) Estoy triste siempre.			
2	a) Nunca me saldrá nada bien			
	b) No estoy seguro de si las cosas me saldrán bien.			
	c) Las cosas me saldrán bien			
3	a) Hago bien la mayoría de las cosas.			

Implicaciones en el TDAH sin adherencia al tratamiento: Caso único adolescente de 15 años

	b) Hago mal muchas cosas			
	c) Todo lo hago mal			
4	a) Me divierten muchas cosas			
	b) Me divierten algunas cosas			
	c) Nada me divierte			
5	a) Soy malo siempre			
	b) Soy malo muchas veces			
	c) Soy malo algunas veces			
6	a) A veces pienso que me pueden ocurrir cosas malas.			
	b) Me preocupa que me ocurran cosas malas.			
	c) Estoy seguro de que me van a ocurrir cosas terribles			
7	a) Me odio			
	b) No me gusta como soy			
	c) Me gusta como soy			
8	a) Todas las cosas malas son culpa mía.			
	b) Muchas cosas malas son culpa mía.			
	c) Generalmente no tengo la culpa de que ocurran cosas malas.			
9	a) No pienso en matarme			
	b) Pienso en matarme pero no lo haría			
	c) Quiero matarme.			
10	a) Tengo ganas de llorar todos los días			
	b) Tengo ganas de llorar muchos días			
	c) Tengo ganas de llorar de cuando en cuando.			
11	a) Las cosas me preocupan siempre			
	b) Las cosas me preocupan muchas veces.			
	c) Las cosas me preocupan de cuando en cuando.			
12	a) Me gusta estar con la gente			
	b) Muy a menudo no me gusta estar con la gente			
	c) No quiero en absoluto estar con la gente.			
13	a) No puedo decidirme			
	b) Me cuesta decidirme			
	c) Me decido fácilmente			
14	a) Tengo buen aspecto			
	b) Hay algunas cosas de mi aspecto que no me gustan.			
	c) Soy feo			
15	a) Siempre me cuesta ponerme a hacer los deberes			
	b) Muchas veces me cuesta ponerme a hacer los deberes			
	c) No me cuesta ponerme a hacer los deberes			
16	a) Todas las noches me cuesta dormirme			
	b) Muchas noches me cuesta dormirme.			
	c) Duermo muy bien			
17	a) Estoy cansado de cuando en cuando			

Implicaciones en el TDAH sin adherencia al tratamiento: Caso único adolescente de 15 años

	b) Estoy cansado muchos días			
	c) Estoy cansado siempre			
18	a) La mayoría de los días no tengo ganas de comer			
	b) Muchos días no tengo ganas de comer			
	c) Como muy bien			
19	a) No me preocupa el dolor ni la enfermedad.			
	b) Muchas veces me preocupa el dolor y la enfermedad			
	c) Siempre me preocupa el dolor y la enfermedad			
20	a) Nunca me siento solo.			
	b) Me siento solo muchas veces			
	c) Me siento solo siempre			
21	a) Nunca me divierto en el colegio			
	b) Me divierto en el colegio sólo de vez en cuando.			
	c) Me divierto en el colegio muchas veces.			
22	a) Tengo muchos amigos			
	b) Tengo muchos amigos pero me gustaría tener más			
	c) No tengo amigos			
23	a) Mi trabajo en el colegio es bueno.			
	b) Mi trabajo en el colegio no es tan bueno como antes.			
	c) Llevo muy mal las asignaturas que antes llevaba bien.			
24	a) Nunca podré ser tan bueno como otros niños.			
	b) Si quiero puedo ser tan bueno como otros niños.			
	c) Soy tan bueno como otros niños.			
25	a) Nadie me quiere			
	b) No estoy seguro de que alguien me quiera			
	c) Estoy seguro de que alguien me quiere.			
26	a) Generalmente hago lo que me dicen.			
	b) Muchas veces no hago lo que me dicen.			
	c) Nunca hago lo que me dicen			
27	a) Me llevo bien con la gente			
	b) Me peleo muchas veces.			
	c) Me peleo siempre			

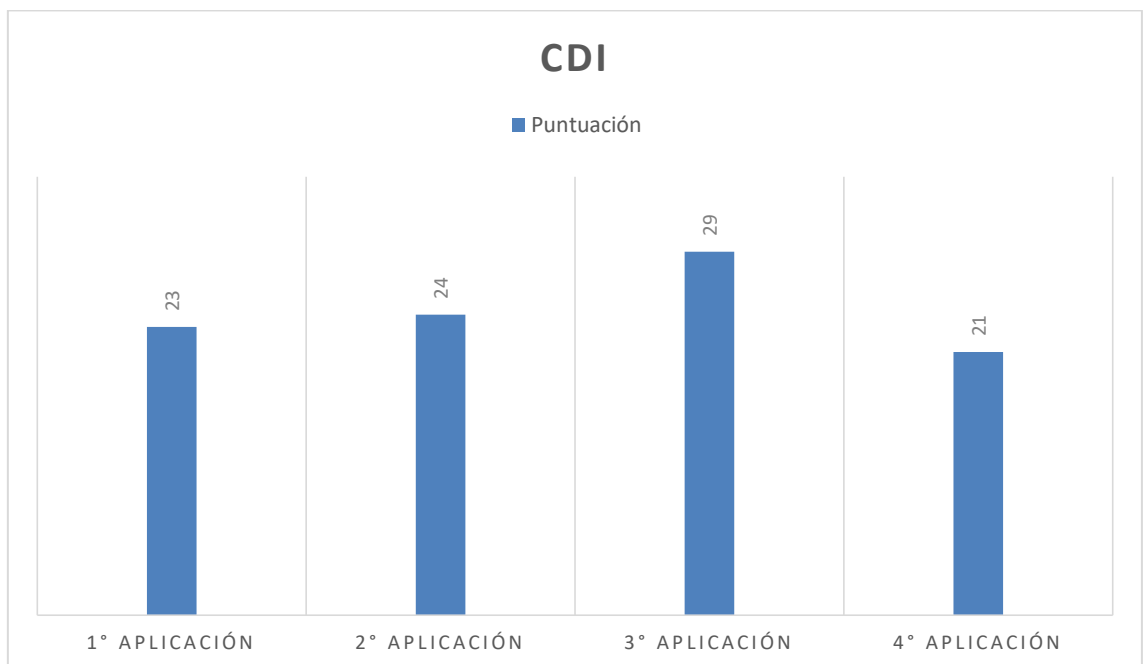
En la primera aplicación del CDI, el paciente obtuvo una puntuación de **32**, lo cual indica que existe una **depresión moderada**, siendo 19 el punto de corte y 59 la puntuación máxima. Se le preguntó al paciente que si este estado de ánimo era constante a lo que respondió que siempre se siente así.

En la aplicación del CDI, el paciente obtuvo una puntuación de **24**, lo cual indica que existe una **depresión leve**, siendo 19 el punto de corte y 59 la puntuación máxima. Se le preguntó al paciente que si este estado de ánimo era constante a lo que respondió que siempre se siente así.

En la tercera aplicación del CDI, el paciente obtuvo una puntuación de **29**, lo cual indica que existe una **depresión moderada**, siendo 19 el punto de corte y 59 la puntuación máxima. Se le preguntó al paciente que si este estado de ánimo era constante a lo que respondió que siempre se siente así.

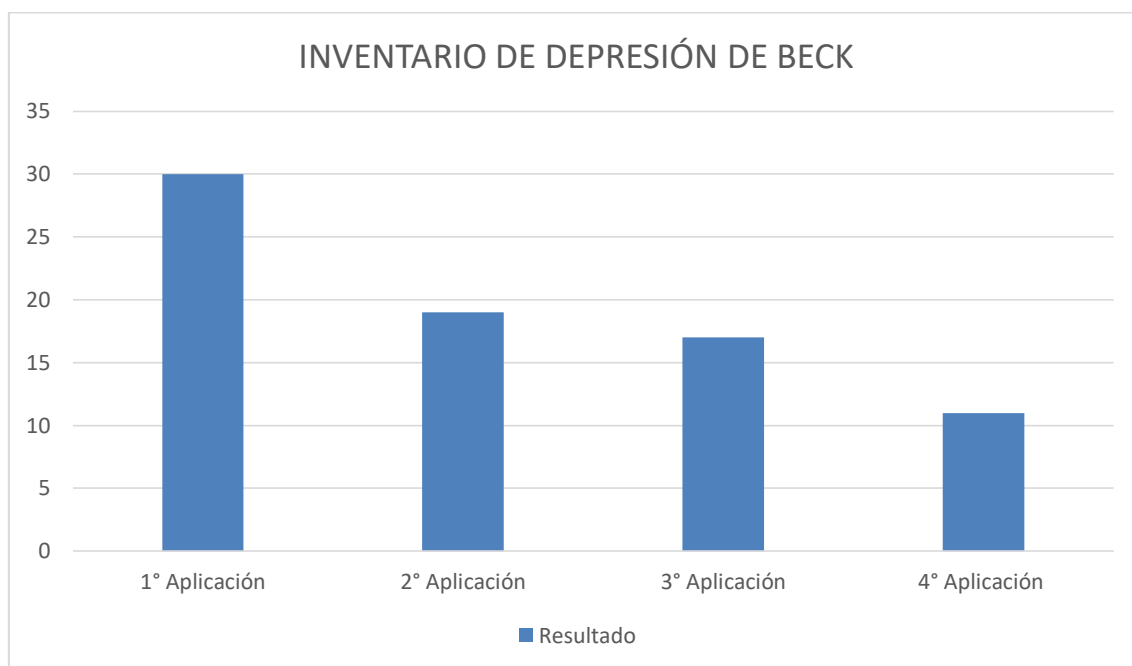
En la cuarta aplicación del CDI, el paciente obtuvo una puntuación de **22** lo cual indica que existe una **depresión leve**, siendo 19 el punto de corte y 59 la puntuación máxima. El paciente afirma que últimamente se ha sentido mejor en cuanto a su estado de ánimo se refiere.

Grafica 4. Evaluación CDI



INVENTARIO PARA LA DEPRESIÓN DE AARON BECK (Beck Depression Inventori, Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979)

Grafica 5. Inventario para la depresión de Aaron Beck



En la gráfica se puede observar cómo va disminuyendo los síntomas depresivos presentes en EDD, desde la primera aplicación a la última se ve una disminución de 19 puntos, pasando de depresión grave a depresión leve.

CUESTIONARIO “PCRI” FORMATO DE LA MADRE SOBRE EL NIÑO

Tabla 7. Cuestionario PCRI formato de la madre sobre el niño

PCRI – MADRE, PRIMERA APLICACIÓN					
Subescala	No. Items	P. max	Media	PD	Dif
Apoyo materno	9	36	23,75	13	-10,75
Satisfacción con la crianza	10	40	34,26	32	-2,26
Compromiso	14	56	46,66	29	-17,66
Comunicación	9	36	30,54	25	-5,54
Disciplina	12	48	31,42	15	-16,42
Autonomía	10	40	25,36	17	-8,36
Distribución de Roles	9	36	26,73	22	-4,73
Deseabilidad Social	5	20	13,85	19	5,15

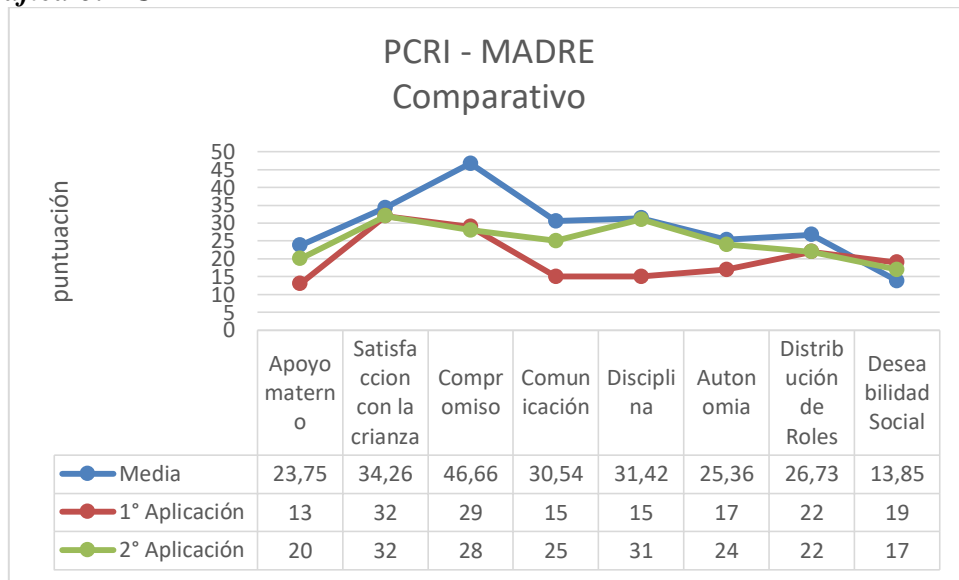
Tabla 8. PCRI- Madre segunda aplicación

PCRI – MADRE, SEGUNDA APLICACIÓN					
Subescala	No. Items	P. max	Media	PD	Dif
Apoyo materno	9	36	23,75	20	-3,75
Satisfacción con la crianza	10	40	34,26	32	-2,26
Compromiso	14	56	46,66	28	-18,66

Implicaciones en el TDAH sin adherencia al tratamiento: Caso único adolescente de 15 años

Comunicación	9	36	30,54	15	-15,54
Disciplina	12	48	31,42	31	-0,42
Autonomía	10	40	25,36	24	-1,36
Distribución de Roles	9	36	26,73	20	-6,73
Deseabilidad Social	5	20	13,85	17	3,15

Grafica 6. PCRI- MADRE



En la gráfica comparativa se puede observar como la percepción de la madre frente a la crianza y la relación con el paciente mejora considerablemente, especialmente en aspectos como la comunicación, la disciplina, la autonomía y el apoyo materno. A pesar de que las puntuaciones mejoraron con respecto a la primera aplicación, éstas siguen estando por la media, lo cual indica que se debe seguir trabajando en fortalecer las relaciones intrafamiliares, para que dichas percepciones cualitativamente, lleguen a estar cerca de la media.

De acuerdo con los modelos de crianza propuestos por Baumrin (1991, 2001) las puntuaciones elevadas en cada una de las celdas del PCRI – M, indican una buena crianza y estarían en la línea del modelo autorizado. Por el contrario, las bajas puntuaciones denotan que los padres tienen problemas para llevar a cabo la crianza de forma adecuada y se identificaría con el modelo autoritario

**CUESTIONARIO DE DISTORSIONES COGNITIVAS PARA NIÑOS (CDCN -1)
(F. Bas, 1986)**

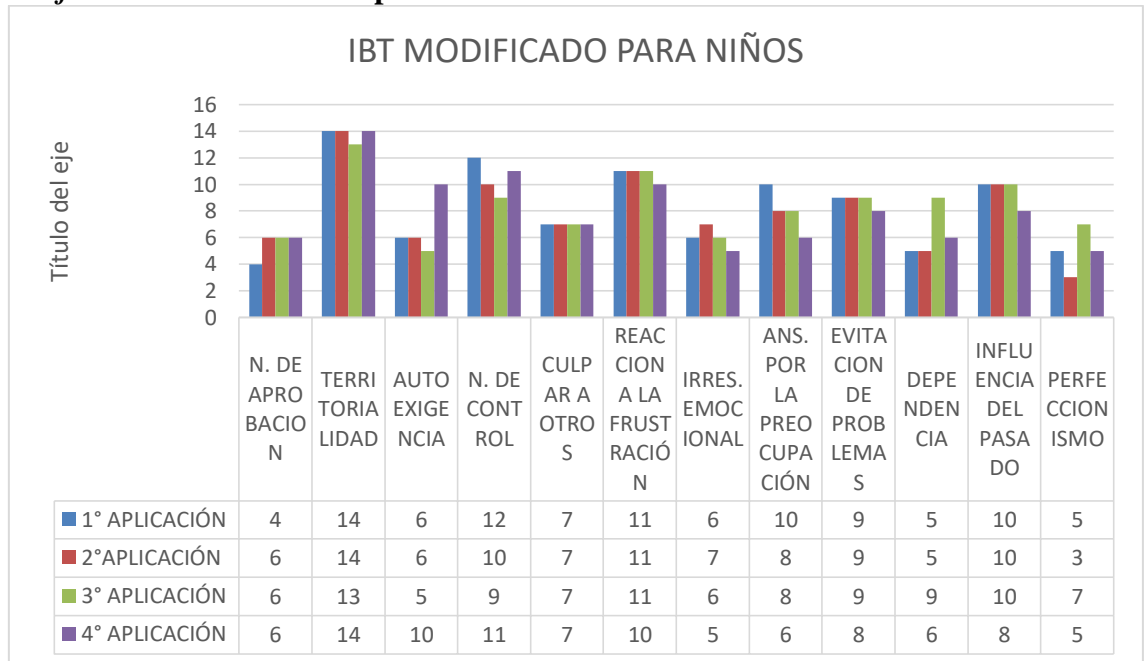
Tabla 9. Cuestionario de distorsiones cognitivas para niños

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

Tabla 10. IBT modificado para niños

IBT MODIFICADO PARA NIÑOS					
<u>CREENCIAS IRRACIONALES</u>	<u>MEDIA</u>	<u>PUNTUACIÓN</u>	<u>SEGUNDA APLICACIÓN</u>	<u>TERCERA APLICACIÓN</u>	<u>CUARTA APLICACIÓN</u>
<u>NECESIDAD DE APROBACIÓN</u>	7.8	4	6	6	6
<u>TERRITORIALIDAD</u>	10.7	14	14	13	14
<u>AUTOEXIGENCIA</u>	8.3	6	6	5	10
<u>NECESIDAD DE CONTROL</u>	7.1	12	10	9	11
<u>CULPAR A OTROS</u>	8.6	7	7	7	7
<u>REACCIÓN A LA FRUSTRACIÓN</u>	10.0	11	11	11	10
<u>IRRESPONSABILIDAD EMOCIONAL</u>	5.3	6	7	6	5
<u>ANSIEDAD POR LA PREOCUPACIÓN</u>	8.7	10	8	8	6
<u>EVITACIÓN DE PROBLEMAS</u>	6.9	9	9	9	8
<u>DEPENDENCIA</u>	9.0	5	5	9	6
<u>INFLUENCIA DEL PASADO</u>	6.9	10	10	10	8
<u>PERFECCIONISMO</u>	6.5	5	3	7	5

Grafica 7. IBT modificado para niños



CUESTIONARIO DE CREENCIAS CENTRALES

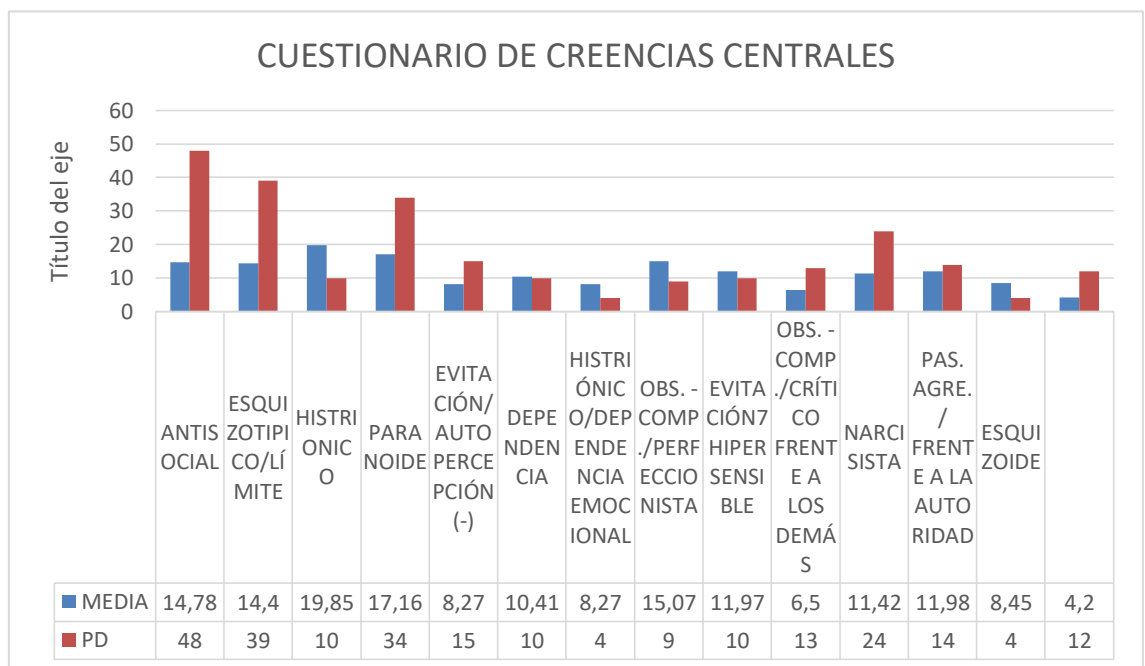
Tabla 11. Cuestionario de creencias centrales

P.D.	Percentil	Percentil	Percentil	MEDIA	DES.ESTANDAR
------	-----------	-----------	-----------	-------	--------------

Implicaciones en el TDAH sin adherencia al tratamiento: Caso único adolescente de 15 años

	25	50	75			
F1: antisocial	48	10	13	18	14,78	6,73
F2: esquizotípico / límite	39	9	12	17	14,4	6,84
F3: histriónico patrón seductor	10	15	20	24	19,85	6,5
F4: paranoide	34	12	17	21	17,16	6,75
F5: evitación / autopercepción negativa	15	5	7	10	8,27	3,67
F6: dependencia	10	7	9	13	10,41	4,91
F7: histriónico / dependencia emocional	4	8	12	16	8,27	3,68
F8: obsesivo compulsivo / perfeccionista	9	11	15	19	15,07	4,82
F9: evitación / hipersensible	10	8	11	15	11,97	4,97
F10: obsesivo compulsivo / crítico frente a los demás	13	4	6	8	6,5	3,4
F11: narcisista	24	8	11	15	11,42	4,73
F12: pasivo agresivo / temor a ser dominado	14	9	12	15	11,98	3,94
F13: pasivo agresivo / crítico frente a la autoridad	4	6	8	11	8,45	3,58
F14: esquizoide	12	2	4	6	4,2	2,38

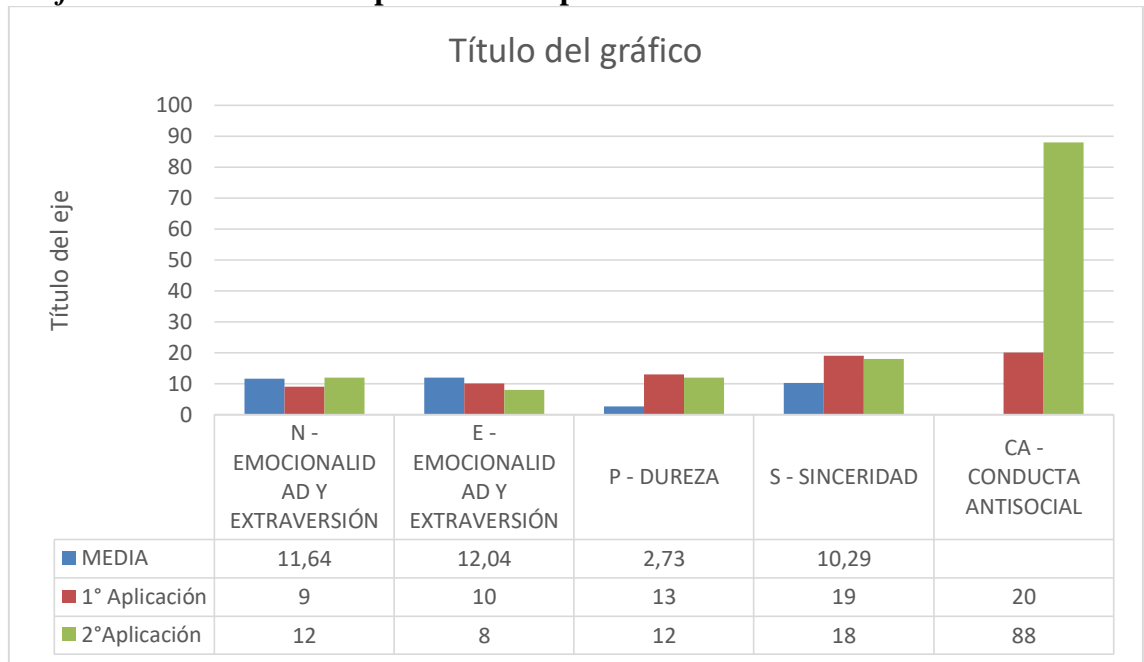
Grafica 8. Cuestionario de creencias centrales



En la puntuación obtenida en la aplicación de CCE, se evidencia la alta puntuación que presenta el paciente en cuanto a las características de personalidad antisocial, seguido a ello, se encuentran las características del trastorno límite de personalidad.

EPQ – J. CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD PARA NIÑOS

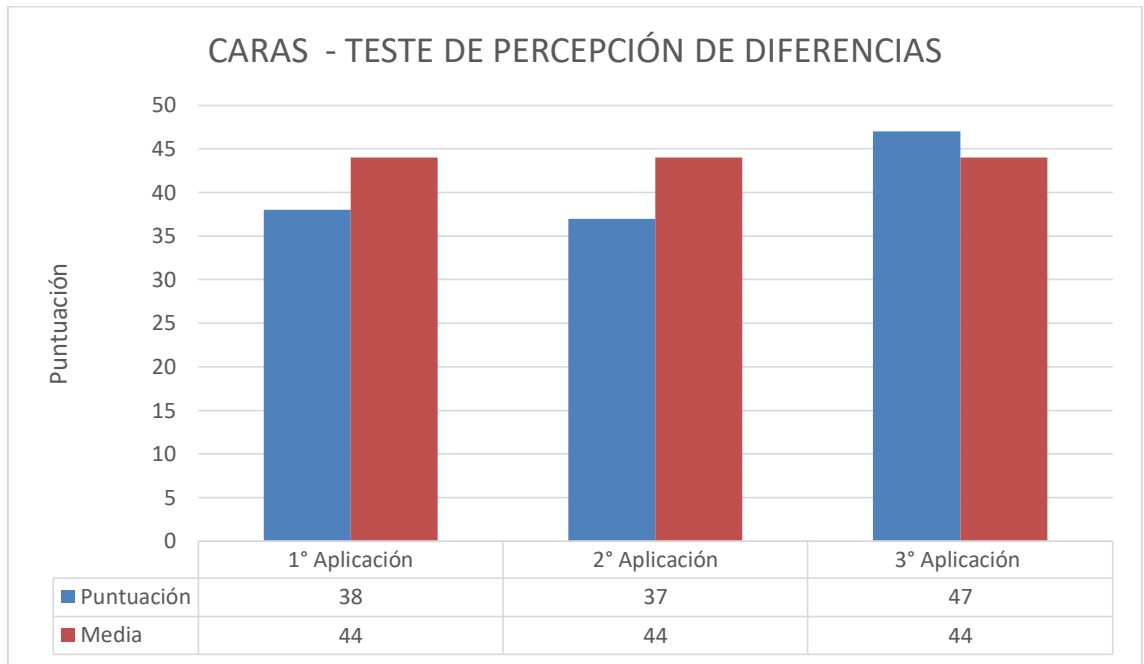
Grafica 9. Cuestionario de personalidad para niños



El paciente puntúa dentro de la media en las escalas que apuntan a la emocionalidad y la extraversión, lo que indica que no presenta ansiedad, cambios de humor frecuentes o síntomas depresivos, y que además de ello. Se puede definir como solitario, despreocupado de las personas, crea problemas a los demás y no compagina con los otros fácilmente; puede ser cruel, inhumano e insensible, y tener falta de sentimientos y empatía; se muestra hostil, incluso con los más íntimos, y agresivo, incluso con las personas amadas. El paciente es propenso a la conducta antisocial, que puede llegar en el extremo superior a una actuación propiamente criminal.

CARAS – TEST DE PERCEPCIÓN DE DIFERENCIAS

Grafica 10. Caras- Test de percepción de diferencias



En la gráfica, se observa como los índices perceptivos y emocionales en las dos primeras aplicaciones se encuentran por debajo de la media esperada, denotando esto, la presencia de síntomas impulsivos e incontrolabilidad conductual en el paciente. En la última barra, se observa como en nivel atencional mejora, superando la puntuación la media esperada para el resultado del test, indicando de éste modo, la impulsividad se ha reducido en cierta medida, mejorando de este modo la percepción y la atención

5.8.FACTORES DE DESARROLLO

Tabla 12. Factores de desarrollo

PROBLEMAS	FACTORES DE PREDISPOSICIÓN	FACTORES ADQUISITIVOS	FACTORES DESENCADENANTES	FACTORES DE MANTENIMIENTO
P1: Problemas de conducta	BIOLÓGICO: antecedentes de TDAH en la familia materna PSICOLÓGICO: TDAH no diagnosticado y tratado. Baja tolerancia a la frustración. Deficit en el control de impulsos. Poca introspección SOCIAL: desplazamiento forzoso FAMILIAR: Pautas de crianza flexibles.	Exposición a eventos traumáticos y estresores. Relación conflictiva con su padre. Aprendizaje por observación.	DISTAL: Desplazamiento forzoso. características personales PROXIMAL: la inclusión en una pandilla	Baja tasa de castigos. Baja tasa de refuerzos positivos.
P2: Dificultades en las relaciones interpersonales	BIOLÓGICO: no presenta PSICOLÓGICO: Violencia en el hogar. Distorsiones cognitivas. Estilo atribucional interno negativo. Baja tasas de refuerzos	Cambio frecuente del espacio escolar. Relación distante con la familia	DISTAL: características personales. Cambio constante de colegio. PROXIMAL: Ruptura de una relación amorosa.	Escasas relaciones sociales. Actitud frente al establecimientos de nuevas relaciones. (interacción social restringida)

	<p>positivos. Poca introspección SOCIAL: poco interés por establecer relaciones FAMILIAR: Inestabilidad familiar (relación conflictiva con el padre, la madre y la hermana).</p>			<p>Rechazo presente por parte de los profesores, compañeros de la escuela y comunidad vecina.</p>
--	--	--	--	---

5.11.EVALUACIÓN MULTIAXIAL

DSM –IV- TR

EJE I: F91.8 Trastorno disocial [312.81]

Tipo de inicio infantil

Con falta de remordimiento o culpabilidad.

Grave.

F90.0 Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo [314.01]

Eje II: características del Trastorno Antisocial de la personalidad

Eje III: aplazado

Eje IV: Problemas relativos al ambiente social.

Otros problemas psicosociales y ambientales.

Eje V: 20 INICIO DE PROCESO

80: ACTUAL

DSM – V:

F 91.1 Trastorno de la conducta, tipo de inicio infantil [321.8]

6.12.DIAGNOSTICO DIFERENCIAL SEGÚN DSM –IV –TR

Trastorno negativista desafiante. El trastorno de conducta y el trastorno negativista desafiante se relacionan ambos con síntomas que llevan al individuo a conflictos con personas adultas y con otras figuras de autoridad (p. ej., padres, profesores, supervisores en el trabajo). Los comportamientos del trastorno negativista desafiante son generalmente de una naturaleza menos grave que los que se dan en los individuos con trastorno de conducta y no incluyen la agresión a personas o animales, la destrucción de la propiedad, ni un patrón de robos o engaños. Además, el trastorno negativista desafiante incluye problemas de desregulación emocional (humor irritable y

enfadado) que ríe se incluyen en la definición del trastorno de conducta. Cuando se cumplen los criterios de ambos trastornos, pueden darse a su vez los dos diagnósticos.

Trastorno por déficit de atención/hiperactividad. Aunque los niños con TDAH a menudo manifiestan un comportamiento impulsivo e hiperactivo que puede resultar disruptivo, este comportamiento no vulnera por sí mismo las normas sociales o los derechos de otros, por lo que no suelen cumplir los criterios del trastorno de conducta. Cuando se cumplen los criterios de ambos trastornos, deben darse a su vez los dos diagnósticos.

Trastornos depresivo y bipolar. La irritabilidad, la agresión y los problemas de conducta pueden darse en niños o adolescentes con trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar o trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo. Los problemas de comportamiento asociados a estos trastornos del estado de ánimo pueden normalmente distinguirse del patrón de problemas conductuales observado en el trastorno de conducta por su curso. En concreto, las personas con trastorno de conducta mostrarán niveles sustanciales de problemas de conducta agresiva o no agresiva durante periodos de tiempo en los que no hay una alteración del estado de ánimo, ya sea históricamente (antecedentes de problemas de conducta previos al inicio de la alteración del humor) o concurrentemente (presentar problemas de conducta premeditados y que no se producen durante los periodos de excitación emocional intensa). En esos casos en los que se cumplen los criterios del trastorno de conducta y del trastorno del estado de ánimo, pueden darse los dos diagnósticos.

Trastorno explosivo intermitente. Tanto el trastorno de conducta como el trastorno explosivo intermitente implican un alto grado de agresividad. Sin embargo, la agresividad de los individuos con trastorno explosivo intermitente se limita a agresiones impulsivas que no son premeditadas y no se realiza con la intención de satisfacer algún objetivo tangible (p. ej., dinero, poder, intimidación). Además, el trastorno explosivo intermitente no incluye los síntomas no agresivos del trastorno de conducta. Si se cumplen los criterios de ambos trastornos, debería darse un diagnóstico de trastorno explosivo intermitente solamente en el caso de que los arrebatos agresivos impulsivos recurrentes requieran una atención clínica independiente.

Trastornos de adaptación. El diagnóstico de trastorno de adaptación (con alteración de la conducta o con alteración mixta de las emociones y la conducta) debería considerarse si se producen, problemas, de conducta clínicamente significativos que no cumplen los criterios de otro trastorno específico en clara asociación con el inicio de un factor estresante psicosocial y no se resuelven dentro de los 6 meses después de que cese el factor estresante (o sus consecuencias). El trastorno de conducta solamente se diagnostica cuando los problemas de conducta representan un patrón repetitivo y persistente que se asocia a deterioro en áreas del funcionamiento social, académico o laboral.

Comorbilidad, según DSM-IV-TR

Tanto el TDAH como el trastorno negativista desafiante son frecuentes en los individuos con trastorno de conducta y esta presentación comórbida predice los peores resultados. Los individuos que muestran características de personalidad de un trastorno asociado de la personalidad antisocial a menudo vulneran los derechos básicos de los demás o infringen las normas sociales propias de la edad; en consecuencia, su patrón de

comportamiento a menudo cumple los criterios del trastorno de conducta. El trastorno de conducta puede ser concurrente con uno o más de los siguientes trastornos mentales: trastorno específico del aprendizaje, trastornos de ansiedad, trastornos depresivo y bipolar, y trastornos por consumo de sustancias. Los logros académicos, particularmente en lectura y otras habilidades verbales, a menudo están por debajo del nivel esperado para la edad y la inteligencia, y pueden justificar el diagnóstico adicional de trastorno específico del aprendizaje o trastorno de la comunicación.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL, SEGÚN DSM-V

Trastorno negativista desafiante. El trastorno de conducta y el trastorno negativista desafiante se relacionan ambos con síntomas que llevan al individuo a conflictos con personas adultas y con otras figuras de autoridad (p. ej., padres, profesores, supervisores en el trabajo). Los comportamientos del trastorno negativista desafiante son generalmente de una naturaleza menos grave que los que se dan en los individuos con trastorno de conducta y no incluyen la agresión a personas o animales, la destrucción de la propiedad, ni un patrón de robos o engaños. Además, el trastorno negativista desafiante incluye problemas de desregulación emocional (humor irritable y enfadado) que no se incluyen en la definición del trastorno de conducta. Cuando se cumplen los criterios de ambos trastornos, pueden darse a su vez los dos diagnósticos.

Trastorno por déficit de atención/hiperactividad. Aunque los niños con TDAH a menudo manifiestan un comportamiento impulsivo e hiperactivo que puede resultar disruptivo, este comportamiento no vulnera por sí mismo las normas sociales o los derechos de otros, por lo que no suelen cumplir los criterios del trastorno de conducta. Cuando se cumplen los criterios de ambos trastornos, deben darse a su vez los dos diagnósticos.

Trastornos depresivo y bipolar. La irritabilidad, la agresión y los problemas de conducta pueden darse en niños o adolescentes con trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar o trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo. Los problemas de comportamiento asociados a estos trastornos del estado de ánimo pueden normalmente distinguirse del patrón de problemas conductuales observado en el trastorno de conducta por su curso. En concreto, las personas con trastorno de conducta mostrarán niveles sustanciales de problemas de conducta agresiva o no agresiva durante períodos de tiempo en los que no hay una alteración del estado de ánimo, ya sea históricamente (antecedentes de problemas de conducta previos al inicio de la alteración del humor) o concurrentemente (presentar problemas de conducta premeditados y que no se producen durante los períodos de excitación emocional intensa). En esos casos en los que se cumplen los criterios del trastorno de conducta y del trastorno del estado de ánimo, pueden darse los dos diagnósticos.

Trastorno explosivo intermitente. Tanto el trastorno de conducta como el trastorno explosivo intermitente implican un alto grado de agresividad. Sin embargo, la agresividad de los individuos con trastorno explosivo intermitente se limita a agresiones impulsivas que no son premeditadas y no se realiza con la intención de satisfacer algún objetivo tangible (p. ej., dinero, poder, intimidación). Además, el trastorno explosivo intermitente no incluye los síntomas no agresivos del trastorno de conducta. Si se cumplen los criterios de ambos trastornos, debería darse un diagnóstico de trastorno explosivo intermitente solamente en el caso de que los arrebatos agresivos impulsivos recurrentes requieran una atención clínica independiente.

Trastornos de adaptación. El diagnóstico de trastorno de adaptación (con alteración de la conducta o con alteración mixta de las emociones y la conducta) debería considerarse si se producen problemas de conducta clínicamente significativos que no

cumplen los criterios de otro trastorno específico en clara asociación con el inicio de un factor estresante psicosocial y no se resuelven dentro de los 6 meses después de que cese el factor estresante (o sus consecuencias). El trastorno de conducta solamente se diagnostica cuando los problemas de conducta representan un patrón repetitivo y persistente que se asocia a deterioro en áreas del funcionamiento social, académico o laboral.

Comorbilidad, según DSM-V

Tanto el TDAH como el trastorno negativista desafiante son frecuentes en los individuos con trastorno de conducta y esta presentación comórbida predice los peores resultados. Los individuos que muestran características de personalidad de un trastorno asociado de la personalidad antisocial a menudo vulneran los derechos básicos de los demás o infringen las normas sociales propias de la edad; en consecuencia, su patrón de comportamiento a menudo cumple los criterios del trastorno de conducta. El trastorno de conducta puede ser concurrente con uno o más de los siguientes trastornos mentales: trastorno específico del aprendizaje, trastornos de ansiedad, trastornos depresivo y bipolar, y trastornos por consumo de sustancias. Los logros académicos, particularmente en lectura y otras habilidades verbales, a menudo están por debajo del nivel esperado para la edad y la inteligencia, y pueden justificar el diagnóstico adicional de trastorno específico del aprendizaje o trastorno de la comunicación.

6.13. CONCEPTUALIZACIÓN COGNITIVA

Tabla 13. Conceptualización cognitiva

Datos relevantes de la infancia	
<ul style="list-style-type: none"> - Desplazamiento forzoso - Exposición a eventos traumáticos y estresores 	
Esquema Nuclear	
Abandono – desamor	
Reglas	Creencias
“tengo que actuar siempre perfectamente” “no puedo mostrarme	“Si me muestro débil, entonces no me temerán” “tener sentimientos es señal de

débil” “siempre tengo que tener el control”	debilidad” “los amigos y la familia no sirven para nada” “todos los pequeños me deben tener miedo, siempre debo ser temible” “si la gente no me tienen miedo entonces no sirvo como sicario, y eso sería terrible”	
Suposiciones Condicionales		
Positivas.	Negativas	
Si los demás me temen entonces no me molestarán	Si le demuestro cariño a alguien, entonces creerán que soy débil	
Estrategias compensatorias		
Evitar establecer lazos emocionales. Evitar pedir ayuda. Tratar de controlar las situaciones. Actuar de manera autoritaria. Distanciarse de los otros. Ser autocomplaciente. Infundir miedo.		
Pegarle a los niños pequeños	Matar a los animales pequeños y medianos	No obedecer en su hogar
“Me tiene que respetar y temer”	“Todo lo que es pequeño tiene que sufrir”	“Obedecer es para tontos y débiles”
Magnificación	Falacia de control. – Territorialidad	Autonomía
Goce	Goce sin expectativa de culpa	Alegría
Reírse de los niños mientras éstos lloran	Mostrar los animales muertos a las personas que tiene cerca	Salir de la casa sin hacer lo que se le solicita

6.14.FORMULACIÓN CLINICA:

Según el DSM-V (2014), el trastorno de la conducta es un patrón de comportamiento persistente y repetitivo en el que no se respetan los derechos básicos de otros, ni las normas o reglas sociales propias de la edad; Los individuos con trastorno de conducta a menudo inician un comportamiento agresivo y reaccionan violentamente ante otras personas. Pueden tener un comportamiento de acoso, amenaza o intimidación (incluido el acoso mediante mensajes en las redes sociales). EDD, es un paciente de 15 años de edad, que presenta comportamientos disruptivos frente a todas las esferas del desarrollo, presentando de este modo, malestar significativo en las personas que los rodean, sobre todo en el núcleo familiar.

Dentro de los comportamientos presentados por el joven se encuentran el maltrato prolongado y reiterativo a los niños menores que él en la institución educativa en la cual estudia, provocando en ellos, hematomas, raspadas y dolores de gran umbral, dicha situación se presenta de manera frecuente y los padres de los pequeños, los docentes de la institución y la familia del EDD se encuentran realmente preocupados por dichos comportamientos, además de esto, el menor presenta conducta de maltrato a animales pequeños, los cuales son matados por él, con la ayuda de trozos de madera, piedra o con patadas propiciadas por el mismo paciente. Esta última situación le ha causada malestar significativo a las personas que se han dado cuenta de dicha situación, acusándolo de vándalo, integrante de sectas satánicas y loco evidenciándose ésta conducta como el primer problema presentado por el paciente. Estos patrones de conducta suelen incluir tanto comportamientos perturbadores como comportamientos agresivos, que hacen referencia a comportamientos como agresiones hacia los demás y hacia los objetos, falta de honradez, robos, hacer novillos, mentir, escaparse de casa o consumir alcohol u otras drogas (Reynolds y Kamphaus, 2004).

Estos comportamientos conducen al segundo problema específico en el paciente el cual se centra en la restricción en la interacción social, con presencia de relaciones limitadas a una novia con la cual tuvo una relación amorosa por cierto tiempo (3 meses) y actualmente con los integrantes de una pandilla a la cual pertenece y en la que se desenvuelve como “mosca” mientras los otros miembros se dedican al robo de accesorios vehículos de bajo cilindraje (motos) y partes de bicicletas del municipio en el cual reside. Afirma que su pertenencia es este grupo es para ganar mas respeto y temor del que ya se ha ganado por causa de sus comportamientos y acciones, actuando esto como un factor de mantenimiento de ambos problemas.

Todas estas situaciones han sido permanentes en el tiempo y la historicidad del paciente demuestra que la conducta ha aumentado con el pasar de los años. Esto se confirma con la entrevista realizada a los padres del menor.

Por todo lo anteriormente mencionado, se evidencia en el paciente sintomatología de tipo disocial, caracterizado por la dificultad presentada por el paciente en el control de los impulsos, los cuales se caracterizan por las explosiones de agresividad y la manera en cómo la neutraliza (pegando a las demás personas, especialmente a los más pequeños, tirando y rompiendo cosas) presencia de conductas delictivas, dificultad en el establecimiento de las relaciones interpersonales, todo esto, con el fin de mantener su idea de grandiosidad y de inspirar miedo a las personas que lo rodean.

De acuerdo a los encuentros terapéuticos tenidos con el paciente, en primera instancia las expectativas son bajas, pues no acude a sesión de manera voluntaria, sino por presión de la familia frente a quejas y procesos legales instaurados en contra del paciente. Desde este punto, las expectativas presentadas por la madre del paciente son altas, ya que son conscientes de que su hijo tiene un problema que a largo plazo le puede causar inconvenientes legales más complicadas, la cárcel o la muerte, y es algo a los que ellos no están dispuestos. En cuanto a las expectativas presentadas por el padre, son moderadas, ya que desea ayudar a su hijo, pero sabe que él no tiene el interés en incorporarse a un proceso terapéutico, sin embargo reconoce y acepta el problema comportamental de su hijo y se muestra colaborador frente a las necesidades de apoyo que requiera su hijo. En sesiones posteriores se le pide al paciente que exprese sus expectativas que tienen frente al proceso, a lo cual responde que no le interesa, pero que lo hace por compromiso con su madre, quien le pidió con mucho amor asistir a terapia, a pesar de ello, el paciente se compromete a realizar las actividades y asistir puntual y responsablemente a las sesiones establecidas para el proceso.

Las pruebas que avalan la importancia de los factores genéticos como causa del Trastorno Disocial son muy escasas y deben tomarse con mucha cautela. Rutter, Macdonald, Le Couteur, Harrington, Bolton y Baily (1990) señalan que la influencia genética puede determinar la aparición de problemas de conducta en la medida en que se pueden heredar algunas características como la constitución física o la sensibilidad a determinadas sustancias, que al interaccionar con factores sociales y familiares favorezcan la aparición de estos problemas. Algunos estudios respaldan que la genética puede estar detrás del desarrollo del Trastorno Disocial. Así, los estudios de Plomin (1990) llevados a cabo con gemelos encontraron una mayor tasa de concordancia entre gemelos monozigóticos cuando se compararon con gemelos dizigóticos en cuanto a tasas de delincuencia y problemas de comportamiento. En este sentido, se encuentra presencia de antecedentes de TDAH en varios miembros de la familia, algunos cuentan con historia de tratamiento, y otros, solo controles psicoeducativos. Cabe resaltar que gran parte de la familia del paciente, vive en zonas de alto riesgo, en las cuales se evidencia alto índice de violencia, incrementando los signos y síntomas de este tipo de trastornos. Sumado a esto, actuando como un factor psicológico, se tiene que EDD fue diagnosticado hace varios años con TDAH, sin embargo, los familiares a cargo del paciente, no siguieron con las indicaciones y recomendaciones expuestas por el profesional, dando como resultado, un curso largo del trastorno sin tratamiento, evidenciando así poco control sobre las conductas disruptivas del menor.

La importancia que tiene en la historicidad del problema del paciente, son los antecedentes de desplazamiento forzoso, en la cual se evidenciaron escenas de muertes, maltratos, violencia contra una población específica, comportamientos que en la actualidad, EDD repite con niños pequeños y animales, con ausencia de culpa y

mostrando gran gozo ante las conductas ejecutadas, actuando de éste modo como un predisponente de tipo social.

Wicks-Nelson e Israel (2001) plantean cuatro grandes campos de influencia: las interacciones entre padres e hijos: la manera en que los padres interactúan con los hijos en aspectos como la supervisión o las prácticas disciplinarias es un elemento importante para el desarrollo de los problemas de conducta; las influencias extrafamiliares: la relación entre los problemas de conducta y determinados estresores externos al círculo familiar como el trabajo, los acontecimientos vitales, los problemas económicos o de salud, etc., a través del establecimiento de una prácticas de crianza inadecuadas, que además son transmitidas de una generación a otra; las psicopatologías presentes en los padres: además de los factores extrafamiliares, la presencia en los padres de alguna psicopatología también ejerce un cierto efecto sobre sus prácticas de crianza. Como ejemplo de esta relación, se puede decir que los padres con problemas de conducta manifiestan prácticas de crianza asociadas con el desarrollo de comportamientos disociales en los hijos como por ejemplo un bajo nivel de compromiso con los hijos (Capaldi y Patterson, 1991); y las desavenencias matrimoniales: el conflicto entre los padres, el divorcio, las agresiones entre los propios padres, etc. están relacionadas con una mayor prevalencia de trastornos de conducta en los hijos. Esta relación es explicada por la interferencia entre estos problemas y las prácticas de crianza. Dentro de la dinámica de la familia existe poco respeto y no se evidencia con claridad quien o quienes ejercen la autoridad o pautan las reglas dentro del hogar, ya que EDD tiene conductas gresivas y déspotas con sus padres y su hermana en cualquier ámbito social, situaciones en las cuales no se evidencian llamados de atención, restricciones o castigos, permitiendo de este modo que la conducta sea más fácil de ejecutar nuevamente en situaciones nuevas o similares.

EDD, desde pequeño ha sido expuesto, no precisamente de manera intencional, a eventos estresores de alto grado de violencia, lo cual pueden generar trauma en cualquier persona, como primer evento, se tiene el desplazamiento forzoso por parte de grupos al margen de la ley en el corregimiento donde habitaba con sus padres, en dicho desplazamiento, tuvo que presenciar, desalojos, quemas de casas, muertes de personas cercanas y conocidas, muerte de animales, suicidios y además desalojo de su propiedad. Esta situación se repite, en menor intensidad, en el nuevo lugar que los padres escogieron para vivir, pues se desplazaron a un municipio con altos niveles de delincuencia, y que hasta hace algunos años, estaba catalogado como zona roja por causa de los asesinatos recurrentes, la extorsión y los robos reiterativos. La violencia intrafamiliar, la cual se da entre los padres del paciente, dicha violencia no trasciende a las agresiones físicas, se mantienen en el ámbito berval/psicológico, donde hay una cantidad considerable de insultos y contraposiciones respecto a temas de importancia, como la economía del hogar, la educación de los hijos, y tareas del diario vivir, como la alimentación, el vestir, etc. También se evidencia violencia del padre respecto a los hijos, ya que tiene una jornada laboral exigente, y no dedica tiempo de calidad a compartir o conocer profundamente a sus hijos, y en los espacios que tiene para compartir con ellos, se limita al saludo o en ocasiones a regañarlos por sus actos durante un tiempo determinados. En el paciente se evidencian distorsiones cognitivas de tipo grandioso, calificándose a si mismo como una persona casi perfecta y a la que los demás le deben respeto y temor. Además, el menor se describe como una persona mala, pero que por ser mala merece todo lo que él desea o se proponga conseguir, es decir llegar al fin sin importarle en lo absoluto el medio. una de las características de la reactividad excesiva, que incrementa su poder predictivo respecto a los problemas de comportamiento es su relación con otras variables del estilo parental que a su vez están

relacionadas con los problemas de conducta, como la negligencia, la coerción o la falta de benevolencia (Prinz et al., 2004).

Además del desplazamiento forzoso, se evidencia también las características personales del menor, que se han caracterizado desde su infancia por la agresión a pares o niños más pequeños – situación que se ha incrementado en el último año -, y por evitación, esta entendida como disgusto por interactuar con otras personas, mas que por un esquema de inferioridad. Como factor proximal, se tiene que el menor pertenece a un “grupo de amigos rebeldes” (pandilla) hace algunos meses, en la cual no realizan actividades recreativas y edificantes, sino que, por el contrario, han iniciado conductas de robo en pequeñas proporciones, tales como conos de bicicletas, pequeñas cantidades de dinero (entre \$3.000 y \$10.000), espejos de carros y motos, objetos de revenden en los talleres de motos o a personas que los estén necesitando. A partir de la inclusión en esta pandilla, el menor se ha mostrado más irritable, agresivo e incontrolado con respecto a sus conductas. Se indago acerca del consumo de SPA, a lo que EDD respondió negativamente, afirmando que él no se puede dejar controlar por nadie ni por nada, y las drogas controlan a las personas, ya que no direccionan los actos de la manera adecuada. En este sentido el afecto juega un papel importantísimo en el proceso descrito por la Teoría de la Coerción de Patterson (1982, 2002), ya que la carencia de afecto y la hostilidad por parte de los padres genera y mantiene conductas problemáticas en los niños y adolescentes, que provoca rechazo en los iguales normalizados y apego hacia los desviados (Buehler, 2006).

El castigo supone una manera de sancionar las conductas inadecuadas de los hijos que se encuadra dentro de un estilo disciplinario coercitivo por parte de los padres. Dada su connotación negativa, la mayoría de los autores coinciden en identificar al castigo, tanto físico como no físico como un factor de riesgo frente a los problemas de

conducta en los hijos, no sólo de un modo independiente, sino integrado en otros constructos más amplios relativos a un estilo parental reactivo e inefectivo (McCoy et al., 1999; Perepetchicova y Kazdin, 2004; Piffner et al., 2005; Ramírez Castillo, 2002). Esta relación también ha sido demostrada para otras variantes de la conducta problemática como es el consumo de alcohol (Pons y Berjano, 1997). No obstante, la relación entre un uso del castigo y la conducta disocial puede presentar algunas variaciones. En este sentido, el estudio desarrollado por Heaven et al. (2004) con chicos de 15 y 16 años, describió una relación directa entre el castigo físico por parte de los padres y las conductas problemáticas en los chicos, aunque esta relación no se daba en las chicas, donde ocurría lo contrario. En este sentido, la baja tasa de castigos presentados al menor, ya que como el mismo se describe, se comporta como un hombre libre, pues no tiene una figura de autoridad clara, esto debido a que las pautas de crianza son inflexibles y existe mucha desautorización frente a las normas y responsabilidades relacionados con los padres del paciente y el mismo, todo esto conlleva a una escases de castigos por las conductas asociadas, dando como resultado el incremento paulatino de algunos comportamientos que los vecinos y algunos padres de familia de las instituciones educativas donde ha estado, califican como criminales. Una manifestación clara de los problemas de conducta propios del Trastorno Disocial, sobre todo en la etapa de la adolescencia, es la que se basa en aspectos como la tendencia a la delincuencia, contemplando conductas como el hurto, los actos vandálicos, el contacto con sustancias ilegales, etc. Algunos trabajos empíricos también han señalado al afecto parental como una posible variable moduladora de estos problemas (p. e. Heaven et al., 2004; Reitz, Dekovic y Meijer, 2006). Sumado a la escases de castigos, la baja tasa de refuerzos positivos que ha recibido el paciente a lo largo de su vida, ya que por su actuar, siempre ha recibido tanto de su familia, como de personas externas, calificativos

negativos, los cuales él ha interiorizado de tal manera que se han convertido en su *modos vivendi*.

El constructo dificultad interpersonal se refiere a la evaluación del propio sujeto sobre el grado de dificultad experimentado al relacionarse con diferentes clases de personas, independientemente del origen de la dificultad (déficit en aserción, emociones como ansiedad o ira, creencias irracionales). El poco interés que presenta el paciente para iniciar relaciones afectivas estables y duraderas, ya que él en su discurso reporta que no le parece importante o relevante la interacción social, interpretando ésta como un factor de pérdida de reconocimiento o temor frente a los demás. Dicha actitud ha sido duradera a lo largo de la vida del paciente, motivo por el cual ya se convierte en un rasgo personal del mismo. Las dificultades interpersonales tienen consecuencias negativas para el adolescente. En primer lugar, repercuten en el rendimiento académico debido a la escasa participación en clase, a la resistencia a presentar trabajos en público y a la tendencia a evitar preguntar al profesor impidiendo la aclaración de dudas (Beidel, 1991; Francis y Radka, 1995; Lawrence y Bennet, 1992). En segundo lugar, la evitación de las relaciones con los compañeros genera aislamiento y sentimientos de soledad (Inderbitzen, Clark y Solano, 1992; Inderbitzen et al., 1997; Walters e Inderbitzen, 1998), y la correspondiente baja tasa de reforzamiento social origina depresión (Francis, Last y Strauss, 1992). Además de las características de la personalidad del paciente descritas anteriormente, es notorio que el cambio constante de instituciones educativas no propicia que EDD interactúe por mucho tiempo con las mismas personas, sobrecompensando la idea que presenta acerca de la poca necesidad que tiene de tener interacción social y la poca importancia que le da a las mismas. A pesar de que el paciente siempre se ha mostrado reacio al establecimiento de relaciones interpersonales, cabe resaltar que tuvo una relación amorosa que terminó hace algunos meses, y que

actualmente está actuando como factor desencadenante de temporalidad distal, ya que se le confirma la poca importancia que tiene para el las relaciones interpersonales, familiares y sentimentales.

Finalmente, el déficit de habilidades sociales concomitante conduce a una relación disfuncional con los padres, que impide la comunicación, negociación y resolución de conflictos de manera efectiva (Openshaw, Mills, Adams y Durso, 1992), y aumenta el riesgo de consumo de drogas legales e ilegales (Clark y Kirisci, 1996; Clark y Sayette, 1993). En este sentido, la relación distante que EDD posee con los integrantes de su familia, actúa como un factor desencadenante de la problemática del paciente, g la cual se vuelve extramural, debido a que el paciente externaliza ese comportamiento en todos los ámbitos de su vida (social, académico, afectivo),

A partir de lo anterior, se precisa trabajar con el paciente en la disminución las conductas desafiantes, agresivas e impulsivas tanto cognitivas como conductuales, entrenando al paciente en autocontrol, potenciando el pensamiento reflexivo, con el fin de mejorar sus niveles relacionales, intrafamiliares e interpersonales, fortaleciendo de éste modo la duración y la intensidad de las mismas, resaltando al tiempo, la importancia de pertenecer a grupos sociales enriquecedores, personal, social y afectivamente. Alternó a esta intervención, se trabajará en psicoeducación escolar y familiar, explicando y aclarando dudas acerca de la condición del paciente, obteniendo como resultado mejorar el rendimiento académico del paciente, siendo enfáticos en los cuidados y manejos adecuados en los diferentes entornos en los cuales se puede desenvolver EDD, en este mismo nivel, se pretende mejorar los niveles atencionales del paciente, con la ayuda de los docentes de la Institución Educativa, estableciendo estrategias y técnicas que permitan al paciente, incrementar el interés y por ende aumentar en cierta medida y paulatinamente los niveles atencionales del menor.

En última instancia, se pretende prevenir las conductas delictivas en el paciente, utilizando como estrategia la aceptación y el reconocimiento de elogios, con ayuda de la participación del paciente en grupos deportivos, mostrándole conductas viables que le podrán permitir obtener reconocimiento de una manera agradable para él y para las personas que lo observen, además de esto, se potencializa el uso y respeto por el otro, el cumplimiento de reglas, potenciar la espera, disminuyendo de este modo las conductas hiperactivas en EDD.

OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO

- Disminuir las conductas desafiantes, agresivas e impulsivas.
- Fortalecer las relaciones intrafamiliares e interpersonales.
- Mejorar el rendimiento académico
- Prevenir las conductas delictivas en el paciente
- Psico-educar al paciente, padres y profesores acerca de la condición del paciente, sus cuidados y el manejo adecuado en los diferentes entornos.
- Potenciar Pensamiento Reflexivo y Reducir Impulsividad cognitiva y conductual
- Mejorar los niveles atencionales.
- Entrenar al paciente en Autocontrol de conductas impulsivas y agresivas.

Tabla 14. Plan de intervención

Plan de intervención					
PROBLEMA	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	TECNICAS/ESTRATEGIAS	No. DE SESIONES	INDICADORES CLINICOS
Dificultad en el control de impulsos	Eliminar las conductas violentas y disruptivas del paciente	Concientizar a los padres, docentes y cuidadores acerca del TD y el manejo adecuado.	Psico-educación con respecto al tema dirigida a toda la familia primaria y cuidadores	1-2	Se espera que los padres adquieran un conocimiento adecuado, de como manejar la problemática del TD.
		Entrenar al paciente en Autocontrol de conductas impulsivas y agresivas.	Técnica de la Rueda de opciones para el control de la ira.	3-4-5	Teniendo en cuenta que el niño presenta una frecuencia de 20 conductas agresivas e impulsivas a la semana, se espera que su frecuencia disminuya a 5.
			Técnica del Semáforo		
Técnica de la Tortuga					
Técnica de Relajación Progresiva					
Potenciar Pensamiento Reflexivo y Reducir Impulsividad cognitiva y conductual	Tecnica PIAAR (Gargallo, 1993) 1. Demora Forzada. 2. Scannig. 3. Habla Interna. 4. Técnica de Resolución de Problemas	9-10-11	Se espera que el niño logre motivar el pensamiento reflexivo y reduzca la impulsividad cognitiva conductual.		

Implicaciones en el TDAH sin adherencia al tratamiento: Caso único adolescente de 15 años

		Controlar el movimiento, para poder mantener conductas adecuadas de acuerdo a las situaciones en las que interviene.	Técnica de Control de movimientos: Técnica del Robot (estatua, Stop)	12	Se espera que el niño aprenda a identificar en que situaciones puede o no, realizar ciertos movimientos.
		Mejorar sus niveles atencionales	Interconsulta Terapia Ocupacional	1	Se espera mejoramiento a nivel atencional por arte del niño.
		Reestructurar creencias de los padres con respecto (Rol de padres - Estilo Parental Sobreprotector y permisivo y problemas familiares	Diálogo Socrático	19-20-21	Se espera que los padres adquieran habilidades para el manejo de un estilo parental único en cuanto a límites y normas se refiere.
			Terapia Racional Emotiva en la familia		
Dificultades en las relaciones interpersonales	Mejorar las relaciones sociales y la adaptación del paciente a los grupos sociales,	Psicoeducación con respecto a la influencia de los problemas familiares (A través de diapositivas, folletos y videos con respecto al tema)			
		Entrenar a los docentes en el manejo de las interacciones del niño con el entorno (impulsividad - Agresividad)	Economía de fichas en la escuela	22-23	Se espera que los docentes adquieran habilidades en el manejo de las interacciones del niño con el entorno.
			Técnica el Protagonista de la semana.		
		Concientizar al docente acerca del TD y su manejo adecuado	Enviar folletería con respecto al tema	24	Que el colegio maneje estrategias que permitan la intervención adecuada

Implicaciones en el TDAH sin adherencia al tratamiento: Caso único adolescente de 15 años

					del trastorno, en todos los ámbitos en los que se desenvuelve el niño.
			Entregar informe con pautas para tener en cuenta en el proceso del niño.		
		Disminuir las conductas asociadas con la evitación	Entrenamiento en solución de problemas y toma de decisiones. Entrenamiento en habilidades sociales. Tareas conductuales para el hogar. Autoregistro.	6-7-8	Se espera ausencia de los síntomas evitativos en un 70% en el ámbito escolar.
		Establecer actividades deportivas placenteras.	Practicar deporte.	5 sesión en adelante	potenciar el establecimiento de relaciones sociales sólidas y duraderas
			Entrenamiento en solución de problemas.	6	
			Entrenamiento en técnicas de Autocontrol.	5	
			Modelamiento Economía de fichas / Refuerzo positivo	13-14-15	

7. DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA SESIONES

SESIÓN No. 1 – primer encuentro con el paciente y su madre.

T: Hola, soy Damaris Corrales, ¿Cómo estás hoy?

P: bien

M: bien dra.

T: ¿me puedes decir cual es tu nombre?

P: Edilberto Gonzales

M: Edelmira Martínez

T: ¿Cuál es tu edad, Edilberto?

P: 15, pero ya quiero tener 18

T: ya pronto los tendrás, solo hay que esperar un poquito

P: ujum...

T: cuéntame Edilberto, ¿sabes por qué estás aquí?

P: si

T: ¿Me podrías decir por qué crees que estás aquí?

P: porque tengo problemas con todo el mundo (se ríe)

T: ¿me podrías explicar mejor?

P: “a mí no me gusta que me digan nada, no quiero que la gente ni me mire ni me hable. Voy mal en el colegio porque sí y todo el mundo me aburre, por eso es que estoy aquí”

T: bien, ya entiendo. ¿ desde cuando sucede esto?

P: siempre, no me gusta la gente, no me gusta que me hablen, no me gusta nada.

T: has venido aquí voluntariamente?

P: no, es mas ya me quiero ir y no quiero regresar más, esto es una pérdida de tiempo. Tu no vas a hacer nada para que Yo cambie. No han podido ni mis papás,

ni el poco de profesores que he tenido ni un loquero que me quería atender. Yo no voy a cambiar nunca. Así me voy a morir.

T: bien Edilberto, si quieres salir del consultorio, puedes hacerlo, aui no obligamos a nadie a que se quede. ¿Quieres salir?

P: ehh, sí. Pero como no me gusta que me manden me voy a quedar, pero que hable mi mamá, yo no voy a decir más nada.

T: bien Edilberto, como tú lo prefieras. Si quieres quedarte está bien. Pero debes participar en la conversación, te voy a seguir haciendo algunas preguntas que espero puedas responder. ¿Te parece?

P: depende de lo que pregunte contesto ¿ok?

T:ok

T: sra. Edelmira, ¿qué me puede decir usted?

M: Dra. Mi hijo no hace caso, va mal en el colegio y todo lo daña... hasta a mí me ha querido dañar (me grita, y en dos ocasiones me ha levantado la mano.) no se le puede decir nada porque contesta con groserías, se molesta por todo. En el colegio va mal, y ha perdido varias materias. A mí a veces hasta me da miedo

P: esa es la idea, que todo el mundo me tenga miedo

- Paciente sale del consultorio-

T: ¿desde hace cuánto tiempo se viene presentando este problema?

M: uff Dra. Desde que ese muchacho vio todo lo que nos tocó pasar cambió. Él era un muchachito normal, jugaba, se reía... pero desde que salimos del ranchito donde vivíamos porque la guerrilla se metió ese peladito cambio. (madre llora)

SESIÓN 2

OBJETIVO ESPECIFICO: realizar encuadre con el paciente

T: Hola Edilberto, ¿Cómo estás?

P: bien

T: que bueno que decidiste venir y continuar

P: ujum. Yo tengo mis razones

T: ¿tus razones? ¿podrías explicarme mejor?

P: no. Eso a ti no te interesa

T: ¿Tú crees que no me interesa?

P: aja . no es su problema

T: pero si vienes es por algo, yo quisiera saber qué te ha hecho regresar. Eso me da mucha curiosidad, ya que la última vez que nos vimos dijiste que no regresarías.

P: sí, yo se lo que dije. Pero como yo hago lo que me da la gana

T: ok. Pero entonces si estás aquí en el consultorio debemos hacer algo. Y como mi trabajo tiene un fin que es ayudar a las personas a encontrar solución a sus problemas para que vivan y se sientan mejor, me gustaría conversar contigo acerca de lo que dijiste la vez pasada, cuando te pregunté porqué estabas aquí

P: yo no quiero hablar de eso. Lo que dije es verdad. No me gusta que me manden, que me miren que me hablen, no me gusta nada de la gente. Además, yo no tengo problemas, los problemas son para la gente débil, al igual que las amistades. Yo soy grandioso, fabuloso, el mas grande, insuperable. Yo no tengo problemas y no necesito su ayuda

T: bien, si no necesitas mi ayuda, ¿puedes decirme a que has venido al consultorio?

Te repito, me causa gran curiosidad saber por que estás aquí?

P: ¿a que horas sale su asistente?

T: ¿a qué horas sale mi asistente? Ella sale a las 6, junto conmigo y los otros terapeutas de la IPS

P: a mí solo me interesa a que horas sale ella. Está buena

T: ¿Te parece atractiva?

P: ya le dije, está buena. ¿Cómo se llama ella?

T: ella se llama Ingrid.

P: ahh. Y ¿Ella esta aquí todos los días?

T: sí, ella viene todos los días junto con todas las personas que trabajamos aquí

P: y ¿ella siempre está aquí en el consultorio o no?

T: no, ella a veces está aquí, a veces está en los otros consultorios, otras veces está en la recepción ayudando a la secretaria, en fin, ella está por toda la IPS

P: y ¿Ella no es la secretaria?

T: no, ella es auxiliar de enfermería... ella tiene funciones diferentes a las de la secretaria, pero en ocasiones la ayuda

P: ahh. De pronto vuelva a venir. Pero no porque tenga problemas. La gente es la que cree que yo soy un problema. Si le digo que de pronto voy a regresar es por que sí. Como yo siempre hago lo que quiero

T: o sea, que quieres seguir viniendo. Eso está muy bien. Te digo algo, si tu crees que no tienen un problema, y dices que las demás personas son las que tienen un problemas contigo podemos conversar acerca de eso, ¿te parece? Vendrías por algún motivo. ¿estás de acuerdo?

P: ehh, si, de pronto sí esté de acuerdo. Y, ¿ella va a estar aquí la próxima vez que yo venga?

T: ¿ella quien?

P: ingrid, la auxiliar.

T: ahh, claro. Ella esta todos los días aquí.

P: pero, o sea, ¿va a estar aquí adentro en el consultorio?

T: de pronto esté a la hora que tu vengas. No es algo que sea seguro. Ella solo entra por algunos minutos y luego sale

P: bueno, de todas maneras voy a venir y ya

T: muy bien, entonces te espero en la próxima sesión.

SESIÓN 4

OBJETIVO ESPECÍFICO: identificación de los problemas

T: buenas tardes Edilberto, ¿Cómo te encuentras hoy?

P: mal, hoy vengo con mucha rabia, me castigaron en el colegio.

T: ¿te castigaron? ¿quieres contarme por qué sucedió eso?

P: los profesores creen que todo lo que pasa en el colegio es culpa mía, y yo sé que hago vainas malas, porque a mi me gusta molestar y eso. Pero no todo lo que pasa es mi culpa. Hay otros pelaos que se aprovechan de eso y siempre me echan la culpa a mí.

T: lo que me estas queriendo decir es que aunque tu no hagas las cosas malas, los profesores siempre creen que eres tu

P: si, eso mosmi.

T: y ¿cómo te hace sentir eso?

P: no se

T: ¿Cómo que no sabes? Al entrar me dijiste que te sentías molesto

P: o sea, sí sé. Es que siento dos cosas y por eso digo que no sé.

T: ¿cómo así que sientes dos cosas? ¿Podrías explicarme mejor eso?

P: o sea, la vaina es que me da rabia, porque yo no hice nada, y a cualquiera le da rabia que le echen la culpa de las cosas que no hace. Entonces hasta la mitad estoy

molesto, estoy bien emputado. Y lo otro es que me da mucha alegría que piensen que las cosas malas las hago yo. Por qué eso significa que ya tengo una fama ganada con todo lo que he hecho, y eso es lo que quiero, que la gente relacione las cosas malas conmigo.

T: ok, entonces por un lado te sientes enojado, por las calumnias y por otro lado te sientes feliz por que eres reconocido, aunque sea por cosas malas. ¿Es así?

P: si, asi mismo

T: y tu ¿Cuál sentimiento prefieres?

P: ¿cómo así?

T: que te gusta más? Saber que eres reconocido o saber que eres calumniado?

P: reconocido

T: ¿podrías decirme por qué?

P: por que es lo que yo quiero, que la gente me reconozc y que me tenga miedo.

Por eso hago lo que hago.

T: o sea, que esta funcionando

P: si

T: pero hay algo que no me queda claro y quisiera que me lo explicaras. ¿qué es lo que haces? Te has referido a eso pero no se en realidad qué es eso que haces tu y de lo que te sientes orgulloso y que a tu madre no le da mucha alegría

P: mi mamá es una showsera... exagerada, a todo le aumenta.

T: ¿eso peinsas de tu mama?

P:si, eso pienso de ella. Es de la que menos mal pienso en todo el mundo mundial

T: bueno, y qué tal si me cuentas que es lo que haces, esas cosas que a tu mamá la ponen tan triste y que a ti te dan tanto orgullo, para yo poder entenderte a ti y tratar de entender a tu mamá

P: no quier hablar de eso. Tu no me miras raro como todo el mundo. Igual a mi me importa una m&%\$a si yo le gusto o le caigo bien a la gente, pero no te siento como todo el mundo. Y si te cuento vas a cancelar las consultas y todo.

T: ¿porqué dices eso? Te aseguro que yo en mi profesión he escuchado muchas cosas muy feas, y a pesar de no estar de acuerdo con algunas cosas, no he dejado de atenderlos y tratar de ayudarlos, realmente.

P: ¿seguro?

T: seguro. Pero si no me quieres contar no hay problema, es tu decisión.

P: bueno, si te voy a contar, pero solo un poquito. Y si veo que me miras maluco me abro de aquí y no llego más.

T: ok, entonces cuéntame, ¿cuáles son esas cosas que tu haces?

P: bueno, pero ya sabe el trato que hicimos... lo que pasa es que a mi me gusta molestar mucho a todo el mundo, sobre todo a los pelaitos mas chiquitos del colegio y del barrio, me gusta pegarles, gritarles me da mucha felicidad verlos llorar... también les quito las meriendas, los juguetes y todo, siempre me siento feliz cuando los molesto. A mi hermana también la molesto y le pego. Ella me tiene miedo, antes me pegaba también, pero como yo la jodo más duro ella me tiene miedo, un día la fracturé. Todo eso me da mucha alegría. También destruyo cosas, desarmo los juguetes, por eso ya en mi casa no me regalan nada. Las cosas de mi hermana las parto, las tiro por allá,y ella enseguida sale corriendo y llorando a que la consuelen. Eso me da tanta felicidad jajajaja.

T: muy bien, lo que me quieres decir entonces es que te gusta molestar y golpear a los niños más pequeños que tú, incluyendo a tu hermana, lo cua te genera mucha felicidad, ¿Es correcto?

P: sí, así es... ¿no me va a decir que me vaya?

T: no, yo te dije que mi trabajo era escuchar y tratar de ayudar a las personas que vienen aquí.

P: ahh. Bueno, es que eso no es todo

T: ¿No? Y ¿Qué más tenes por contar?

P: bueno, lo otro es normal en todos los pelaos tanto de mi edad como mas grandes o mas chiquitos.

T: ¿y qué es?

P: pues que no hago caso, me salgo para la calle sin permiso, salgo con groserías a todo el mundo, a mi papá, a mi mamá, a los sapos de los vecinos, a los metiches de los profesores, a todo el mundo... es que quieren andar corrigiéndolo a uno todo el tiempo, y además de eso, lo quieren tener a uno de mandadero, como uno es menor, quieren que ande uno haciendo mandados a la tienda de llevando y trayendo razones... y yo no estoy para eso... por eso siempre salgo con groserías.

SESIÓN 5

OBJETIVO ESPECÍFICO: Identificación de problemas

T: hola Edilberto, buenas tardes. ¿Cómo estás?

P: Bien. En serio ¿no te molesta verme después de todo lo que te dije la vez pasada?

T: no, no me molesta. ¿Por qué crees que estaría molesta?

P: la gente siempre se molesta con las cosas que yo hago. Pensé que contigo sería igual

T: bueno, ya ves que no. Ya que tocaste el tema, ¿Quieres seguir hablando de lo que conversábamos la última vez?

P: mmmm y ¿Dónde está Ingrid?

T: debe estar afuera

P: afuera no está, yo no la vi cuando llegué

T: debe estar en algún otro consultorio, o en la cafetería.

P: ahh... pero ¿ella va a entrar aquí?

T: de pronto, debe entregarme unos documentos. ¿en caso de que no venga, no seguiríamos hablando tu y yo?

P: ehh sí. Pero pensé que si venía a la misma hora siempre, me la iba a encontrar aquí en el consultorio.

T: habrán días en los que posiblemente esté aquí cuando tu llegues, otros días quizás ella entre cuando ya tu estés aquí, y otras ocasiones de pronto no la veas, porque ella tiene varias funciones.

P: ahh, pensé que ella solo trabajaba para ti

T: no, ella trabaja para la IPS y es la encargada de colaborarnos a todos los terapeutas.

P: ahh bueno, de pronto entre mientras estamos aquí.

T: Sí, es posible. ¿Quieres seguir con la conversación de la vez pasada?

P: sí, bueno

T: muy bien, es la última sesión me contaste acerca de tu comportamiento con los niños pequeños y tu hermana, y que eso te daba mucha felicidad. También me dijiste que eras desobedientes con los mayores, como tus padres, profesores y vecinos, ¿es correcto?

P: yes, es correcto.

T; hay algo más que quieras decir al respecto?

P: no, nada más, eso es lo que mami piensa que es malo

T: y ¿no te parece que en cierta parte tu mamá tiene razón?

P: no, yo siempre he sido así, desde que me acuerdo y me gusta ser así.

T: ¿Porqué te gusta ser así?

P: porque así la gente se aleja de mí. A mí no me gusta que la gente se me acerque.

Y si me porto así nadie va a querer ser mi amigo o conocerme o algo parecido.

T: con eso me tratas de decir que una de las razones por la que te comportas así es para que la gente no se te acerque.

P: más o menos.

T: ¿Cómo así que más o menos? Explícate mejor, por favor

P: o sea, yo me porto así porque me gusta y como ya te dije me da mucha felicidad.

Y además tampoco me gustan los amigos

T: ok, parece que ya estoy entendiéndote. Pero cuéntame entonces, debes tener algunos amigos en el colegio o en el barrio.

P: no, yo no tengo amigos. Mi amigo soy yo.

T: ¿no tienes amigos en el colegio?

P: no, no me gusta hablar con nadie

T: y entonces, ¿en el colegio no hablas con nadie?

P: no, no me gusta, eso pelaos del colegio son todos bobos. Y los que no son bobos son desordenados. A mí no me gusta hacer desorden, a mí me gusta estar solo. Si hago desorden de pronto van a encontrar una debilidad en mí. Y yo no quiero ser débil por ninguna razón.

T: ¿y tener amigos también es señal de debilidad?

P: ¡claro!

T: entiendo. Y fuera del colegio ¿Tienes amigos?

P: ehh sí, pero no

T: ¿sí pero no? ¿Podrías explicarme eso? Por favor

P: o sea, si tengo amigos pero no son amigos

T: discúlpame Edilberto, pero aún no logro entenderte

P: o sea, yo ando con unos pelaos, pero no son mis amigos, yo ando con ellos porque ellos se parecen a mi en ciertas cosas, ellos tampoco les hacen caso a los papás, se salen de clases y tampoco respetan a las personas mayores. Y a veces hacemos cosas que no son legales.

T: ¿te gusta estar con ellos porque tiene comportamientos parecidos a los tuyos?

P: si

T: explícame mejor eso que dices que a veces hacen cosas que no son legales ¿A qué te refieres con eso?

P: No quiero hablar de eso

T: está bien, si no quieres hablar de eso, no hay problema. Pero recuerda que entre más datos me des, voy a tener más información para poder ayudarte

P: o sea, ¿necesita saber todo todo todo?

T: todo todo todo, no, pero si necesito que me aclares cosas que pueden ser importantes, como por ejemplo eso que me dijiste de que a veces, con esos otros muchachos con los que se reúnen haces cosas que no son legales

P: bueno, le voy a contar, pero yo sé que te vas a decepcionar de mí. ¿Verdad?

T: no te puedo prometer nada, además ya te lo dije anteriormente, yo no te voy a juzgar por las cosas que me digas.

P: está bien. La vaina es que nosotros en la noche cuando nos reunimos nos cogemos algunas cosas que no son de nosotros

T: ¿Roban?

P: si

T: ¿Qué roban?

P: cosas pequeñas

T: ¿Cómo así que cosas pequeñas?

P: o sea, cogemos cosas pequeñas, a veces vamos a la placita y cogemos mekatos, los metemos en los morrales o en los pantalones.

T: ¿Eso es lo único que roban?

P: no

T: ¿Que más roban?

P: A veces, cuando nos ponemos a caminar por el centro y vemos alguna bicicleta o alguna moto sola y mal parqueada nos robamos los espejos, los cala pies, las tapas de la gasolina y así. Menos mal que nadie nos ha visto. No nos han pillado nunca

T: ¿Y qué hacen con eso que le quitan a las motos y a las bicicletas?

P: los vendemos. A veces nos ganamos hasta \$100.000

T: y ¿Cada cuánto hacen esos robos?

P: no vaya a creer que es todos los días.

T: ¿Entonces, cada cuánto lo hacen?

P: yo ando con esos pelaos hace como 5 meses, y en ese tiempo solo hemos robado como 3 veces

T: entonces eso robos no son todos los días, sino ocasionales

P: si.

T: ¿cómo conociste a esos chicos con los que andas?

P: ellos estudiaban en uno de los colegios de donde me echaron una vez. Dos de ellos se retiraron porque no les gustaba estudiar y empezaron a trabajar a veces, y los otros dos son como yo, estudian y eso, pero hacen lo que quieren, los papas a veces no están pendiente de ellos y por eso salen en la noche o a cualquier hora y nadie les dice nada.

T: ¿Además de que tu crees que se parecen a ti por tu comportamiento, qué más te gusta de estar con ellos?

P: ¿gustarme? ¡Nada!

T: entonces, ¿Si no te gusta nada de estar con ellos, por qué te reúnes con ellos?

P: estar con ellos me da autoridad, en el colegio saben que ando con ellos y me tiene respeto los pelaos que son de mi edad, y los pelaos chiquitos me tienen miedo porque ando en una pandilla de la que habla mucho la gente grande, y les da más miedo porque saben que a mí me gusta pegarles. Y yo necesito que todo el mundo me respete y me tenga miedo.

T: o sea, estas con ellos porque te sirve para tu reputación la compañía de esos muchachos

P: si. Así mismo es.

T: Entiendo. Y al tiempo me surge una duda, Edilberto, es de conocimientos de todos que en las pandillas donde los chicos se reúnen para realizar actos delictivos como los que hacen ustedes como robar, aunque sean cosas pequeñas como tú dices, también hacen otro tipo de cosas que no son buenas, tales como atracar a personas y despojarlas de sus cosas y objetos personales intimidándolos con armas como navajas, puñales, cuchillos y en ocasiones consumen drogas, esto con el fin de olvidarse de pronto de los problemas que tienen en casa, sentirse mejor o experimentar cosas nuevas. ¿Ustedes consumen drogas?

P: en la pandilla solo nos bandeamos con lo que le quitamos a los motos y a las bicicletas... nunca hemos atracado a nadie, ni lo hemos amenazado ni nada de eso. Eso ya es otro nivel. A mí si me gustaría hacerlo, pero más adelante cuando yo sea más grande y tenga mi propia banda donde la gente haga lo que yo diga... pero eso es más adelante. Yo probé la droga una vez, me fume un basuco; y me juré a mí

mismo que no iba a volverlo a hacer, la droga control al que la consume, y yo no quiero que nada ni nadie me controle. Los pelaos si consumen, claro, no todos los días de vez en cuando, como una vez al mes, bueno, que yo sepa.

SESIÓN 8

OBJETIVO ESPECÍFICO: conocer acerca de los estilos parentales

T: buenas tardes, ¿Cómo se encuentran el día de hoy?

M: bien Dra.

Pa: bien

P: bien doctora

T: me alegra que hayan podido venir todos juntos. El motivo de haberlos citado es que a partir de los encuentros que he tenido con Edilberto, he notado algunos aspectos irregulares frente a las pautas de crianza relacionados con Edilberto.

Pa: para eso es que vienes aquí, a hablar mal de uno

T: no, señor, en ese sentido se equivoca usted, Edilberto simplemente me ha expresado algunas cosas que suceden en el hogar y la manera en cómo las resuelven. En ocasiones esa manera poco adecuada de resolver las situaciones permiten que el problema de conducta que presenta Edilberto se intensifiquen y sean más difíciles de manejarlas tanto para usted, como para los profesores incluso en algunas ocasiones para mí, teniendo en cuenta que Edilberto es un chico bastante difícil y determinado en su actuar.

Pa: o sea, ¿que él no habla mal de nosotros como sus papas?

T: no, en ningún momento, he sido Yo quien ha sacado esas conclusiones a partir de lo que ha dicho Edilberto, y por eso los he citado aquí, para saber hasta qué medida son ciertas las cosas que dice Edilberto y una vez identificadas las falencias

que hay, poder ayudarlos a ustedes a actuar de otro manera para disminuir las conductas de Edilberto y disminuir también las peleas dentro del hogar con ustedes y con la hermana

M: sí Dra, esas peleas en la casa son pan de cada día. Se faltan el respeto, se dicen cosas que pasan la raya, no parecemos familia, parecemos enemigos

T: bien, a eso me refiero, a que juntos, podamos encontrar una solución a dichas peleas y podamos manejar el temperamento y comportamiento de una manera adecuada. Iniciemos

Edilberto, ¿me podrías describir la relación con tu padre?

P: sí, es mala, pésima... él me pasa regañando y pegando... cree que así lo voy a respetar

Pa: Dra, pero como no le voy a gritar, si yo apenas espero la noticia de que me lo van a entregar en cuatro tablas (ataúd) con todas las cosas que hace. Le pega a los chiquitos y se ríe... ¿qué es eso Dra.?

T: ¿Usted siempre lo grita?

Pa: no

M: sí

P: sí

Pa: bueno sí. Es que me saca la piedra, Dra. Yo le digo algo y él hace lo que le da la gana, le digo ven y se va, le digo sube, y él baja, le digo negro y él dice blanco, es como si le encantara llevarme la contraria, y encima de todo las veces que lo puedo controlar y lo castigo y me cumple el castigo, viene esta señora (esposa) y le levanta el castigo porque dice que yo he sido duro con Edilberto. Yo le hablo fuerte y ella le dice “el nene” ... realmente así no se puede Dra.

T: ¿Tiene algo que decir al respecto, señora Edelmira?

M: es que lo grita mucho, y por eso es que “el nene” está así...

Pa: ve Dra, “el nene” un pelao de 15 años y que además no hace caso

M: es que a mí me duele mucho como se tratan y él no le da cariño a Edilberto, entonces me toca darle todo el amor a mi sola...

Pa: Dra, ¿Qué cariño le puedo dar a un muchachito de éstos que no respeta a nadie, que no hace caso... nosotros no tenemos plata y lo poquito que tenemos es con sacrificio que hemos conseguido todo... y a él eso no le importa, rompe las cosas, yo duro tres meses para ganarme un poquito de plata mas o menos bueno, para comprar algo bonito para la casa y el viene y en menos de tres minutos y lo destruye, ¿Cómo quiere la negra (Edelmira, madre del Edilberto) que yo viva contento, entonces vengo lo castigo y ella lo deja salir, me dispongo a darle unos juetazos y ella se mete diciendo que si le voy a pegar al “nene” le tengo que pegar a ella primero. Es ahí donde Edilberto aprovecha y hace lo que quiere

T: ¿Tienes algo para decir a respecto, Edilberto?

P: nada

T: Edilberto, ¿Qué tan cierto es lo que dice tu papá?

P: cierto es Dra.

T: ¿Tienes algún motivo para hacerlo?

P: no

T: entonces, ¿Por qué lo haces?

P: no sé, me guata que la gente sufra por las cosas que yo hago.

Pa: ¿Usted cree eso Dra? No tiene justificación su respuesta. Yo se que el juete no es la salida ni la solución a nada, pero así me educaron a mí, yo no soy un ejemplo de hombre, pero yo apenas mato a las gallinas para comérmelas, y este muchachito mata a los gatos, a las ratas, a las ranas por placer. Y entonces no se le puede decir

nada porque ha llegado hasta a empujarme. No tiene respeto por la autoridad y la mamá solo viene y lo abraza y lo deja ir para la calle. Yo me siento solo Dra, por eso mejor me voy para la calle y evito verlo. Y entonces Edelmira me la monta porque yo no estoy pendiente.

M: Dra, pero hay que entenderlo, el es un niño difícil que ha pasado por muchas cosas malas y hay que apoyarlo y ayudarlo.

T: a partir de lo que ustedes han expresado en este encuentro, puedo darme cuenta de algunas discrepancias presentes en la dinámica familiar. Por un lado observo la notoria desobediencia de Edilberto, que hace parte de su personalidad y de sus expectativas futuras, tomando como referencia los encuentros anteriores que yo he tenido con él, además, puedo ver como esta desobediencia colma la paciencia del señor Edilberto, padre del paciente, quien por la actitud de su hijo, regaña fuertemente ocasionando discusiones reiterativas dentro del hogar, las cuales llegan hasta un muy alto tono, apareciendo de este modo faltas de respeto y ofensas, castigándolo por sus acciones. Pero, observo también la actitud de la sra Edelmira, quien por tratar de aminorar las discusiones y evitar que Edilberto se torne mas agresivo, se pone en contra de su marido y permite a Edilberto desobedecer los castigos impuestos por su padre. Todo esto, en conjunto, hace evidente una dificultad en las pautas de crianza, que se ven caracterizadas por conflictos internos por parte de ustedes como padres y desacato de las ordenes dadas por uno de los dos. Esto hace en Edilberto, más fácil la huida del hogar y la ratificación de sus conductas.

Pa: entonces que es lo que tenemos que hacer para que este muchachito haga caso y para que la señora no me desobedezca

M: sí Dra, ¿entonces nosotros tenemos la culpa de como se porta Edilberto?

P: no precisamente, Sra Edelmira, lo que les quiero decir, es que de debe estar de acuerdo al momento de criar y corregir a los hijos, y en caso tal de no estar de acuerdo con alguna decisión o determinación de uno de los padres, no se debe desobedecer o hacer que el chico desobedezca, se debe llegar a un acuerdo bien sea con Edilberto o ustedes hablando a solas y determinando que sería lo mejor. Y según lo que me han dicho aquí a lo largo de este tiempo que hemos conversado, eso no es lo que sucede. Por eso, necesito que ustedes se comprometan con el proceso que ha iniciado Edilberto, y ustedes también acudan a sesión, para mejorar la comunicación dentro de la familia y partir de las experiencias propias establecer pautas de crianza efectivas para Edilberto y para su otra hija, con el fin de que las relaciones mejores y todos vayan en una misma dirección. ¿Están de acuerdo?

Pa: si Dra,

M: si Dra

P: ¿yo también tengo que venir con ellos?

T: por el momento tu vendrás solo a las consultas conmigo como lo hemos venido haciendo hasta el momento. En alguna sesión, tendrás que venir tu y tu hermana, para realizar un ensayo o conversar acerca de alguna situación importante que se haya presentado o que este presentándose.

SESIÓN 12

OBJETIVO ESPECÍFICO: debate socrático acerca de que las amistades debilitan las metas futuras.

T: muy bien Edilberto, ahora hablaremos acerca tu creencia acerca de las amistades, cuéntame, ¿Qué piensas tú respecto a los amigos?

P: los amigos no sirven de a mucho, cuando uno quiere a las personas lo conocen demasiado, que terminan lastimándolo a uno

T: me estas queriendo decir que entre más lo conozca una persona a uno, más posibilidad existe de que le hagan daño. ¿Es eso?

P: Sí, las personas se aprovechan, el tener amigos hace que las personas tengan sentimientos, y al tener sentimientos las personas se vuelven débiles

T: ¿Qué pruebas tienes tú para creer que los sentimientos, en este caso hacia los amigos, debilitan a las personas?

P: yo tuve una novia, y la pelada me gustaba bastante, y ella a veces me decía que no hiciera las cosas malas que yo hacía, y al principio yo no le hacía caso, pero ya después que me fui como enamorando de ella, yo terminaba haciéndole caso, entonces ella se dio cuenta de que como me gustaba me podía pedir que yo hiciera cosas o que no hiciera otras cosas y yo le hacía caso.

T: entiendo, y, ¿Hay alguna prueba de lo contrario?

P: si. La prueba que yo tengo es que nadie me gobierna, cuando yo terminé con esa pelada más nunca nadie volvió a mangonearme pidiéndome y exigiéndome cosas... a pesar de que yo le tengo aprecio a poquitas personas, no me dejo manipular por nadie

T: ¿y no crees que quizás no era que tu novia te controlara o manipulara, sino que en el fondo tu no querías ser malo o hacer cosas malas a los demás?

P: no. Ella me manipulaba, ella se dio cuenta que mi debilidad era que ella me gustaba y por eso se aprovechaba

T: y ¿Qué piensas tú al respecto?

P: yo pienso que es cierto lo que creo, a veces me pongo a recordar cuando mis papás discuten, y me doy cuenta que cuando no estaban de acuerdo en algo

relacionado conmigo y mi papá me quería pegar y mi mamá se metía en el medio diciendo que si me pegaba a mi le tenía que pegar a ella primero, entonces mi papá no me pegaba, eso me quiere decir que el sentimiento por mi mamá le ganaba y por lo tanto lo hacía débil, porque me mostraba a mí debilidad.

T: ¿en qué te ayuda pensar eso?

P: me confirma que los sentimientos lo vuelven débil a uno como persona. Y que cuando se tiene sentimientos la gente lo molesta mucho a uno y hasta le hacen daño. Y a mi me gusta hacer daño, pero no me gusta que me hagan daño a mí.

T: ¿y no crees que una persona que tiene sentimientos puede ser muy fuerte y muy madura, y que además puede ser admirada por otras personas por las virtudes y las cualidades que puedan ver en ella?

P: sí, puede de que sea así. A las personas las pueden admirar por tener buenos sentimientos, pero yo quiero que me admiren por ser malo. Además cuando tuve sentimientos que aparecían por ahí y por eso esa pelada jugó conmigo y me abrió.

T: ¿Qué posibilidades hay de que eso que te ocurrió con la muchacha de la cual fuiste novio, vuelva a ocurrir?, es decir; que al mostrarle tus sentimientos a los demás te lastimen

P: ¡Todas! Las posibilidades son muchas, siempre que yo he intentado bajar la guardia, a veces porque me siento cansado y otras veces porque quiero intentarlo, las personas siempre tratan de aprovecharse, además empiezan a criticarme por cómo me comporto o me he comportado siempre. En algunas ocasiones se han hasta burlado de mí.

T: ¿Qué significa para ti bajar la guardia?

P: bajar la guardia. Como quitarme la rudeza y tratar de dejar que la gente se acerque a mí, y vean que no soy tan malo. Pero la gente me vacila y me hiere.

T: si dices que la gente con la que has intentado bajar la guardia es porque entonces si tienes sentimientos que quieres mostrar o que has mostrado

P: sí, tengo sentimientos, y sí, siento que la gente me hiere, algunas de estas conversaciones me han hecho darme cuenta de mis sentimientos, de que están siempre ahí, a pesar de que los quiera esconder. Por eso siempre trato al máximo mostrarme lo más fuerte que pueda, para que la gente no abuse.

T: entiendo, a partir de este momento trabajaremos en la expresión adecuada de sentimientos, buscando de esta manera que tu puedas sentirte seguro y puedas actuar de la manera adecuada cuando te sientas en estas situaciones en las que percibes que las personas se aprovechen o se burlen de ti. ¿estás de acuerdo?

P: sí, me interesa, pero ¿y que consigo con eso?

T: bueno, además de el manejo adecuado de tus sentimientos y emociones, podremos trabajar también en las dificultades que tu presentas en cuanto a las relaciones sociales, hablaremos de asertividad, de la importancia de dar y recibir alagos, de resolución de problemas y de muchos otros temas más que te van a facilitar establecer relaciones, o sea, hacer amigos, y que también te van a permitir identificar cuales personas quieren acercarse a ti porque les agradas y cuales solo quieren acercarse para hacerte daño, burlarse o aprovecharse.

P: me parece bien. A veces o mas bien muchas veces me siento solo, pero no demuestro mi molestia o mi aburrimiento, por la misma razón: la gente siempre quiere hacer daño, incluido yo.

8. MARCO CONCEPTUAL/ ESTADO DEL ARTE

A continuación se realiza un bagaje conceptual de los conceptos del trastorno por déficit de atención e hiperactividad así como del trastorno disocial, identificando la evolución de los conceptos los cuales se hacen necesarios para el estudio de caso a indagar

8.1. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

Con relación a los estudios en este campo, se observa en relación a la no adherencia al tratamiento del TDAH no se presentan artículos en este campo sino en otros temas del concepto de modo generalizado, lo cual además permitirá a continuación resaltarlos desde los estudios Europeos hasta los nacionales. En este orden, los estudios a nivel *Europeo*, encontramos como en Málaga, España Espinoza & Aguilar (2011), efectúan un artículo sobre el abordaje del trastorno por déficit de atención con y sin hiperactividad desde una visión del pediatra, con el fin de conocer los escenarios clínicos en lo que participara en la toma de decisiones, así como analizar las medidas a implementar en su medio para realizar una atención óptima al niño y adolescente con TDAH. En las conclusiones se observa como el autor señala las consecuencias de no tratar el TDAH en los niños con tics generalmente son peores que el riesgo o presencia o aumento de tics con el tratamiento.

Otro de los artículos realizados en España concierne al de diferencias de la función ejecutiva en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad y en sintomatologías asociadas ejecutado por Araujo (2012), donde se tuvo como fin estudiar el funcionamiento ejecutivo de niños y adolescentes con síntomas de TDAH y trastornos asociados. En las conclusiones encontradas se observa como se señala la

importancia de la evaluación de la función ejecutiva de los niños con TDAH y conocer las consecuencias sociales, escolares y personales que implican un mal funcionamiento.

Por otra parte en lo concerniente a trastornos del desarrollo Artigas, Guitart, & Gabau, (2013), en Barcelona, España realizan el estudio sobre bases genéticas de los trastornos del neurodesarrollo, con el fin de describir el panorama actual configurado tras los recientes avances genéticos y en donde el autor señalo que la comorbilidad no es más que un artefacto, implícito en el modelo categórico, en el que se han adoptado unos límites y separación entre los trastornos que carecen de correlato en la naturaleza. La nueva genética abre las puertas a una nueva nosología, que incuestionablemente deberá quedar reflejada en las nuevas clasificaciones de las enfermedades mentales.

El estudio anterior permite dirigir la mirada al estudio de Elizalde (2014), quien indaga sobre las repercusiones que el TDAH en la vida de los niños tanto a nivel físico, psicológico, familiar, social y personal. En las conclusiones descritas por el autor se señala la El TDAH es un trastorno en auge, con una prevalencia alta, que afecta al niño en numerosos ámbitos de su vida (salud, escolar, familiar) y repercute también en su familia y quien le rodea. Del mismo modo, afirma que es importante el diagnóstico precoz y su tratamiento para evitar problemas en la edad adulta, así como tratar las posibles patologías asociadas.

Dado los estudios anteriores, se desprenden de los anteriores, los estudios a nivel *latinoamericano* y en el que Alza (2013), en el que indaga sobre las intervenciones actuales del TDAH en los niños y adolescentes, en el bagaje de los temas del estudio se concluyo que existen coincidencias de los autores en la importancia del apoyo económico del Estado, que permita mejorar las condiciones de investigación e intervención del Trastorno. Asi mismo queda de manifiesto la elevada prevalencia del

Trastorno y la importancia de continuar investigando sobre el origen y diagnóstico del mismo, para así obtener alternativas de calidad en el tratamiento a futuro.

En el mismo año, y continuando con el tema del TDAH, en Perú Rivera (2013), indaga sobre la identificación precoz del TDAH mediante su etiología y las características asociadas en la infancia y la niñez. En los resultados demuestran que el trastorno es hereditario y además, existen factores de riesgo durante el embarazo y el nacimiento. Las características del TDAH en la infancia y niñez son nivel de actividad por encima de lo normal, inquietud para dormir, bastante insistentes para pedir algo, desarrollo motor grueso normal, pobre coordinación motora fina, tendencia a sufrir accidentes, desarrollo ligeramente precoz del lenguaje, progreso académico regular, repetición de grado, participación en programas especiales de educación, dificultad para conservar amistades y comportamiento pobremente dirigido por reglas.

Para este año, en Cuba, Ramírez, Díaz, Vega, & Martines (2013), se acercan al estudio de los trastornos del neurodesarrollo, donde se tuvo como objetivo Valorar el efecto que tiene el desarrollo psicomotor sobre las alteraciones cognitivas del niño escolar con alteraciones tempranas en el neurodesarrollo. Con relación a los resultados se observó que las dificultades en el desarrollo psicomotor de 0–6 meses no influyen en el desarrollo cognitivo del niño escolar. La memoria de trabajo y la flexibilidad cognitiva se predicen en el escolar cuando las alteraciones del desarrollo psicomotor es en ambas edades (primera infancia y preescolar). Así las conclusiones encontramos que las dificultades ejecutivas y académicas del niño escolar se pueden predecir cuando existen alteraciones en la primera infancia (factor óculo motriz) y en la edad preescolar (factor visuo–espacial). Los problemas en el factor visuo– espacial del acto motor es un antecedente pre–ejecutivo que influye en la memoria de trabajo y la flexibilidad

cognitiva. Este estudio muestra su importancia en el desarrollo sobre diversos trastornos entre los que se encuentran el que se estudia en el artículo (TDAH y trastorno disocial).

Al año siguiente en Mexico, Merida (2014), efectua el estudio sobre la influencia del TDAH en niños con epilepsia y en el que se tuvo como fin ver la incidencia que tiene el TDAH en niños con epilepsia; se realizó en el Hospital Regional de Occidente de Quetzaltenango. En las conclusiones investigativas la autora señalo como el 96% de los niños epilépticos evaluados en el HRO presentaron nivel alto de TDAH, mientras que el 2% nivel medio y 2% nivel bajo, además de que se demostró que no hay diferencia significativa entre la hiperactividad y el déficit de atención. De igual modo elaboro una propuesta a traves de una capacitación a los padres de familia con el objetivo de que tengan conocimiento más a profundidad del TDAH y la epilepsia, las repercusiones que trae el presentar estas condiciones, así como el tratamiento neurológico, psicológico y el aprendizaje de técnicas de ayuda para que se apliquen a los niños en el hogar.

Dado los estudios latinoamericanos nos acercamos a los estudios de indole *nacional* en el que en diversos departamentos se presentan estudios relacionados al tema de TDAH y el trastorno disocial. Dado esto, Vélez & Vidarte (2012), indagan sobre el TDAH como problemática para abordar en política publica en Colombia, donde se presentaron como objetivos establecer una mirada al TDAH como problema de salud publica en la poblacion infantil. En este sentido el autor en su abrodaje señala que existe una evidencia científica que en Colombia el TDAH resulta ser un verdadero problema de Salud Pública en la población infantil, además existen planteamientos claros desde la política pública de primera infancia y desde la normatividad actual que permiten que este sea incorporado como prioridad de intervención, ya que esta patología se convierte

en un problema no solo individual sino social en el momento que se evalué el alcance y los nuevos compromisos de la política de primera Infancia en Colombia.

Lo anterior al ver el TDAH como problema de salud pública, Andrade, Barbosa, & Lozada (2012), en Medellín giran su mirada a los factores de riesgo biopsicosocial que influye en el desarrollo del trastorno disocial en adolescentes Colombianos, en su investigación y abordaje de artículos anteriores señala en sus conclusiones que existe una limitación importante para la recuperación de los adolescentes con trastorno disocial es que los tratamientos de pacientes que presentan actividad delictiva, regularmente no traspasan el lugar de detención, razón por la que no presentan un patrón de seguimiento clínico una vez los adolescentes infractores se reintegran a la vida comunitaria; lo anterior dificulta el sostenimiento de la conducta funcional aprendida, por lo que a menudo las acciones reparatorias resultan paliativas al no abordar el tema central o síntoma mantenedor de la conducta criminal, misma que en muchos sentidos tiene como base las características biopsicosociales ya nombradas del trastorno disocial.

Cabe resaltar el estudio efectuado en Barranquilla por Pinedas & Puentes (2013), evalúan niños con TDAH a través de un estudio ex – Post facto de la teoría de la mente, teniendo como fin, los resultados de un trabajo cuyo objetivo fue determinar las características de la Teoría de la Mente (ToM) en el Trastorno por Déficit de Atención-Hiperactividad. En los resultados investigativos se evidenció Los resultados mostraron que el grupo de casos presenta diferencias significativas con respecto al grupo control, mostrando un rendimiento inferior en las tareas de atribución de falsa creencia, y lenguaje pragmático, mas no se presentaron diferencias significativas en la atribución a la mirada. Se concluye que la ToM puede presentarse como un factor explicativo de las deficiencias en habilidades sociales que tienen los niños con TDAH, toda vez que se

entienda desde el modelo híbrido de funciones ejecutivas de Barkley. Lo que lleva a ser importante para el estudio a realizar teniendo como bases conceptos y definiciones estructurales en el tema a estudiar presente.

Por otra parte, al guiarnos al tema de los problemas de conducta como el disocial, Rizzo, Medina, & Restrepo (2014), en Medellín exploran acerca de las propuestas de rehabilitación neuropsicológica en personas con trastorno antisocial de la personalidad que son desvinculadas del conflicto armado. En las conclusiones de los autores se ve como las personas diagnosticadas con trastorno de personalidad antisocial la cognición social se ve alterada, esto se evidencia en la falta de empatía que presentan estos sujetos y en las dificultades en las funciones ejecutivas; algunos estudios señalan que es necesario el diseño de propuestas de intervención neuropsicológica que permitan la rehabilitación de los procesos comprometidos. Teniendo en cuenta que las intervenciones dirigidas a la población con TAP quedan limitadas a tratamientos de tipo psicológico (como es el caso de las cárceles), está por sí sola, no es suficiente para la recuperación funcional integral de los pacientes, y los aspectos relativos a la cognición social (desarrollo de empatía, entrenamiento en reconocimiento de emociones y funciones ejecutivas) quedan olvidados o relegados por otros que se consideran más urgentes.

8.2.MARCO TEORICO/CONCEPTUAL

8.2.1. Antecedentes históricos del trastorno por déficit de atención con hiperactividad

Se ha observado cómo aunque el cuadro se conoce desde siempre a lo largo de la historia de la humanidad, las bases científicas del conocimiento de sus peculiaridades clínicas se establecieron a principios del siglo XX. De hecho una de las primeras

referencia a lo que hoy se designa trastorno por déficit de atención con hiperactividad es atribuible al médico alemán Melchior Adam Weikard y consta de un artículo acerca de trastornos de la atención datado del año 1775 (Barkley & Peters 2012; Morais, 2014). Antes de llegar a la denominación actual de “síndrome de déficit de atención e hiperactividad”, casi unánimemente aceptado, recibió diversos nombres científicos tales como “daño cerebral mínimo” y “disfunción cerebral mínima” (Pascual-Castroviejo, 2008)

Con relación a lo anterior, es de resaltar como una de las primeras definiciones del TDAH fue realizada G. Still (1902) quien describió a 43 niños que presentaban graves problemas en la atención sostenida y en la autorregulación, a los que atribuía un problema en el control moral de la conducta. En el año 1914, A. Tredgold argumentó que el TDAH podría ser causado por una especie de disfunción cerebral, una encefalitis letárgica en la cual quedaba afectada el área del comportamiento, de ahí la consecuente hipercinesia compensatoria, explosividad en la actividad voluntaria e impulsividad. En 1937, Bradley descubre de forma casual los efectos terapéuticos de las anfetaminas en los niños hiperactivos. (Alda, Arango, Castro, Petitbó, & Soutollo, 2009)

Con respecto al DSM –III el concepto apareció por primera vez, el nombre de trastorno por déficit de atención con y sin hiperactividad; permitiendo diagnosticarlo en dos categorías: “trastorno de déficit de atención con hiperactividad” o como “trastorno de déficit de atención sin hiperactividad”.

Dentro de este orden, en la CIE-10 estos trastornos se clasifican bajo el epígrafe F90-98 “Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia”, en el apartado F90 Trastornos hipercinéticos: F90.0 Trastorno de la actividad y de la atención, incluye trastorno por déficit de atención y síndrome de déficit de atención con hiperactividad, F90.1 Trastorno hipercinético disocial, cuando se

satisface el conjunto de pautas para el trastorno hiperactivo y para el trastorno disocial, F90.8 Otros trastornos hiperactivos, y F90.9 Trastorno hiperactivo sin especificación. En el apartado F91 Trastornos disociales se incluyen: Trastorno disocial limitado al contexto familiar, en niños no socializados, en niños socializados, desafiante y oposicionista, otros trastornos disociales y el trastorno disocial sin especificación. (Fundación internacional o Belen; Fundación Iberdrola, s.f.). Con relación a lo anterior se observa como a partir de 1994, en el DSM IV el nombre del trastorno cambio por lo que ahora se conoce como TDAH. Los criterios establecidos en el DSM III se mantienen en la última edición (DSM IV- TR- 2000). (Araujo, 2012).

En la última versión del DSM – IV – TR (APA, 2002) se viene empleando el concepto de trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Igualmente señala que para el diagnóstico de esta problemática, los síntomas deben haber estado presentes antes de los 7 años de edad y manifestarse en, por lo menos, dos ambientes diferentes. Así mismo debe haber un deterioro clínicamente significativo en el funcionamiento social, académico o laboral y no aparecer exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico o mental. (Moreno & Matínez, 2010)

En este orden, vemos la gran carrera holística que ha presentado el TDAH a lo largo de la histórica con lo que se podrá indagar a continuación del curso y evolución del TDAH, en este sentido, actualmente se presenta como un trastorno crónico sintomático evolutivo. (Fernández & Calleja, s.f.)

8.2.2. Curso y evolución del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH).

A lo largo de la historia, el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), ha venido evolucionando, a inicios los llamaban cabezas ligeras, cabezas locas

u ovejas descarriadas. Este trastorno es muy prevalente y afecta de un 3 a 5 % de la población infanto-juvenil, según el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR) y es más frecuente en varones (Merida, 2014). Desde entonces, se ha descrito al trastorno por déficit de atención con hiperactividad como un cuadro sintomático tremendamente heterogéneo desde el punto de vista clínico y pronóstico. Caracterizándose básicamente por una atención lábil y dispersa, impulsividad e inquietud motriz exagerada para la edad del niño y sin carácter propositivo. (Fernández & Calleja, s.f.).

Los datos de este trastorno presentan como actualmente existe un elevado índice de niños que cada día son diagnosticados como afectados de un Trastorno por Déficit de Atención con hiperactividad (TDAH) y dadas las consecuencias personales y sociales que se derivan de los síntomas propios del cuadro, se hace necesario llegar a un conocimiento profundo del Trastorno y a una correcta definición y evaluación del mismo (Mateo, 2005; Alza, 2013). En este mismo orden los datos también muestran que es el trastorno neuroconductual crónico más común en el 3% a 7% de niños en edad escolar, quienes evolucionan psicomotrizmente de forma normal durante el primer y segundo año de vida y pueden ser precoces en el lenguaje (Pascual-Catroviejo, 2009; Rivera, 2013), tienen pobre coordinación motora fina, entonces tienen problemas para pintar, cortar con tijeras, amarrar los cordones de los zapatos y abotonar (Barkley & Murphy, 2005; Rivera, 2013). La escritura es frecuentemente terrible y los niños sienten que escribir es una tarea (Wender, 2000; Rivera, 2013). Síndrome común, que suele presentarse con características clínicamente significativas durante toda la vida.

El diagnóstico se produce a los 3 años de edad; sin embargo, la edad promedio de diagnóstico es en realidad de entre 8 y 9 años. La prevalencia mundial del Síndrome de atención con hiperactividad o trastorno de hiperactividad (TDAH) en la infancia es

de aproximadamente 5% (Ospina & Vivas, 2014). En este orden, la evolución de la hiperactividad no se caracteriza por seguir una línea uniforme ni específica.

Su pronóstico desde la visión de Vélez & Vidarte, (2012), lleva consigo impulsividad, fracaso escolar, comportamientos antisociales e incluso delincuencia. Un 25 % de los niños hiperactivos evolucionan positivamente, con cambios conductuales notables y sin que tengan dificultades especiales durante la adolescencia y la vida adulta. El DSM-III-R indica que aproximadamente un tercio de los individuos diagnosticados con hiperactividad en la infancia muestran signos del trastorno en la edad adulta. Lo anterior permite relacionarse con el hecho de que la edad de comienzo suele ser antes de los seis años y alcanzar al menos seis meses de evolución. Los síntomas ha de presentarse en dos o más contextos, interfiriendo en la vida social y académica del niño y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno (Lora & Díaz, 2011).

Continuando con lo expuesto, el trastorno se puede diagnosticar por primera vez durante los años de enseñanza elemental, cuando se afecta la adaptación escolar. en la mayoría de los casos el trastorno se estabiliza en el transcurso de los primeros años de la adolescencia, atenuándose en ocasiones a medida que pasa la adolescencia y durante la vida adulta. Sin embargo, una minoría experimenta el cuadro sintomático completo del TDAH en plena edad adulta. Otros solo pueden presentar algunos síntomas, en cuyo caso debe utilizarse el diagnóstico de trastorno por déficit de atención con hiperactividad, en remisión parcial. (Vásquez, y otros, 2010). Dentro de este ámbito, el análisis del curso evolutivo del TDAH sugiere que las dificultades en el control inhibitorio pueden ser especialmente evidentes desde muy pronto, las dificultades atencionales aunque emergen más tarde a medida que aumentan las exigencias

académicas, laborales y sociales, se mantienen constantes y persisten a la largo del tiempo. (González, 2006)

Cabe resaltar los *factores* que juegan un papel de importancia en la evolución del TDAH entre los cuales encontramos desde la visión de Alza (2013). los siguientes: un diagnóstico a tiempo, detectar problemas de fracaso escolar, detectar el tipo de educación demasiado permisiva o severa por parte de los padres, detectar desavenencias y hostilidad entre los padres, conocer los antecedentes familiares de alcoholismo, conductas antisociales u otros trastornos mentales. Los factores peri y post natales, el medio ambiente, las enfermedades y dolencias durante la primera infancia, el modelo de crianza familiar, el grado y tipo de instrucción en la educación y todos los aspectos sociales de interacción. Así, diferenciar entre génesis y mantenimiento del trastorno será una diferencia importante a tener en cuenta para el planteamiento del tratamiento y para la comprensión del mismo (Barbarroja, 2009).

En este orden y con relación al TDAH en los adultos que lo presentan, estos suelen ser con frecuencia desorganizados y descuidados, tienen dificultades para mantener su empleo, cambian de actividad con frecuencia, presentan más problemas matrimoniales y psicológicos, y consumen más alcohol y otras sustancias. La irritabilidad, las explosiones de cólera y la baja tolerancia a la frustración pueden ser frecuentes. En esta línea, autores como Barkley y Cols., (2004) citado por Siegenthaler (2009) han encontrado que estos sujetos están en alto riesgo de realizar actividades antisociales, de sufrir detenciones, de estar relacionados con posesión, uso y venta de drogas, etc.

Dado lo anterior desde la visión del DSM IV (1995 - 2002) citado por Vélez & Vidarte, (2012), los síntomas del que presentan los pacientes con TDAH son los siguientes: para la falta de atención entre otros: A menudo no presta atención suficiente

a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades, a menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades lúdicas, a menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente, a menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones), a menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades, a menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos), a menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (como por ejemplo, juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas), a menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes y a menudo es descuidado en las actividades diarias. La hiperactividad es el segundo componente del TDAH y suele manifestarse mediante un movimiento excesivo; un movimiento continuo, cuando resulta inapropiado hacerlo; inquietud; nerviosismo e incapacidad para estar sentado sin levantarse; “estar en marcha” continuamente, como si se tuviera un motor interno; y hablar en exceso.

8.2.3. Teorías que fundamentan el TDAH

En la actualidad se pueden presentar de modo generalizado tres teorías que fundamentan el TDAH con una controversia histórica y desde la visión de Benito, (2008), entre los cuales tenemos:

-Modelo de déficit atencional de Mirsky, en el que se pone el acento en los problemas de atención, a la que concibe como suma de cuatro procesos: enfoque atencional, mantenimiento de la atención, procesamiento de datos con la memoria de trabajo, y capacidad para cambiar el foco de atención de modo flexible y adaptativo. Los pacientes con TDAH tendrían dificultades en uno o varios de estos procesos.

-Modelo de dificultades para la inhibición conductual de Barkley. Sus estudios se centran en la hiperactividad y la impulsividad. La falta de inhibición a la que alude el autor no afectaría sólo a la conducta motora, sino también a la “conducta mental” o procesos mentales que gobiernan el comportamiento. Según esta teoría los pacientes con TDAH serían incapaces de frenar la respuesta mental (y por ende motora) a determinados estímulos. Así mismo se observa como lo esencial de esta teoría que los niños con TDAH son incapaces de regular su conducta. Éste déficit afecta a cuatro funciones ejecutivas básicas que son fundamentales para el control motor. Éstas son: la memoria operativa, la interiorización del habla, el control de las emociones, la motivación y el estar despierto, y por último la de reconstitución (capacidad de dividir en partes componentes las conductas observadas y recombinar esas partes en forma de nuevas conductas para conseguir un fin) Presentación & Martínez (s.f.).

-Modelo de alteración de las funciones ejecutivas de Brown. Surge como una suerte de modelo intermedio. Considera que efectivamente existe en estos pacientes un problema para la inhibición conductual que dificulta el despliegue de las funciones ejecutivas; pero también que éstas, entre las que están la atención y la concentración, tienen un funcionamiento deficiente no relacionado sólo con las dificultades para la autorregulación de los procesos psíquicos.

En este mismo orden, encontramos diversos estudios que datan sobre el origen del TDAH es son las teorías Neurobiológico, Neuropsicológicos, neuroquímicos, y los neuroradiológicos y neurometabólicos.

Dentro del ámbito *neurobiológico*, se observa como desde la visión de Ferrer, De Pedro & Bazurto (2009), encontramos los siguientes aspectos: Aspectos genéticos en el que los estudios sobre la predisposición genética por descendencia de padres con problemas psicológicos o conductuales, quedan muchas incógnitas al no determinar qué

es lo que realmente se hereda; y Aspectos neurológico como es la disfunción cerebral o anomalías en el desarrollo del cerebro ocasionando una disminución de la actividad en determinadas regiones cerebrales. Bastantes estudios apoyan la teoría de que estos niños tienen alteraciones funcionales en la parte frontal del cerebro, que es la responsable de inhibir la conducta, mantener la atención, el autocontrol y la planificación temporal. Cuanto menos activo son estos centros inhibitorios del cerebro, más activa será la conducta del niño. También se ha sugerido la teoría de un déficit en la cantidad de alguno de los Neurotransmisores del sistema nervioso, de ahí la prescripción de los fármacos estimulantes.

Con relación a las teorías de la *neuropsicología* estas incluyen la DESR para entender la etiopatogenia del TDAH (Duños, 2014). Concerniente a esto, una mala relación entre los padres, el bajo nivel socioeconómico, nivel cultural de los padres, las familias numerosas... como factores de riesgo para la aparición de trastornos del comportamiento, incluido el TDAH. Otros hallazgos apuntan hacia el llamado síndrome del hemisferio derecho, como disfunción responsable de un déficit de atención, de la integración visuoespacial y del procesamiento de información afectiva. Este síndrome nos apunta una disfunción, y no una verdadera lesión. (Ferrer, De pedro, & Basurto, 2009)

En el ámbito *neuroquímico* se han dirigido sobre todo a los sistemas monoaminérgicos, y especialmente a los circuitos noradrenérgicos y dopaminérgicos. En los seres humanos, el papel de estos neurotransmisores en el funcionamiento mental, y la localización de sus proyecciones neuronales, coinciden bastante con las funciones que se presumen alteradas en los pacientes que sufren TDAH. (Benito, 2008)

Con relación a la teoría de estudios *radiológicos* y *neurometabólicos* se presenta como los primeros estudios realizados mediante tomografía axial computada aportaron datos

inespecíficos, apuntando una similitud clara en estudios por TAC entre niños con TDAH y niños sanos. Bergstrom y Bille en 1978, observaron una frecuencia de atrofia cortical, asimetrías u otras anomalías en el 30% de los pacientes estudiados. Estos hallazgos no han podido constatarse posteriormente, y probablemente reflejen la inclusión de pacientes hiperactivos de diversa etiología. (Ferrer, De Pedro, & Basurto, 2009)

8.2.4. TDAH y comorbilidad con otros trastornos

Revisando la conceptualización del TDAH se mostró como este es un trastorno psiquiátrico frecuente en los niños y se acompaña en muchas ocasiones de otros problemas asociados. Las investigaciones actuales se han impuesto la necesidad de delimitar subgrupos homogéneos con la intención de aclarar los aspectos etiopatogénicos y adaptar estrategias de tratamiento específicas para el TDAH y el trastorno comórbido (Díaz, 2006; Alza, 2013). La forma más rara de TDAH es la que se exhibe de forma aislada, limitada a las manifestaciones propias del trastorno. De ahí que al realizar una definición de comorbilidad se debe diferenciar los posibles problemas asociados que se pueden presentar de forma más o menos persistente con el TDAH y que molestan y perturban al niño y a las personas de le rodean, de los trastornos asociados al TDAH, cuya gravedad hace que puedan ser diagnosticados como trastornos mentales y, por tanto, se encuentren tipificados en el manual diagnóstico correspondiente, DSM- IV – TR (APA, 2000; Siegenthaler, 2009).

Es así como durante algunos años se consideraron la comorbilidad como expresiones de carácter físico-psicológico-comportamental que no entraban dentro de la normalidad, pero que tampoco correspondían a una patología psicopatológica concreta, aunque los sujetos, especialmente adultos, que mostraban algunas de estas características recibían una denominación específica (ej: los individuos inquietos e

irresponsables recibían el nombre de “psicópatas inestables”). (Pascual-Castroviejo, 2008). Desde esta perspectiva, se debe diferenciar entre comorbilidad, rasgos asociados, o síntomas secundarios, complicaciones y comorbilidad, siendo una consecuencia en del TDAH y empeorando la comorbilidad el pronóstico de la presencia de otros trastornos psiquiátricos (Fernández & Calleja, s.f.).

Con relación a los aspectos sobre la existencia de una relación del TDAH con otros trastornos se refleja como existe una alta comorbilidad entre el trastorno negativista desafiante (TND), el TDAH y el trastorno disocial (TD), por lo que estos niños y adolescentes experimentan múltiples factores de riesgo intraindividuales y contextuales, que se inician en la infancia y pueden llevar a una formación adversa en la personalidad como la última manifestación del riesgo global de psicopatología externalizada. (De la peña & Palacios, 2011)

De hecho existe una heterogeneidad en la aparición de los TDAH, o que lleva a pensar que cualquier otro síntoma psiquiátrico o cualquier característica constitucional o psicológica se puede asociar al TDAH y son factores muy importantes de cara a la elección farmacológica. Hay niños eminentemente inatentos, otros donde predomina la impulsividad o la hiperactividad extrema. Otros niños tienen un claro TDAH pero además tienen una sintomatología ansiosa o emocional que determina la disfuncionalidad, inadaptación o sufrimiento del niño mucho más que el TDAH. (Fernández & Calleja, s.f.). Es así como en el diagnóstico del TDAH y cualquiera de sus tipos, puede haber una comorbilidad con otros trastornos de tipo disocial o del estado de ánimo. Son diferencias diagnósticas importantes que se recogen en los dos criterios de clasificación más utilizados, el DSM y el CIE (García, 2012; Alza, 2013).

En este orden, con relación a los adultos con TDAH diagnosticados demuestran cambios más frecuentes de empleo y desempleo, menos educación formal, los divorcios

más frecuentes y las detenciones, y una menor satisfacción con las circunstancias actuales de la vida en comparación con otro tipo de personas y mayor riesgo de psicopatología comórbida. Las mujeres con TDAH muestran más problemas de crianza, especialmente relacionadas con la supervisión y disciplina de sus hijos. (Ospina & Vivas, 2014)

Continuando con lo anterior, se resalta lo expuesto por Vásquez, Feria, Palacios, & De la Peña, (2010), quien afirma que el trastorno disocial posee una alta comorbilidad entre 29% y 71% de los trastornos externalizados (Trastorno disocial, TDAH y trastorno negativista desafiante), teniendo al menos uno de los otros dos diagnósticos, tanto en muestras epidemiológicas, como clínicas. Cabe decir que entre mas exista una mayor comorbilidad, el pronóstico es menos favorable. Continuando con los datos, El 87% de los niños presentan un diagnóstico comórbido y el 67% por lo menos dos asociados, siendo los más frecuentes el trastorno de conducta de oposición desafiante (TOD) y el trastorno de desarrollo de la coordinación (TDC), los cuales interfieren significativamente con el aprendizaje escolar o las actividades de la vida diaria. Adicionalmente, se encuentran asociados a trastornos de la comunicación, elevando el riesgo de presentar dificultades en el aprendizaje de la lectoescritura y trastornos del aprendizaje como dislexia, discalculia y disgrafía. (Ospina & Vivas, 2014)

Por otra parte con relación a la calidad de vida y el pronóstico se encuentran negativamente relacionados con la severidad de la sintomatología y con la comorbilidad, presentándose perfiles comórbidos distintos para los subtipos inatentos e hiperactivo-impulsivo. Siendo la comorbilidad mas frecuente en edades pediátricas o infantiles es el trastorno negativista desafiante, el riesgo de accidentabilidad y los trastornos del aprendizaje como dislexia, disgrafía y discalculia. (Lora & Díaz, 2011).

Dentro de este orden de ideas, al hablar de los tratamientos más eficaces en TDAH nos referimos a la efectividad sobre sus síntomas básicos (atención/hiperactividad/impulsividad) y debemos considerar que el TDAH aislado aparece en el 40/50 de los casos en ambientes clínicos; siendo frecuente la comorbilidad. Esta comorbilidad requiere el complemento de otro tipo de intervenciones farmacológicas y/o psicoterapéuticas. (Lopez, Rodríguez, Sacristán, Garrido, & Martínez, 2006).

En esta perspectiva se hace necesario realizar una definición del trastorno disocial ya que es uno de los trastornos de comportamiento que presenta mayor comorbilidad con el TDAH, lo que hace realizar a continuación una definición del mismo.

➤ **Trastorno disocial**

El trastorno disocial (TD), es denominado como un conjunto persistente de comportamientos que evolucionan con el tiempo; se caracteriza por comportamientos en contra de la sociedad (antisociales), que violan los derechos de otras personas, las normas y las reglas adecuadas para la edad. Siendo estas manifestaciones relacionadas con una serie de situaciones familiares, sociales y escolares, que las pueden iniciar o mantener: aunque aparecen en etapas infantiles, pueden continuar en la adolescencia y extenderse a la edad adulta. En esta etapa de la vida, se denomina al problema trastorno antisocial de la personalidad. (Vasquez, Feria, Palacios, & De la Peña, 2010)

Dado esto, el trastorno disocial se caracteriza por un patrón persistente y repetitivo de violación a las reglas y normas que se marcan para la edad (mentir, robar, lastimar, etc.). Se inicia durante la infancia y genera deterioro en el funcionamiento de al menos dos áreas en la escuela, el hogar o los amigos (De la Peña & Palacios, 2011).

En este sentido estudios anteriores, señalan como los individuos con trastorno disocial de inicio infantil pueden presentar dos patrones de comportamiento: a) los principalmente impulsivos, caracterizados por los altos niveles de reactividad emocional, baja inteligencia verbal y altos niveles de disfunción familiar, y alta comorbilidad con el TDAH; y b) los crueles- no emocionales quienes tienden a preferir actividades que les produzcan sensaciones excitantes, son menos sensibles, a las claves de castigo que a las claves de recompensa y son menos reactivos a los estímulos emocionales negativos (Rey, 2010; Alonso, Fonseca, Gaitan, & Triana, 2010).

Visto de esta forma, a continuación se presenta los criterios diagnósticos para el trastorno disocial desde la visión de Del Pozo (2009), quien tiene en cuenta los criterios del DSM- IV, y que se presentan a continuación:

A. Un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que se violan los derechos básicos de otras personas o normas sociales importantes propias de la edad, manifestándose por la presencia de tres (o más) de los siguientes criterios durante los últimos 12 meses y por lo menos de un criterio durante los últimos 6 meses:

- Agresión a personas y animales

(1) a menudo fanfarronea, amenaza o intimida a otros

(2) a menudo inicia peleas físicas

(3) ha utilizado un arma que puede causar daño físico grave a otras personas (p. ej., bate, ladrillo, botella rota, navaja, pistola)

(4) ha manifestado crueldad física con personas

(5) ha manifestado crueldad física con animales

(6) ha robado enfrentándose a la víctima (p. ej., ataque con violencia, arrebatarse bolsos, extorsión, robo a mano armada)

(7) ha forzado a alguien a una actividad sexual

- Destrucción de la propiedad

(8) ha provocado deliberadamente incendios con la intención de causar daños graves

(9) ha destruido deliberadamente propiedades de otras personas (distinto de provocar incendios)

- Fraudulencia o robo

(10) ha violentado el hogar, la casa o el automóvil de otra persona

(11) a menudo miente para obtener bienes o favores o para evitar obligaciones (esto es, «tima» a otros)

(12) ha robado objetos de cierto valor sin enfrentamiento con la víctima (p. ej., robos en tiendas, pero sin allanamientos o destrozos; falsificaciones)

- Violaciones graves de normas

(13) a menudo permanece fuera de casa de noche a pesar de las prohibiciones paternas, iniciando este comportamiento antes de los 13 años de edad

(14) se ha escapado de casa durante la noche por lo menos dos veces, viviendo en la casa de sus padres o en un hogar sustitutivo (o sólo una vez sin regresar durante un largo período de tiempo)

(15) suele hacer novillos en la escuela, iniciando esta práctica antes de los 13 años de edad

B. El trastorno disocial provoca deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.

C. Si el individuo tiene 18 años o más, no cumple criterios de trastorno antisocial de la personalidad.

8.2.5. *Proceso de intervención para el TDAH*

Se ha señalado como en lo relacionaod al tratamiento interventivo del TDAH, todos los estudios hasta la actualidad, se han centrado en el control de síntomas del TDAH, evaluando la efectividad de tratamientos psicológicos, sobre todo terapias cognitivo conductuales para los niños y sus familiares, la psicoeducación en los colegios y la eficacia de los tratamientos farmacológicos (Encina, 2010; Alza, 2013). De igual modo, hasta hoy , no se conoce un tratamiento definitivo para el TDAH, sin embargo, varios investigadores han informado que los síntomas del TDAH se pueden controlar con medicamentos, indicando así una preocupación grande para profesionales de la salud y padres de familia quienes temen exponer a sus hijos pequeños a medicamentos, convirtiéndolo así en un problema de Salud Pública. (Ospina & Vivas, 2014)

Se ha observado como desde la visión de Fernández & Calleja (s.f.), que se enfoca en la parte pediátrica se observa como el tratamiento más efectivo en el TDAH sigue siendo el psicoestimulante, cuyo efectos dopaminergicos han sido numerosas veces constatados. En este orden el bloqueo de los receptores de la dopamina anula los efectos terapéuticos de esta medicación. Sin embargo, cuando los niños que no reciben ningún tratamiento o lo reciben incompleto, se muestran en estudios como el 80 %, tienen un mal pronóstico a largo plazo, con aparición de trastornos explosivos de la conducta en la adolescencia, trastorno disocial de la conducta, trastorno de la personalidad de tipo delictivo, alcoholismo, farmacodependencia, inestabilidad laboral y dificultades en las relaciones personales. (Vélez & Vidarte, 2012)

Dentro de este orden de ideas, Lora & Díaz (2011), señala que para lograr un exitoso tratamiento interventivo se debe explorar la actitud de la familia hacia el

trastorno y su tratamiento, conocer sus experiencias previas y sus expectativas, llegar a acuerdos sobre los objetivos a alcanzar y los medios que se pondrán en marcha para lograrlo y explicar claramente los beneficios esperados, así como los efectos secundarios o riesgos potenciales que se deben vigilar (Lora & Díaz, 2011).

En una visión de Vásquez, y otros (2010), señala que la intervención del TDAH se debe realizar mediante un tratamiento multimodal con la intervención de profesionales de diversas disciplinas y distintos niveles de atención, como médicos generales y familiares, pediatras, psiquiatras generales, psiquiatras de niños y adolescentes, neurólogos, psicólogos, trabajadores sociales y profesores, abordando su experiencia para abordar problemas específicos.

Basado en lo anterior se muestra a la terapia cognitivo conductual como tratamiento en el TDAH, oscilando su tiempo entre 4 y 5 años para hacerlo completo. Durante este tiempo, la terapia psicológica puede distribuirse según las necesidades conductuales. Un tratamiento de 1 año no es efectivo, ya que no puede hacerse completo (Bandura, 2008; León, Jiménez, & Restrepo, 2010), y las problemáticas comportamentales y problemas asociados seguirán presentándose en el ambiente educativo y familiar. Por lo tanto, el profesor (a), la familia y la institución en educativa, deben ser conscientes que no se puede interrumpir el tratamiento. Si la familia considera que el tratamiento médico no funciona, puede acudir a otro especialista, pero sin interrumpirlo, puesto que el TDA-H no es una cuestión de voluntad, sino de salud, la cual debe ser atendida; se requiere paciencia y perseverancia, para lograr mejor la calidad de vida del estudiante y su ambiente escolar y familiar.

Por otra parte con relación al tratamiento farmacológico en el TDAH, este se empieza a utilizar desde el siglo pasado, y actualmente los productos farmacológicos

están muy estandarizados y, aunque muchos de ellos resultan excesivamente costosos, el hecho de que entren en la protección de la Seguridad Social, los hace más asequibles. (Pascual-Castroviejo, 2008).

Dentro de este orden, Orjales (2002) citado por Gonzáles (2006), señala al tratamiento cognoscitivo comportamental el cual tiene como finalidad del tratamiento del niño con TDAH lograr que éste sea capaz de alcanzar por sí mismo una total autonomía en la regulación de su comportamiento en todos los aspectos. Se define autonomía como las destrezas y aptitudes que desarrolla el niño para el autocontrol y la adaptación a las normas establecidas en el hogar, la escuela y comunidad donde vive. La autora menciona tres tipos de autonomía: la física, la cognoscitiva y la emocional. La autonomía física se define como los hábitos que desarrolla el niño para la vida diaria, entre otros, el orden y la colaboración. La autonomía cognoscitiva es la capacidad para seleccionar la información relevante de la irrelevante, la autoevaluación, la autocorrección y la selección de las estrategias de actuación adecuadas es la autonomía cognoscitiva. Por último, la independencia, una autoestima sana y unas relaciones satisfactorias con las personas del medio ambiente se considera como la autonomía emocional. Las técnicas comportamentales están enfocadas en lograr que el niño se concentre en las tareas que tiene que realizar en el hogar y la escuela, para poder completarlas y aumentar sus habilidades sociales, al mismo tiempo que reduce la hiperactividad motriz.

De hecho, expertos en el manejo del TDAH y sus intervenciones terapéuticas, argumentan que la educación es el medio que cohesiona todo el plan terapéutico y una de las intervenciones aisladas más efectivas, y aunque no existen estudios que la evalúen sistemáticamente, la intervención psicoeducativa suele considerarse necesaria

en el ámbito clínico. (Lopez, Rodríguez, Sacristán, Garrido, & Martínez, 2006). Así mismo, el profesional sanitario debe acordar con el niño y la familia el tratamiento que disminuya el impacto del trastorno y le ayude a alcanzar su máximo potencial en todos los ámbitos, realizándose un seguimiento regular para comprobar la persistencia o control de síntomas, así como la eficiencia y tolerancia del tratamiento farmacológico. (Lora & Díaz, 2011)

9. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL CASO

9.1. Curso del tratamiento

Tabla 15. Curso del tratamiento

CURSO DEL TRATAMIENTO		
SESIÓN	DESCRIPCIÓN	OBSERVACIONES
1-2	Psico-educación respecto a la condición de EDD dirigida a la familia primaria y cuidadores	Los padres y docentes de EDD, identifican adecuadamente los comportamientos de EDD y aprender a actuar adecuadamente cuando aparecen los síntomas
3-4-5	Entrenamiento del paciente en autocontrol de conductas impulsivas y agresivas	Este entrenamiento se tuvo que posponer para iniciar en la sesión No. 5, ya que en las primeras sesiones de intervención el paciente estaba escéptico de iniciar el tratamiento. Además de eso, una vez iniciado el entrenamiento se necesitaron dos sesiones más para que EDD interiorizara las técnicas enseñadas.
5	Establecer la práctica de actividades deportivas que sean placenteras para el paciente	El logro de este objetivo duro 3 sesiones, ya que en la búsqueda de un deporte que se adecuara a las necesidades y expectativas del paciente, primero se inició con la práctica de boxeo, obteniendo pocos resultados, después se intentó la práctica del fútbol, donde los resultados no fueron los esperados, por último, se inició la

Implicaciones en el TDAH sin adherencia al tratamiento: Caso único adolescente de 15 años

		<p>practica en natación, obteniendo resultados esperados, potenciando la interacción y disminuyendo las conductas agresivas en el paciente.</p>
6-7-8	<p>Disminuir las conductas relacionadas con la evitación</p>	<p>El entrenamiento en estas técnicas, inicio en la sesión No. 8, ya que en el objetivo anterior tomó más sesiones de las estipuladas.</p> <p>Una vez iniciado el entrenamiento en las técnicas necesarias para cumplir el objetivo planteado se cumplió el objetivo en el número de sesiones estipuladas para ello.</p>
8	<p>Dialogo socrático</p>	<p>Se trabajó en dialogo socrático en el tema de los sentimientos en las amistades y como éstas debilitan las metas futuras. El paciente respondió de forma adecuada a la actividad, inicialmente fue difícil debatir sus creencias las cuales se mantuvieron hasta el final de la sesión aproximadamente. Luego de esto, las creencias irracionales fueron disminuyendo y se logró concretar trabajar en el mejoramiento de las relaciones y la demostración de sentimientos.</p>
9-10-11	<p>Potenciar pensamiento reflexivo y reducir la impulsividad cognitiva y</p>	<p>Teniendo en cuenta que en parte se trabajó la reducción de la impulsividad cognitiva y conductual anteriormente, se enfatizó en la</p>

Implicaciones en el TDAH sin adherencia al tratamiento: Caso único adolescente de 15 años

	conductual	potenciación del pensamiento reflexivo, dichas técnicas duraron el tiempo estipulado, siendo la más difícil de interiorizar la técnica de la Demora forzada, sin embargo, la práctica del deporte, propicio la practica activa de ésta técnica y de éste modo la interiorización de la misma.
12	Control del movimiento	Basados en las intervenciones realizadas anteriormente relacionadas con la disminución de la impulsividad cognitiva y conductual, la intervención relacionada con el control de movimientos fue fácil de explicar y entendida de manera rápida por EDD.
13-14-15	Implementación de economía de fichas y refuerzos positivos en el hogar y en la escuela	El cumplimiento de éste objetivo tomó el tiempo establecido para el mismo, sin embargo, hubo inconvenientes en explicar la implementación de las técnicas dentro del ambiente escolar, ya que los profesores se mostraban escépticos frente a la utilidad de dichas técnicas, una vez realizada una reunión en la que se les explicó el beneficio que tendría para EDD la utilización de las técnicas accedieron a la utilización de las mismas y actualmente están siendo utilizadas por varios docentes en la institución

Implicaciones en el TDAH sin adherencia al tratamiento: Caso único adolescente de 15 años

16-17	Psiceducación a los padres acerca de la influencia de los problemas intrafamiliares en la conducta de EDD	Se utilizaron estrategias didácticas para explicar a los padres como influye la dinámica familiar en las conductas asociadas a los problemas presentes en EDD, se mostró la importancia de las pautas de crianza y cómo esta influye positivamente en el mejoramiento del problema.
18	Implementación escolar de la técnica del protagonista de la semana	Se utilizó ésta técnica con el fin de potenciar el mejoramiento en el comportamiento del paciente, se llevó una sesión la explicación con el director de grupo de la técnica y gracias a ella se ha logrado estabilizar las conductas disruptivas de EDD.
19-20-21	Terapia racional emotiva de la familia	Se pretendió con la implementación de la TREF la aceptación de cada uno de los miembros de la familia, implementando y reforzando las conductas de autoayuda y el entrenamiento en habilidades sociales y resolución de problemas. Una vez cumplidas el numero de sesiones establecidas para las mismas se logró cumplir con el objetivo planteado para estas sesiones

9.2. ANÁLISIS DEL CASO E INTERPRETACIÓN

El estudio de caso tiene como objetivo identificar las implicaciones del trastorno por déficit de atención e hiperactividad sin adherencia al tratamiento en la aparición de trastornos del comportamiento perturbador, mediante el análisis de las relaciones

funcionales en la historia de un paciente de 15 años de edad, con el fin de favorecer una evolución positiva, así como lo plantea Sasot & Ibañez (s.f.), quienes advierten que la no adecuada intervención del trastorno por déficit de atención e hiperactividad puede conllevar otros trastornos y pueden ser predictivos de otros problemas posteriores en la vida, tales como consumo de sustancias psicoactivas, delincuencia juvenil y criminalidad adulta. De este modo, el tratamiento debe ser multidisciplinar, interviniendo psicológicamente a través de medidas conductuales y cognitivas.

Se toma como referente los objetivos planteados en el estudio de caso único en el cual nos planteamos como primer objetivo disminuir las conductas agresivas, desafiantes e impulsivas, el cual será la base para mejorar otras esferas del desarrollo en las cuales el paciente presenta manifestaciones y/o comportamientos inadecuados, como son el ámbito familiar, social y académico.

Se realizó un total de 29 sesiones de tratamiento, ya que a pesar de que la familia acude voluntariamente, el paciente y los padres del mismo se mostraban remisos al establecimiento y adopción de cambios que eran necesarios para empezar desde el hogar y el manejo que se le diera a las situaciones conflictivas que se presenten en la vida del paciente.

En cuanto a las manifestaciones conductuales, EDD presenta dificultad en el control de los impulsos que se hacen evidentes de manera agresiva, impulsiva, desafiante y con cuyas respuestas motoras se caracterizan principalmente por dañar objetos y personas, expresando alegría y goce sin expectativa de culpa al daño causado, dichas conductas se han reducido en aproximadamente un 80% de acuerdo con la descripción del paciente, sus familiares, docentes y la observación directa realizada en algunos contextos donde el paciente se desempeña constantemente, esto se logró por medio del entrenamiento en autocontrol de las conductas agresivas e impulsivas, con

técnicas como la relajación muscular progresiva, técnica de la rueda de opciones para el control de la ira, técnica del semáforo, entre otras.

Del mismo modo se establecieron técnicas para potenciar el pensamiento reflexivo y reducir la impulsividad cognitiva, utilizando la técnica de PIAAR (Gallardo, 1993). Dichas técnicas en un principio no fueron bien recibidas por el paciente, ya que EDD no confiaba y no tenía intenciones de mejorar, su comportamiento disruptivo, con el paso de las sesiones el paciente fue adoptando poco a poco las técnicas, ya que notaba resultados internos y externos, llegando al punto de poder explicarlos en primera instancia dentro del hogar y luego, a compañeros del colegio a los que se fue acercando luego de ver cambios personales. Para obtener estas conductas se realizó psi coeducación con el paciente donde se le explicó su condición, la manera de controlarla y los beneficios que podría tener hacerlo, también se le habló de las dificultades y/o los obstáculos que podría obtener manteniendo las mismas conductas desadaptativas que venía presentando anteriormente.

Para las dificultades en el establecimiento y mantenimiento de las relaciones interpersonales, caracterizadas básicamente por las conductas evitativas, para reducir dichos comportamientos se trabajó en entrenamiento en solución de problemas, toma de decisiones, entrenamiento en habilidades sociales, tales técnicas, se utilizaron principalmente en el ámbito escolar, ya que es el contexto en el cual es notorio el deterioro de las relaciones interpersonales. Con los docentes también se trabajó en la psicoeducación, la cual fue posible gracias a las visitas domiciliarias a la escuela de EDD, entrega de material informativo (videos explicativos, folletos, artículos cortos, entre otros) así mismo se implementaron técnicas tales como la economía de ficha dentro del salón de clases donde además participaban los compañeros del aula de clases, la técnica del protagonista de la semana, donde se animaba al paciente a tener mayor

interacción con sus pares y profesores y a tener conductas amables y asertivas con respecto a los demás. Estas técnicas se apoyaron con trabajos conjuntos en familia a través de la terapia racional emotiva en la familia, así como la psicoeducación a través de medios didácticos y fáciles de entender para los miembros de la familia, teniendo en cuenta el nivel educativo de los mismos.

Cognitivamente se denotó un cambio por medio del debate socrático dirigido a sus dos problemas principales, en donde se evidenció que su autoconcepto se había visto un poco afectado por sus respuestas agresivas, en primera instancia la reestructuración cognitiva se efectuó para que EDD modificara los pensamientos negativos que tenía frente a los demás que generaba en él conductas específicas de agresión y de evitación y que eran generalizadas en él mismo. En cuanto a los esquemas se trabajó y modificaron los relacionados con estándares inflexibles, los cuales tenían mayor puntuación y representaban mayor riesgo para el paciente.

El comportamiento de EDD, sus padres y profesores permitieron que el paciente evolucionara y que sus avances actualmente continúen; el entorno familiar fue un foco importante para trabajar dado que los estilos parentales disfuncionales mantenían varias de las conductas del paciente, dado que existían modos de crianza permisivos y a la vez autoritarios, con baja tasa de refuerzos y baja o nula tasa de castigos, haciendo que EDD decidiera actuar autónomamente.

Del mismo modo, trabajar reestructuración cognitiva y estilos parentales positivos, aportaron eficacia al tratamiento, puesto que al modificar muchas de las conductas perjudiciales para el paciente, recibió apoyo y reconocía como debía controlar dichas conductas.

Al cumplir los objetivos del plan de tratamiento se hizo énfasis puntual en la prevención de recaídas, psicoeducando ampliamente a la familia y a los profesores para

actuar de la manera correcta en caso de tener respuestas agresivas o impulsivas en algún momento. Así mismo se puntualizó en prevenir las conductas delictivas del paciente, ya que éstas son características del trastorno disocial del cual EDD presenta una amplia gama de características.

En la actualidad, las conductas agresivas, impulsivas, desafiantes y evitativas del paciente han disminuido considerablemente, esto también con el apoyo de una última pero no menos importante intervención, la cual está dirigida al establecimiento de las actividades deportivas, con el consentimiento y apoyo de los padres, con el fin de canalizar energías, controlar movimientos, respetar reglas y normas, potenciar la práctica de las técnicas aprendidas al inicio de la intervención y propiciar el establecimiento de las relaciones sociales e interpersonales, con el fin de que éstas se vuelvan sólidas y duraderas teniendo en cuenta los gustos en común.

En base a la intervención y el compromiso del paciente y su familia, es notorio el mejoramiento en el rendimiento académico de EDD, sus relaciones con la familia ahora se rigen por la escucha activa y la práctica del respeto, se modificaron algunas pautas de crianza, lo que incentivó un cambio notorio en el paciente, de igual forma sus interacciones sociales y el interés que éste le pone a las relaciones ha incrementado, haciendo que EDD en este momento cuente con un grupo de amigos con los cuales comporta gustos y que se han convertido en una red de apoyo, alejándose totalmente de la pandilla a la cual pertenecía hace algunos meses y con la cual tenía conductas delictivas menores.

10. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Al realizar el proceso de investigativo sobre la implicaciones del TDAH cuando no se presenta adherencia al tratamiento en un estudio de caso único de un adolescente de 15 años del municipio de San Antero- Córdoba, es de resaltar como este trastorno se convierte en muchas ocasiones en un problema de salud pública, en el que se alteran diversos factores del sujeto como personales, sociales, familiares, conductuales entre otros, como señala Lewis, Cuesta, Ghisays y Romero (2004), citado por Alza (2013), en el que describe que existe un alto índice de prevalencia de este trastorno y en el que las repercusiones que acarrea a largo plazo en el ajuste social y personal y por último su carácter crónico hacen que persista en la adolescencia y en la vida adulta.

Así mismo en la evaluación realizada se tomó como eje principal la identificación e implicaciones del trastorno por déficit de atención e hiperactividad sin adherencia al tratamiento en la aparición de trastornos del comportamiento perturbador en el que se evidencio como uno de las factores que de algún modo aumento sus niveles de alteración en el TDAH y que tuviera comorbilidad con otros trastornos como el trastorno disocial fue la exposición al conflicto armado Colombiano en el cual se convirtió su familia y el paciente en desplazados por la violencia y en el que estuvo de manifiesto las agresiones, muertes, crisis económica y donde el nivel de escolarización por parte de los padres afecto del algún modo en sus aspectos cognitivos y conductuales y donde el cerebro como procesador de información tiende a guardar este tipo de información y transformarlo de modo positivo o negativo dependiendo de la personalidad del individuo. Como señala Ospina & Vivas (2014), quien destaca que los estímulos percibidos son procesados mediante la codificación y formación de conceptos, la memoria y el lenguaje. La principal habilidad del cerebro es almacenar la información codificando representaciones de la experiencia.

De ahí que se resalta el hecho de como uno de los factores iniciales que presenta en el proceso evaluativo e historial clínico fue la falta de interés por relacionarse con los demás, siendo retraído en sus acciones y agrediendo en muchas ocasiones a quien le molestara como su hermana. Del mismo modo en las evaluaciones realizadas y test aplicados se mostró que el principal diagnóstico que presentaba el paciente era TDAH que presentaba desde niño y en el que tuvo una alta comorbilidad con trastornos de la conducta disruptiva como es el trastorno disocial, que está reflejado en las agresiones y falta de interés en relacionarse con los demás, de ahí que se relacione con estudios anteriormente efectuados donde se destaca el hecho de que es posible que entre un 70 y 80 por ciento de los niños con TDAH, la condición continúe presentando síntomas, y entre un 25 y 35 por ciento de los adolescentes presenten conducta antisocial o trastorno disocial (González, 2006). Todo lo anterior resaltando el hecho de que el paciente no tuvo tratamiento anteriormente para el TDAH lo que aumento más el riesgo de presentar este tipo de trastorno disocial. Así mismo al presentar el TDAH con comorbilidad con otros trastornos puede hacer más difícil su tratamiento y al no ser llevado a tiempo con el estudio presente se pueden presentar diversos factores sociales involucrados como lo expone Barragán, y otros (2007), en el que señala que el TDAH en la adolescencia al incrementar los síntomas sin un tratamiento eficaz, además de los problemas en la escuela, pueden ocurrir otros relacionados con la impulsividad y la búsqueda de satisfacciones inmediatas. Por eso tienden a desarrollar una vida sexual precoz con riesgo de embarazo y enfermedades, a experimentar con drogas y a exponerse a experiencias que ponen en peligro su vida, y a presentar conductas autoagresivas cuando se sienten frustrados.

Del mismo modo el hecho de que un paciente no reciba tratamiento a tiempo o no lo termine se pueden desencadenar problemas de tipo social y personal como lo

señala Vélez & Vidarte (2012), quien describe que los niños que no reciben ningún tratamiento o lo reciben incompleto, el 80 %, tienen un mal pronóstico a largo plazo, con aparición de trastornos explosivos de la conducta en la adolescencia, trastorno disocial de la conducta, trastorno de la personalidad de tipo delictivo, alcoholismo, farmacodependencia, inestabilidad laboral y dificultades en las relaciones personales.

En este ámbito resaltando el hecho de que para el estudio de caso se tomó un proceso interventivo para tratar el diagnóstico del paciente tanto del TDAH como del trastorno disocial donde se evidencio que el tratamiento para este de 29 sesiones disminuyo las conductas impulsivas y de desatención en un 80%, mediante el autocontrol de las conductas agresivas e impulsivas, con técnicas como la relajación muscular progresiva, técnica de la rueda de opciones para el control de la ira, técnica del semáforo, entre otras. Así mismo para intervenir cognitivamente se aplicó la técnica de PIAAR y psicoeducación para así indicar al paciente y su familia sobre las sesiones a realizar lo cual aumento así que el paciente disminuyera las conductas desadaptativas. En este sentido se logró evidenciar que tener un tratamiento para el TDAH y el trastorno disocial ayudan a disminuir los síntomas de ambos trastornos como lo señalado por Madaan et al., (2006) citado por Alza (2013), donde este desorden no tratado en su sintomatología nuclear (inatención, hiperactividad e impulsividad), puede originar un deterioro significativo durante toda la vida de los individuos afectados. Realizando de este modo una evaluación y tratamiento del niño de forma individual y planificada para optar seguidamente a las variadas opciones de tratamiento que existen para el TDAH, tanto de tipo farmacológico, psicológico, educativo, como social.

Teniendo en cuenta lo anterior se logró comprobar como el TDAH al no ser tratado a tiempo el paciente puede sufrir graves consecuencias como desatar o tener comorbilidad con otros trastornos como el trastorno disocial con conductas impulsivas y

falta de interés por lo que se realiza, de ahí que sea trascendental la puesta en marcha de un tratamiento multidisciplinar (paciente, padres, psicólogo, médicos, docentes, entre otros) los cuales permitan mejorar aspectos tanto comportamentales, cognitivos como sociales que brinden un mejor estilo de vida para su familia y la de la persona.

Con respecto a esto, este estudio generó un gran interés por indagar más a fondo los procesos interventivos clínicos a nivel de los trastornos que tengan comorbilidad con el TDAH lo que hizo más fructífera la investigación y así permitir que se incremente en este ámbito el incremento por este tipo de trastornos los cuales pueden generar problemas de tipo social como se mencionó anteriormente. En conclusión es importante resaltar la importancia de las intervenciones a tiempo en este tipo de trastornos, teniendo siempre en cuenta un diagnóstico diferencial y un tratamiento enfocado en las características del paciente, lo que hace que en este estudio de caso se recalque en esto, debido a que en el momento de intervenir se redujo los síntomas tanto del TDAH como del trastorno disocial en un 80%.

11. BIBLIOGRAFÍA

- ✚ Alcázar, M., Verdejo, A., Bouso, J., & Bezos, L. (2010). Neuropsicología de la agresión impulsiva. *Rev. neurológica. Vol 50. N° 10*, 291-299.
- ✚ Alda, J., Arango, C., Castro, J., Petitbó, M., & Soutollo, C. (2009). Trastorno del comportamiento de la infancia y la adolescencia: ¿que está sucediendo? *FAROS, Hospital San Joan de Deu*, 1-92.
- ✚ Alonso, D., Fonseca, L., Gaitan, A., & Triana, A. (2010). Perfil neuropsicológico de una preadolescente con trastorno disocial. *Universidad de San Buenaventura*, 1-30.
- ✚ Alza, C. (2013). Intervenciones actuales en el trastorno por déficit atencional con/ sin hiperactividad (TDAH), en niños y adolescentes. *Universidad de Chile*, 1-140.
- ✚ Andrade, J., Barbosa, J., & Lozada, C. (2012). Factores de riesgo biopsicosocial que influye en desarrollo del trastorno disocial en adolescentes Colombianos. *Revista internacional de psicología Vol 12. N° 1*, 1-26.
- ✚ Araujo, E. (2012). Diferencias de la función ejecutiva en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad y en sintomatologías asociadas. *Universidad Autónoma de Barcelona*, 1-178.
- ✚ Artigas, J., Guitart, M., & Gabau, E. (2013). Bases genéticas de los trastornos del desarrollo. *Revista de Neurología*, 23-34.
- ✚ Barragán, E., De la Peña, F., Ortiz, S., Ruíz, M., Hernández, J., Palacios, L., y otros. (2007). Primer censo latinoamericano de trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Medigraphic Artemisa. Vol 64.*, 326-343.
- ✚ Benito, R. (2008). *Evolución en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), a lo largo de la vida*. Madrid, España: DRAFT EDITORES. S.L.
- ✚ De La Peña, F. (2003). Tratamiento multisistémico en adolescentes con trastorno disocial. *Salud pública de México Vol 45, N° 1*, 124-131.

- ✚ De la peña, F., & Palacios, L. (2011). Trastornos de la conducta disruptiva en la infancia y la adolescencia: Diagnóstico y tratamiento. *Salud Mental. Vol 34 N° 5*, 421-427.
- ✚ Del Pozo, A. (2009). Trastornos de la conducta en la infancia y en la adolescencia. El trastorno disocial. *Apuntes de clase*, 1-10.
- ✚ Duños, L. (2014). TDAH infantil y metilfenidato. Predictores clínicos de respuesta al tratamiento. *Universidad Autónoma de Barcelona*, 1-266.
- ✚ Elizalde, A. (2014). TDAH: Repercusión en la vida del niño. *Universidad de Navarra*, 1-41.
- ✚ Federación Española de asociaciones de ayuda al déficit de atención e hiperactividad. (s.f. de s.f. de s.f.). *Datos y cifras TDAH*. Recuperado el 29 de 03 de 2017, de Feaadah: <http://www.feaadah.org/es/sobre-el-tdah/datos-y-cifras.htm>
- ✚ Fernández, A., & Calleja, B. (s.f.). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *s.n.*, 1-292.
- ✚ Ferrer, A., De Pedro, B., & Basurto, P. (2009). Déficit de atención con hiperactividad implicaciones educativas. *Universidad autónoma de Madrid*, 1-36.
- ✚ Fundación internacional o Belen; Fundación Iberdrola. (s.f.). *Investigación sobre trastornos del comportamiento en niños y adolescentes*. Valencia, España: proyecto Esperí.
- ✚ García, C., & López, Y. (2012). Manifestaciones conductuales del control inhibitorio en el trastorno desafiante por oposición valorado por el instrumento señal de parada. *Universidad Católica de Pereira*, 1-55.
- ✚ Giménez, L. (2014). Tratamiento cognitivo-conductual de problemas de conducta en un caso de trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de psicología clínica con niños y adolescentes. Vol 1 N°1*, 79-88.

- ✚ Gonzáles, E. (2006). Trastorno de deficit de atención e hiperactividad en el salon de clases. *Universidad Complutense de Madrid*, 1-314.
- ✚ Jimenez, C. (2013). "Estudio de las funciones ejecutivas y la conducta social de jovenes de 11 a 13 años". *Universidad central de Ecuador* , 1-200.
- ✚ León, A., Jiménez, Á., & Restrepo, G. (2010). El trastorno por deficit de atención en el sector educativo oficial de Armenia. *Revista Educación, comunicación, tecnología. Vol 5, N°9*, 1-20.
- ✚ Lopera, F. (2008). Funciones ejecutivas: Aspectos clinicos . *Revista neuropsicología, neuropsiquiatria y neurociencias. Vol 8 n° 2*, 59-76.
- ✚ Lopez, J., Rodríguez, L., Sacristán, M., Garrido, M., & Martínez, T. (2006). El psicologo clinico y el trastorno por deficit de atención con hiperactividad: Vinculación con el pediatra. *Revista pediátrica de atención primaria, Vol VIII, Suplemento 4*, 157-73.
- ✚ Lora, A., & Díaz, M. (2011). Abordaje del trastorno por deficit de atención con/ sin Hiperactividad dese la vision del pediatra de cabecera. *Rev PediatrAten Primaria Supl (20)*, 115-26.
- ✚ Medina, C. (2006). Evaluacion clinica de los trastorno de aprendizaje. *Neuropediatria revisiones. Vol 4, N° 1*, 1-56.
- ✚ Merida, E. (2014). "Trastorno por deficit de atención con hiperactividad en niños con epilepsia". *Universidad Rafael Landivar*, 1-105.
- ✚ MINSALUD. (2015). Encuesta nacional de salud mental . *Minsalud*, 1-37.
- ✚ Morais, M. (2014). Instrumentos de evaluación y diagnostico del trastorno por deficit de atención con hiperactividad (TDAH) en adultos. *Universidad Autonoma de Barcelona*, 1-193.
- ✚ Moreno, J., & Matínez, N. (2010). Conductas externalizantes, rendimiento academico y atención selectiva en niños con y sin hiperactividad. *Psychologia, Avances de la disciplina, Vol 4, N° 1*, 39-53

- ✚ Ospina, K., & Vivas, M. (2014). Afrontamiento familiar de niños diagnosticados con trastorno por déficit de atención e hiperactividad rol de enfermería. *Universidad de la Sabana*, 1-51.
- ✚ Pascual-Castroviejo, I. (2008). Trastornos por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). *Asociación española de pediatría*, 140-150.
- ✚ Pineda, W., & Fuentes, P. (2013). Estudio ex-postfacto de la teoría de la mente en niños escolarizados diagnosticados con déficit de atención-hiperactividad. *Tesis psicológica. Vol 8 N° 2*, 144-161.
- ✚ Presentación, M., & Martínez, M. (s.f.). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad y potenciales evocados cognitivos. Proyecto de investigación. *Universitat Jaume*, 1-11.
- ✚ Ramirez, L., Arena, A., & Henao, G. (2005). Caracterización de la memoria visual, semántica y auditiva en niños y niñas con déficit de atención tipo combinado, predominantemente inatento y un grupo control. *Revista electrónica de investigación psicoeducativa, Vol 3. N° 7*, 89-108.
- ✚ Ramírez, Y., Díaz, M., Vega, I., & Martínez, R. (2013). Desarrollo psicomotor y alteraciones cognitivas en escolares con alteraciones del neurodesarrollo. *Revista cubana de Neurología y neurocirugía*, 1-6.
- ✚ Rivera, G. (2013). Etiología del trastorno por déficit de atención e hiperactividad y características asociadas en la infancia y la niñez. *Acta de investigación de psicología, Vol 3, N° 2*, 1079-1091.
- ✚ Rizzo, A., Medina, A., & Restrepo, J. (2014). Propuesta de rehabilitación neuropsicológica de la atención, las funciones ejecutivas y empatía en personas con diagnóstico de trastorno antisocial de la personalidad, desvinculadas del conflicto armado Colombiano. *Revista virtual universidad Católica del Norte. N°42*, 138-153.
- ✚ Romero, J., & Lavigne, R. (2005). *Dificultades en el aprendizaje: Unificación de criterios Diagnósticos*. Andalucía, España: Junta de Andalucía, Consejería de educación dirección general de participación y solidaridad educativa

- ✚ Sasot, J., & Ibañez, R. (s.f.). Trastorno de conducta negativista desafiante. *Centro medico Teknon Barcelona*, 1-25.
- ✚ Siegenthaler, R. (2009). Intervención multicontextual y multicomponente en niños con trastorno por deficit de atención con hiperactividad subtipo combinado. *Universitat Jaume- I*, 1-363.
- ✚ Vásquez, J., Cárdenas, E., Feria, M., Benjet, C., Palacios, L., Peña, D. L., y otros. (2010). Guía clínica para el trastorno por deficit de atención e hiperactividad. *Instituto nacional de psiquiatria*, 1-43.
- ✚ Vasquez, J., Feria, M., Palacios, F., & De la Peña, F. (2010). Guía clínica para el trastorno disocial. . *Instituto nacional de psiquiatria Ramon de la fuente*, 1-27.
- ✚ Veléz, A., Talero, C., Gonzáles, R., & Ibañez, M. (2008). Prevalencia de trastorno por deficit de atención con hiperactividad en estudiantes de escuela de Bogota, Colombia. *Acta neurol, Colombia, Vol 24. N° 1*, 6-12.
- ✚ Vélez, C., & Vidarte, J. (2012). Trastorno por deficit de atención e hiperactividad (TDAH), una problemática a abordar en la política pública de primera infancia en Colombia. *Revista de salud publica, Vol 14, Sup 2*, 113-128.

12. ANEXOS

CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE CASO SOBRE LAS IMPLICACIONES DEL TDAH SIN ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Psicóloga(o): Damaris Corrales Ballesteros

Señor(a) Edelmira Martínez le estamos invitando a participar en un estudio de caso de la Maestría en Psicología Clínica de la Universidad del Norte de Barranquilla.

Primero, nosotros queremos que usted conozca que:

- La autorización para utilizar en este estudio de caso el material o contenido desarrollado durante las sesiones es absolutamente voluntaria.
- Esto quiere decir que si usted lo desea puede negarse a autorizar utilizar el contenido de nuestras sesiones con fines académicos en la elaboración de un estudio de caso sin tener que dar explicaciones.
- Los temas abordados que serán analizados en este estudio de caso y sus datos personales se mantendrán en absoluta reserva.
- Usted no recibirá beneficio económico alguno del estudio actual. Los estudios de caso como este sólo producen conocimientos que pueden ser aplicados en el campo de la psicoterapia más adelante.

Procedimientos

En el estudio de caso, en el cual usted participará, se analizarán los contenidos dialogados durante las distintas entrevistas que le fueron o serán realizadas. Sé que de la forma más auténtica y sincera posible usted hable sobre su experiencia en particular.

La información obtenida en las entrevistas será sometida a un proceso de análisis en el que lo importante es poder llegar a comprender las implicaciones del trastorno por déficit de atención e hiperactividad sin adherencia al tratamiento en la aparición del comportamiento perturbador, mediante el análisis de la historia de un paciente adolescente de 15 años de edad, con el fin de favorecer una evolución positiva.

- Describir la evolución de un trastorno TDAH a un trastorno disocial, lo anterior, mediante la revisión del curso de los problemas en sus antecedentes históricos para la prevención de pronósticos reservados y desfavorables.
- Determinar la comorbilidad existente entre el trastorno por déficit de atención e hiperactividad y el trastorno disocial en un adolescente que no ha sido tratado como un paciente con diagnóstico de trastorno por déficit de atención con hiperactividad y que ha evolucionado a trastorno disocial.
- Analizar las consecuencias de la falta de intervención temprana de TDAH, por medio de la revisión teórica e investigativa de esta entidad clínica en el contexto familiar, educativo y social del paciente de 15 años

Los resultados serán publicados (manteniendo total reserva sobre los datos personales) y entregados a la Universidad del Norte como requisito para el grado de la Maestría en

Psicología. Usted recibirá retroalimentación sobre lo encontrado en el caso antes de ser socializados.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Después de haber leído comprensivamente toda la información contenida en este documento en relación con el estudio de caso sobre **(LAS IMPLICACIONES DEL TDAH SIN ADHERENCIA AL TRATAMIENTO)** y de haber recibido de la señor(a) Damaris Corrales Ballesteros explicaciones verbales sobre la misma, así como respuestas satisfactorias a mis inquietudes, he decidido de forma libre, consciente y voluntaria aceptar participar en este caso. Además, autorizo a Damaris Corrales Ballesteros para utilizar la información codificada en este caso en un artículo científico, en el cual se manejará con total confidencialidad y reserva todos mis datos de contacto.

En constancia, firmo este documento de consentimiento informado, en presencia de la señora Aura Bitar Monterrosa en la ciudad de San Antero el día 03 del mes de Mayo

Nombre, firma y documento de identidad:

Nombre: ALFA BITAR MONTERROSA Firma: [Firma]
Cédula de ciudadanía: 78.063.147 de JOPICA

Nombre, firma y documento de identidad de la psicóloga(o):

Nombre: Damaris Corrales Ballesteros Firma: [Firma]
Cédula de ciudadanía: 1063-159-692 de Jopica
Teléfono: 3015033180, Correo electrónico: damariscorralballesteros@gmail.com

Nombre, firma y documento de identidad del Tutor del caso:

Nombre: Aura Mercedes Beelo Firma: [Firma]
Cédula de ciudadanía: 32712087 de Bogotá
Teléfono: 3570368, Correo electrónico: ambellov@yahoo.com

CDI

Nombre: Felipe Gonzalez

Edad: 15

Fecha: Agosto 17

Instrucciones: A continuación encontrarás unas frases que indagan sobre la forma en como te has sentido en los últimos días. Te pido responder de la forma más sincera posible. Señala la frase que mejor describa la forma como te sientes.

Ejemplo:

A 0	Siempre me siento mal	
B 1	A veces me siento mal	
C 2	Nunca me siento mal	<

1.A	De vez en cuando estoy triste	
B	Muchas veces estoy triste	
C	Estoy triste todo el tiempo	>
2.A	Nunca voy a lograr nada	
B	No estoy seguro si lo que me propongo lo voy a lograr	
C	Cundo me propongo algo, casi siempre lo logro	>
3.A	La mayoría de las cosa las hago bien	>
B	Muchas cosa las hago bien	
C	Todo lo hago mal	

4.A	Muchas cosa me divierten	
B	Solo me divierten algunas cosas	
C	No me divierte nada.	<
5.A	La mayoría de las veces soy desobediente	<
B	Algunas veces soy desobediente	
C	Generalmente soy obediente	
6.A	Pocas veces pienso que me puede suceder algo malas	<
B	Me preocupo que me pasen cosas malas	
C	Estoy seguro que me va a ocurrir algo horrible	
7.A	Me odio	<
B	No me quiero mucho	
C	Me quiero	>
8.A	Yo siempre soy culpable cuando algo me sale mal	
B	La mayoría de las veces soy culpable cuando algo me sale mal	
C	Casi nunca soy culpable cuando algo me sale mal	>
9.A	Tengo ganas de matarme	>
B	A veces tengo ganas de matarme	
C	No quiero matarme	
10.A	Siento ganas de llorar todos los días	
B	En el último tiempo he tenido muchas ganas de llorar	
C	Pocas veces tengo ganas de llorar	>
11.A	Todo me molesta	
B	A veces me molesta algo	>
C	Pocas veces me molestan	
12.A	Me gusta estar con la gente	
B	La mayoría de las veces me molesta estar con gente	
C	No quiero estar con nadie	<
13.A	No soy capaz de tomar decisiones	
B	Me cuesta mucho decidirme	
C	No tengo problemas para decidirme	<
14.A	Estoy contento con mi cuerpo	
B	Algunas cosas de mi cuerpo no me gustan	>
C	No me gusta nada de mi cuerpo	

15.A	Siempre me tienes que obligar a hacer las tareas	>
B	A veces me tienes que obligar a hacer las tareas	
C	No tengo problemas para hacer las tareas	
16.A	Duermo mal todas las noches	>
B	Algunas noches duermo mal todas las noches	
C	En general duermo bien	
17.A	Pocas veces me siento cansado	>
B	Algunas veces me siento cansado	
C	Siempre me siento cansado	
18.A	Nunca tengo ganas de comer	
B	Muchas veces no tengo ganas de comer	
C	Siempre como bien	>
19.A	Si siento algún dolor o enfermedad, no me preocupo	>
B	Si siento algún dolor, me preocupo	
C	Siempre me preocupan algún dolor	
20.A	No me siento solo	<
B	Muchas veces me siento solo	
C	Siempre me siento solo	
21.A	No me gusta ir al colegio	>
B	Algunas veces me gusta	
C	Siempre quiero ir al colegio	
22.A	Tengo muchos amigos	
B	Tengo algunos amigos, pero me gustaría tener más	
C	No tengo amigos	>
23.A	Me va bien en el colegio	
B	No me va tan bien en el colegio como antes	
C	Hasta en las materias que me iba bien, me va mal ahora	<
24.A	Nunca podré ser tan bueno como otros niños	
B	Si yo quisiera, podría ser tan bueno como otros niños	
C	Soy igual de bueno como otros niños	<
25.A	Nadie me quiere realmente	
B	No sé si alguien me quiere	
C	Estoy seguro de que me quieren	<

26.A	Casi siempre hago lo que me dicen	
B	Algunas veces no hago lo que me dicen	
C	Nunca hago lo que me dicen	<
27.A	Me llevo bien con los demás	
B	Frecuentemente tengo problemas con los demás	
C	Todo el tiempo tengo problemas con los demás	>

CUESTIONARIO DE CONDUCTA DE CONNERS PARA PROFESORES

Nombre del Niño(a) Edulberto Carrizosa

Fecha Agosto 17

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			X	
2. Tiene explosiones impredecibles, de mal genio.				X
3. Se distrae fácilmente, tiene escasa atención.		X		
4. Molesta frecuentemente a otros niños				X
5. Tiene aspecto enfadado, huraño.				X
6. Cambia bruscamente sus estados de ánimo.			X	
7. Intranquilo, siempre en movimiento.				X
8. Es impulsivo e irritable				X
9. No termina tareas que empieza			X	
10. Sus esfuerzos se frustran fácilmente.		X		
TOTAL				23

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

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

CUESTIONARIO DE CONDUCTAS PARA PADRES, CONNERS

Implicaciones en el TDAH sin adherencia al tratamiento: Caso único adolescente de 15 años

Cuestionario de Escaner Para Padres

Edilberto González M.

Agosto -17-16-

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.		X		
7. Se distrae fácilmente, tiene escasa atención.			X	
8. Cambia bruscamente sus estados de ánimo.				X
9. Sus esfuerzos se frustran fácilmente.	X			
10. El niño(a) no asigna puntaje a cada respuesta del siguiente modo: niños. <i>Muestra fuertemente a distraer</i>				X
NADA	0 PUNTOS			
POCO	1 PUNTO			
BASTANTE	2 PUNTOS			
MUCHO	3 PUNTOS			

32. Me da lo mismo si castigan o no a la gente que le hace daño a otros.	<input checked="" type="checkbox"/>	()	()
33. Cuando las cosas no salen como a mi me gusta, me enoja mucho.	<input checked="" type="checkbox"/>	()	()+
34. Ningún problema es tan malo como para ponerse triste mucho tiempo.	<input checked="" type="checkbox"/>	()	()
35. Pienso mucho en la muerte y en cosas peligrosas.	<input checked="" type="checkbox"/>	()	()+
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 enoja 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.	()	<input checked="" type="checkbox"/>	()
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"/>	()	()+

13. Cuando las cosas me salen mal yo no me enojo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
14. Una persona puede ser feliz aunque tengan muchos problemas.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Las cosas malas que pasan no me preocupan	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> +
16. Las cosas que me parecen difíciles no las hago	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input 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 que 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 checked="" type="radio"/>	<input 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 type="radio"/>	<input checked="" 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 type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> +
27. Pienso que si ahora tengo problemas, es porque cuando estaba más pequeño los tuve.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> +
28. Cuando me equivoco, vuelvo y repito las cosas hasta que me queden muy bien hechas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> +
29. Aunque me gusta que la gente me acepte, si no lo hacen me da lo mismo.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. Cuando hay problemas en mi casa, la gente de la calle no debe saberlos.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/> +
31. Me da dificultad decirle a la gente lo que siento por ellos (por ejemplo que los quiero.)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> +

IBT MODIFICADO PARA NIÑOS

NOMBRE: Edilberto González
 EDAD: 15 Años
 CURSANDO EL AÑO DE ESTUDIO: 7º De bachillerato
 FECHA DE HOY: Agosto 23 - 2016

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 type="checkbox"/>	<input checked="" 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 type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> +
5. Cuando algo me disgusta, no lo hago.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> +
6. Cuando estoy triste es muy difícil contentarme.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> +
7. Cuando tengo un problema lo resucivo 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 type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> +
9. Me preocupa mucho que la gente piense, sienta o diga de mí.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" 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 type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> +
12. Me siento como un tonto o un bobo si lloro.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> +

CUESTIONARIO DE DISTORCIONES COGNITIVAS PARA NIÑOS (CDCN -1)
(F. Bas, 1986)

Nombre Edulberto González Edad 15

Curso 7º Fecha Agosto 23-2016

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

	SI	NO
1. Yo, o hago las cosas bien o las hago mal, o soy bueno, o soy malo o feliz o infeliz, etc.	X	
2. Cuando pierdo 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 cosas 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 éxito 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», «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	7	4.

21. Bajo nivel de energía

- 0. No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo.
- 1. La relación sexual me atrae menos que antes.
- 2. Estoy mucho menos interesado por el sexo que antes.
- 3. He perdido totalmente el interés sexual.

1. Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo.
2. Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo.
3. Creo que tengo un aspecto horrible.

15. Enlentecimiento

0. Trabajo igual que antes.
1. Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo.
2. Tengo que obligarme a mí mismo para hacer algo.
3. Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea.

16. Insomnio

0. Duermo tan bien como siempre.
1. No duermo tan bien como antes.
2. Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.
3. Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.

17. Fatigabilidad

0. No me siento más cansado de lo normal.
1. Me canso más que antes.
2. Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
3. Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18. Pérdida de apetito

0. Mi apetito no ha disminuido.
1. No tengo tan buen apetito como antes.
2. Ahora tengo mucho menos apetito.
3. he perdido completamente el apetito.

19. Pérdida de peso

0. No he perdido peso últimamente.
1. He perdido más de 2 kilos.
2. He perdido más de 4 kilos.
3. He perdido más de 7 kilos.

20. Preocupaciones somáticas

0. No estoy preocupado por mi salud
1. Me preocupan los problemas físicos como dolores, malestar de estómago, catarros, etc.
2. Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas.
3. Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas.

1. Estoy descontento de mí mismo.
2. Estoy a disgusto conmigo mismo.
3. Me detesto.

8. Autoacusación

0. No me considero peor que cualquier otro.
1. me autocritico por mi debilidad o por mis errores.
2. Continuamente me culpo por mis faltas.
3. Me culpo por todo lo malo que sucede.

9. Idea suicidas

0. no tengo ningún pensamiento de suicidio.
1. A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré.
2. Desearía poner fin a mi vida.
3. me suicidaría si tuviese oportunidad.

10. Episodios de llanto

0. No lloro más de lo normal.
1. ahora lloro más que antes.
2. Lloro continuamente.
3. No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga.

11. Irritabilidad

0. No estoy especialmente irritado.
1. me molesto o irritado más fácilmente que antes.
2. me siento irritado continuamente.
3. Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban.

12. Retirada social

0. No he perdido el interés por los demás.
1. Estoy menos interesado en los demás que antes.
2. He perdido gran parte del interés por los demás.
3. he perdido todo interés por los demás.

13. Indecisión

0. tomo mis propias decisiones igual que antes.
1. Evito tomar decisiones más que antes.
2. Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
3. Me es imposible tomar decisiones.

14. Cambios en la imagen corporal.

0. No creo tener peor aspecto que antes

EDILBERTO GONZALEZ
AGOSTO 23.
PD = 30

Inventario para la Depresión de Aaron Beck
(Beck Depression Inventory, BDI; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979)

1. Tristeza.

- 0. No me siento triste.
- 1. Me siento triste.
- 2. Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
- 3. Me siento tan triste o desgraciado que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0. No me siento especialmente desanimado de cara al futuro.
- 1. Me siento desanimado de cara al futuro.
- 2. siento que no hay nada por lo que luchar.
- 3. El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3. Sensación de fracaso

- 0. No me siento fracasado.
- 1. he fracasado más que la mayoría de las personas.
- 2. Cuando miro hacia atrás lo único que veo es un fracaso tras otro.
- 3. Soy un fracaso total como persona.

4. Insatisfacción

- 0. Las cosas me satisfacen tanto como antes.
- 1. No disfruto de las cosas tanto como antes.
- 2. Ya no obtengo ninguna satisfacción de las cosas.
- 3. Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo.

5. Culpa

- 0. No me siento especialmente culpable.
- 1. Me siento culpable en bastantes ocasiones.
- 2. Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
- 3. Me siento culpable constantemente.

6. Expectativas de castigo

- 0. No creo que esté siendo castigado.
- 1. siento que quizás esté siendo castigado.
- 2. Espero ser castigado.
- 3. Siento que estoy siendo castigado.

7. Autodesprecio

- 0. No estoy descontento de mí mismo.

Fecha: Agosto 31-2016.

CUESTIONARIO

NOMBRE	Niño (a) <u>Edilberto González</u>			
	Padre <u>Edilberto González</u>	Madre <u>Edelmira Martínez</u>		
EDAD	SEXO		F	M <input checked="" type="checkbox"/>
ESTADO CIVIL	Soltero	Casado	Divorciado	U <input checked="" type="checkbox"/> Consensual
CONVIVENCIA	Madre <input checked="" type="checkbox"/>	Padre <input checked="" type="checkbox"/>	Hermanos <input checked="" type="checkbox"/>	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)				
			SI	NO
1	siento que mis papás me quieren menos.			<input checked="" type="checkbox"/>
2	Mis papás siempre están molestos por mi comportamiento.		<input checked="" type="checkbox"/>	
3	Mis papás me han dicho que yo no sirvo para nada.			<input checked="" type="checkbox"/>
4	Mis papás me pegan y no entiendo por qué.			<input checked="" type="checkbox"/>
5	Casi siempre mis papás me pegan.		<input checked="" type="checkbox"/>	
6	Mis papás me demuestran que me quieren.		<input checked="" type="checkbox"/>	
7	Mis papás nunca están conmigo.		<input checked="" type="checkbox"/>	
8	Yo creo que mis papás no quieren estar conmigo.			<input checked="" type="checkbox"/>
9	Cuando me porto bien, mis papás me hacen sentir bien.		<input checked="" type="checkbox"/>	
10	Ellos me quieren como soy.			<input checked="" type="checkbox"/>
11	Ellos a veces juegan conmigo.			<input checked="" type="checkbox"/>
12	Nunca me dejan jugar.		<input checked="" type="checkbox"/>	
13	Ellos siempre están peleado.		<input checked="" type="checkbox"/>	
14	Ellos me tratan mal.			<input checked="" type="checkbox"/>
15	Ellos se pegan.		<input checked="" type="checkbox"/>	
16	Mis papás quieren más a otros que a mí.		<input checked="" type="checkbox"/>	
17	Mis papás me dejan hacer lo que yo quiera y nunca me regañan.		<input checked="" type="checkbox"/>	

CDI

Nombre: Edilberto González Edad: 15 Fecha: Sep 21

Instrucciones: A continuación encontrarás unas frases que indagan sobre la forma en como te has sentido en los últimos días. Te pido responder de la forma más sincera posible. Señala la frase que mejor describa la forma como te sientes.

Ejemplo:

A 0	Siempre me siento mal	
B 1	A veces me siento mal	
C 2	Nunca me siento mal	

1.A	De vez en cuando estoy triste	<
B	Muchas veces estoy triste	
C	Estoy triste todo el tiempo	
2.A	Nunca voy a lograr nada	
B	No estoy seguro si lo que me propongo lo voy a lograr	
C	Cundo me propongo algo, casi siempre lo logro	>
3.A	La mayoría de las cosa las hago bien	
B	Muchas cosa las hago bien	>
C	Todo lo hago mal	

4.A	Muchas cosa me divierten	
B	Solo me divierten algunas cosas	<
C	No me divierte nada	
5.A	La mayoría de las veces soy desobediente	<
B	Algunas veces soy desobediente	
C	Generalmente soy obediente	
6.A	Pocas veces pienso que me pueda suceder algo malas	>
B	Me preocupo que me pasen cosas malas	
C	Estoy seguro que me va a ocurrir algo horrible	
7.A	Me odio	<
B	No me quiero mucho	
C	Me quiero	
8.A	Yo siempre soy culpable cuando algo me sale mal	>
B	La mayoría de la veces soy culpable cuando algo me sale mal	
C	Casi nunca soy culpable cuando algo me sale mal	
9.A	Tengo ganas de matarme	
B	A veces tengo ganas de matarme	
C	No quiero matarme	<
10.A	Siento ganas de llorar todos los días	
B	En el último tiempo he tenido muchas ganas de llorar	
C	Pocas veces tengo ganas de llorar	<
11.A	Todo me molesta	<
B	A veces me molesta algo	
C	Pocas veces me molestan	
12.A	Me gusta estar con la gente	
B	La mayoría de las veces me molesta estar con gente	
C	No quiero estar con nadie	<
13.A	No soy capaz de tomar decisiones	
B	Me cuesta mucho decidirme	
C	No tengo problemas para decidirme	<
14.A	Estoy contento con mi cuerpo	
B	Algunas cosas de mi cuerpo no me gustan	<
C	No me gusta nada de mi cuerpo	

15.A	Siempre me tienes que obligar a hacer las tareas	>
B	A veces me tienes que obligar a hacer las tareas	
C	No tengo problemas para hacer las tareas	
16.A	Duermo mal todas las noches	
B	Algunas noches duermo mal todas las noches	>
C	En general duermo bien	
17.A	Pocas veces me siento cansado	<
B	Algunas veces me siento cansado	
C	Siempre me siento cansado	
18.A	Nunca tengo ganas de comer	
B	Muchas veces no tengo ganas de comer	
C	Siempre como bien	<
19.A	Si siento algún dolor o enfermedad, no me preocupo	<
B	Si siento algún dolor, me preocupo	
C	Siempre me preocupan algún dolor	
20.A	No me siento solo	<
B	Muchas veces me siento solo	
C	Siempre me siento solo	
21.A	No me gusta ir al colegio	<
B	Algunas veces me gusta	
C	Siempre quiero ir al colegio	
22.A	Tengo muchos amigos	
B	Tengo algunos amigos, pero me gustaría tener más	
C	No tengo amigos	<
23.A	Me va bien en el colegio	
B	No me va tan bien en el colegio como antes	
C	Hasta en las materias que me iba bien, me va mal ahora	<
24.A	Nunca podré ser tan bueno como otros niños	
B	Si yo quisiera, podría ser tan bueno como otros niños	>
C	Soy igual de bueno como otros niños	
25.A	Nadie me quiere realmente	
B	No sé si alguien me quiere	>
C	Estoy seguro de que me quieren	

26.A	Casi siempre hago lo que me dicen	
B	Algunas veces no hago lo que me dicen	
C	Nunca hago lo que me dicen	<
27.A	Me llevo bien con los demás	
B	Frecuentemente tengo problemas con los demás	
C	Todo el tiempo tengo problemas con los demás	<

Edilberto Gonzalez
Sep. 21. 2016.

PD = 19

Inventario para la Depresión de Aaron Beck

(Beck Depression Inventory, BDI: Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979)

1. Tristeza.

- 0. No me siento triste.
- 1. Me siento triste.
- 2. Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
- 3. Me siento tan triste o desgraciado que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0. No me siento especialmente desanimado de cara al futuro.
- 1. Me siento desanimado de cara al futuro.
- 2. siento que no hay nada por lo que luchar.
- 3. El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3. Sensación de fracaso

- 0. No me siento fracasado.
- 1. he fracasado más que la mayoría de las personas.
- 2. Cuando miro hacia atrás lo único que veo es un fracaso tras otro.
- 3. Soy un fracaso total como persona.

4. Insatisfacción

- 0. Las cosas me satisfacen tanto como antes.
- 1. No disfruto de las cosas tanto como antes.
- 2. Ya no obtengo ninguna satisfacción de las cosas.
- 3. Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo.

5. Culpa

- 0. No me siento especialmente culpable.
- 1. Me siento culpable en bastantes ocasiones.
- 2. Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
- 3. Me siento culpable constantemente.

6. Expectativas de castigo

- 0. No creo que esté siendo castigado.
- 1. siento que quizás esté siendo castigado.
- 2. Espero ser castigado.
- 3. Siento que estoy siendo castigado.

7. Autodesprecio

- 0. No estoy descontento de mí mismo.

- 1. Estoy descontento de mí mismo.
- 2. Estoy a disgusto conmigo mismo.
- 3. Me detesto.

8. Autoacusación

- 0. No me considero peor que cualquier otro.
- 1. me autocrítico por mi debilidad o por mis errores.
- 2. Continuamente me culpo por mis faltas.
- 3. Me culpo por todo lo malo que sucede.

9. Idea suicidas

- 0. no tengo ningún pensamiento de suicidio.
- 1. A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré.
- 2. Desearía poner fin a mi vida.
- 3. me suicidaría si tuviese oportunidad.

10. Episodios de llanto

- 0. No lloro más de lo normal.
- 1. ahora lloro más que antes.
- 2. Lloro continuamente.
- 3. No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga.

11. Irritabilidad

- 0. No estoy especialmente irritado.
- 1. me molesto o irrito más fácilmente que antes.
- 2. me siento irritado continuamente.
- 3. Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban.

12. Retirada social

- 0. No he perdido el interés por los demás.
- 1. Estoy menos interesado en los demás que antes.
- 2. He perdido gran parte del interés por los demás.
- 3. he perdido todo interés por los demás.

13. Indecisión

- 0. tomo mis propias decisiones igual que antes.
- 1. Evito tomar decisiones más que antes.
- 2. Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
- 3. Me es imposible tomar decisiones.

14. Cambios en la imagen corporal.

- 0. No creo tener peor aspecto que antes

1. Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo.
2. Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo.
3. Creo que tengo un aspecto horrible.

15. Enlentecimiento

0. Trabajo igual que antes.
1. Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo.
2. Tengo que obligarme a mí mismo para hacer algo.
3. Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea.

16. Insomnio

0. Duermo tan bien como siempre.
1. No duermo tan bien como antes.
2. Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.
3. Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.

17. Fatigabilidad

0. No me siento más cansado de lo normal.
1. Me canso más que antes.
2. Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
3. Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18. Pérdida de apetito

0. Mi apetito no ha disminuido.
1. No tengo tan buen apetito como antes.
2. Ahora tengo mucho menos apetito.
3. he perdido completamente el apetito.

19. Pérdida de peso

0. No he perdido peso últimamente.
1. He perdido más de 2 kilos.
2. He perdido más de 4 kilos.
3. He perdido más de 7 kilos.

20. Preocupaciones somáticas

0. No estoy preocupado por mi salud
1. Me preocupan los problemas físicos como dolores, malestar de estómago, catarros, etc.
2. Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas.
3. Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas.

21. Bajo nivel de energía

- 0. No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo.
- 1. La relación sexual me atrae menos que antes.
- 2. Estoy mucho menos interesado por el sexo que antes.
- 3. He perdido totalmente el interés sexual.

Implicaciones en el TDAH sin adherencia al tratamiento: Caso único adolescente de 15 años



Nombre y apellidos EDUARDO M. GONZALEZ		
Edad	Sexo M	Estado civil Soltero
Profesión Estudiante		
Titulación académica		
Centro IPS ARGILES.		
Fecha 12-Sep-2016.		

Al contestar, compruebe que el número de la frase es igual en Cuadernillo y Hoja

1	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133
134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147
148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161
162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175
176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189
190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203
204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217
218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231
232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245
246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259
260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273
274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287
288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301
302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315
316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329
330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343
344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357
358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371
372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385
386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399
400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413
414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427
428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441
442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455
456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466	467	468	469
470	471	472	473	474	475	476	477	478	479	480	481	482	483
484	485	486	487	488	489	490	491	492	493	494	495	496	497
498	499	500	501	502	503	504	505	506	507	508	509	510	511
512	513	514	515	516	517	518	519	520	521	522	523	524	525
526	527	528	529	530	531	532	533	534	535	536	537	538	539
540	541	542	543	544	545	546	547	548	549	550	551	552	553
554	555	556	557	558	559	560	561	562	563	564	565	566	567

Address: E.R. Hahnemann J.C. Meléndez - Comité de Evaluación del AMPCO - J.H. Blázquez, W. Grand Dukazon, J.H. Graldua, A. Tejero y B. Kaermin.
 Adaptación: 1982, 1983, 1989 by the University of Minnesota.
 Copyright © 1985 by TEA Ediciones, S.A. - Edita: TEA Ediciones, S.A. - Frey Benavente de Salgado, 24. 28035 MADRID - Este material está impreso en papel reciclado.
 Printed in Spain.

N.º 21

PD	
PC	
PT	
GN	


CARAS

TEST DE PERCEPCIÓN DE DIFERENCIAS

Apellidos y nombre: González Martínez Edilberto Edad: 15 Sexo: V
 Empresa: IPS Angeles Categoría: Sep. 7 - 2016
 Centro de enseñanza: IPS Angeles Curso: _____

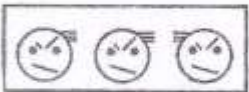
INSTRUCCIONES

Observe la siguiente fila de caras. Una de las caras es distinta a las otras. La cara que es distinta está marcada.



¿Ve Ud. el motivo por el cual la cara del medio está marcada? La boca es la parte distinta.

A continuación hay otra fila de caras. Mírelas y marque la que es diferente de las otras.



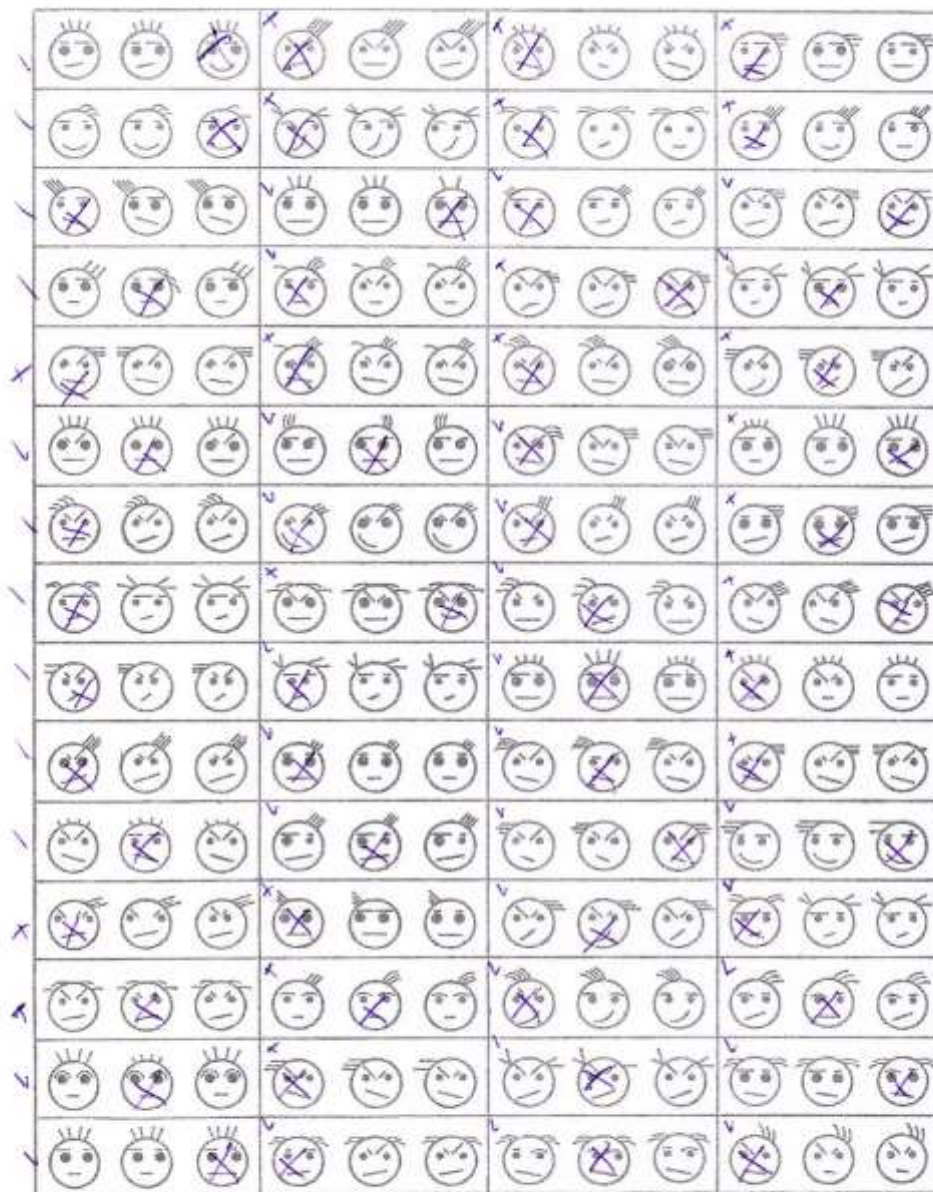
Deberá haber marcado la última cara.

A continuación encontrará otros dibujos parecidos para practicar. En cada fila de tres figuras, marque la cara que es distinta de las otras.

Quando se le indique, vuelva la hoja y marque las restantes caras en la misma forma. Trabaje rápidamente, pero trate de no cometer equivocaciones.

ESPERE LA SEÑAL DE COMIENZO

Copyright © 1973 by TEA Ediciones, S.A. - Edita: TEA Ediciones, S.A.; Pray Bernardino de Saragun, 24; 28036 MADRID - Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados - Este ejemplar está impreso en tinta azul. Si se presenta otro en tinta negra, es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el mejor precio. NO LA UTILICE - Printed in Spain. Impreso en España por Agustín Cantarero, Dajazur, 15 s/pto., 28002 MADRID - Depósito legal: M - 29457 - 1973.



38/60

Edilberto González - Sep. 7. 16.

EPQ-J

Cuestionario de Personalidad para Niños
H.J. Eysenck S. B-G. Eysenck

R	PD	PC	MI	DT
N	9	25	11.04	5.25
E	10	30	12.04	4.04
P	13	27	13.27	4.93
S	19	15	10.28	4.97
CA	20			

1.	¿Te agrada que haya mucha animación a tu alrededor?	Sí	No
2.	¿Cambia tu estado de humor con facilidad?	Sí	No
3.	¿Piensas que los policías castigan para que les tengamos miedo?	Sí	No
4.	¿Alguna vez has querido llevarte más de lo que te correspondía cuando repartían algo?	Sí	No
5.	Cuando la gente te habla, ¿respondes en general rápidamente?	Sí	No
6.	¿Te aburres con facilidad?	Sí	No
7.	¿Te divierten las bromas que a veces pueden molestar a otros?	Sí	No
8.	¿Haces siempre inmediatamente lo que te piden?	Sí	No
9.	¿Frecuentemente te gusta estar solo?	Sí	No
10.	¿Te vienen ideas a la cabeza que o te dejan dormir por la noche?	Sí	No
11.	¿Siempre cumples todo lo que dicen y mandan en el colegio?	Sí	No
12.	¿Te gustaría que otros chicos te tuviesen miedo?	Sí	No
13.	¿Eres muy alegre y animoso?	Sí	No
14.	¿Hay muchas cosas que te molestan?	Sí	No
15.	¿Te equivocas algunas veces?	Sí	No
16.	¿Has quitado algo que perteneciera a otro (aunque sea una bolita o un lápiz)?	Sí	No
17.	¿Tienes muchos amigos?	Sí	No
18.	¿Te sientes alguna vez triste sin ningún motivo para ello?	Sí	No
19.	¿Algunas veces te gusta hacer rabiar mucho a los animales?	Sí	No
20.	¿Alguna vez has hecho como que no habías oído cuando alguien te estaba llamando?	Sí	No
21.	¿Te gustaría explorar un viejo castillo en ruinas?	Sí	No
22.	¿A menudo piensas que la vida es muy triste?	Sí	No
23.	¿Crees que tú te metes en más riñas y discusiones que los demás?	Sí	No
24.	En casa, ¿siempre acabas los deberes antes de salir a jugar a la calle?	Sí	No
25.	¿Te gusta hacer cosas en las que tengas que actuar con rapidez?	Sí	No
26.	¿Te molesta mucho que los mayores te nieguen lo que pides?	Sí	No

27.	Cuando oyes que otro niño está diciendo palabrotas, ¿intentas corregirle?	Sí	No
28.	¿Te gustaría actuar en una comedia organizada en el colegio?	Sí	No

CONTINUA EN LA PAGINA SIGUIENTE...

N	P	E	S	CA
5	0	3	7	5

29.	¿Te sientes herido fácilmente cuando los demás encuentran fallas en tu conducta o trabajo?	Sí	No
30.	¿Te afectaría mucho ver un perro que acaba de ser atropellado?	Sí	No
31.	¿Siempre has pedido disculpas cuando has dicho o hecho algo mal?	Sí	No
32.	¿Crees que alguien piensa que tú le has hecho algo mal y quiere vengarse de ti?	Sí	No
33.	¿Crees que debe ser muy divertido hacer esquí acuático?	Sí	No
34.	¿Te sientes frecuentemente cansado sin ningún motivo para ello?	Sí	No
35.	En general, ¿te divierte molestar a los demás?	Sí	No
36.	¿Te quedas siempre callado cuando las personas mayores están hablando?	Sí	No
37.	En general, ¿eres tú quien da el primer paso al hacer un nuevo amigo?	Sí	No
38.	Al acabar de hacer algo, ¿piensas, generalmente, que podrías haberlo hecho mejor?	Sí	No
39.	¿Crees que tú te metes en más peleas que los demás?	Sí	No
40.	¿Alguna vez has dicho una palabrota o has insultado a otro?	Sí	No
41.	¿Te gusta contar chistes o historias divertidas a tus compañeros?	Sí	No
42.	En clase, ¿te metes en más líos o problemas que los demás compañeros?	Sí	No
43.	En general, ¿recoges del suelo los papeles o basura que tiran los compañeros en clases?	Sí	No
44.	¿Tienes muchas aficiones o te interesas por muy diferentes cosas?	Sí	No
45.	¿Algunas cosas te hieren o te ponen triste con facilidad?	Sí	No
46.	¿Te gusta hacer bromas o jugarretas a los demás?	Sí	No
47.	¿Te lavas siempre las manos antes de sentarte a comer?	Sí	No
48.	En una fiesta o reunión, ¿te quedas sentado mirando en vez de divertirse y jugar?	Sí	No
49.	¿Frecuentemente te sientes harto de todo?	Sí	No
50.	¿A veces es bastante divertido ver cómo una pandilla molesta o mete miedo a un chico pequeño?	Sí	No
51.	¿Siempre te comportas bien en clases, aunque el profesor haya salido?	Sí	No
52.	¿Te gusta hacer cosas que te dan un poco de miedo?	Sí	No
53.	¿A veces te encuentras tan intranquilo que no puedes quedarte sentado mucho rato en una silla?	Sí	No
54.	¿Crees que los pobres tienen iguales derechos que los ricos?	Sí	No
55.	¿Has comido alguna vez más dulces de lo que te permitieron?	Sí	No

CONTINUA EN LA PAGINA SIGUIENTE...

N	P	E	S	CA
2	5	2	7	8

56.	¿Te gusta estar con los demás chicos y jugar con ellos?	Sí	No
57.	¿Son muy exigente contigo tus padres?	Sí	No
58.	¿Te gustaría ser paracaidista?	Sí	No
59.	¿Te preocupas durante mucho tiempo cuando crees que has hecho una tontería?	Sí	No
60.	¿Siempre comes todo lo que te ponen en el plato?	Sí	No
61.	¿Puedes despreocuparte de otras cosas y divertirte mucho en una reunión o fiesta animada?	Sí	No
62.	¿Piensas frecuentemente que la vida no vale la pena vivirla?	Sí	No
63.	¿Sentirías mucha pena al ver un animal atrapado en una trampa?	Sí	No
64.	¿Has sido descarado alguna vez con tus padres?	Sí	No
65.	¿Normalmente tomas pronto una decisión y te pones con rapidez a hacer las cosas?	Sí	No
66.	¿Te distraes con frecuencia cuando estás haciendo alguna tarea?	Sí	No
67.	¿Te gusta zambullirte o tirarte en una piscina o en el mar?	Sí	No
68.	Cuando estás preocupado por algo, ¿te cuesta poder dormirte por la noche?	Sí	No
69.	¿Has sentido alguna vez deseos de "hacer la cimarra" y no ir a clases?	Sí	No
70.	¿Creen los demás que tu eres muy alegre y animoso?	Sí	No
71.	¿Te sientes solo frecuentemente?	Sí	No
72.	¿Eres siempre muy cuidadoso con las cosas que pertenecen a otros?	Sí	No
73.	¿Siempre has repartido tus juguetes, caramelos o cosas con los demás?	Sí	No
74.	¿Te gusta mucho salir de paseo?	Sí	No
75.	¿Has hecho alguna vez trampas en un juego?	Sí	No
76.	¿Te resulta difícil divertirte en una reunión o fiesta animada?	Sí	No
77.	¿Te sientes unas veces alegre y otras triste; sin ningún motivo para ello?	Sí	No
78.	Cuando no hay un papelerero cerca, ¿tiras los papeles al suelo?	Sí	No
79.	¿Te consideras una persona alegre y sin problemas?	Sí	No
80.	¿Necesitas con frecuencia buenos amigos que te comprendan y animen?	Sí	No
81.	¿Te gustaría montar una motocicleta muy rápida?	Sí	No

**COMPRUEBA LA COLUMNA DE RESPUESTAS
PARA VER SI HAS DEJADO ALGUNA PREGUNTA SIN CONTESTAR**

N	P	E	S	CA
2	3	5	5	?

CUESTIONARIO DE CONDUCTA DE CONNERS PARA PROFESORES

Nombre del Niño(a) Edulberto Gonzalez

Fecha: 22.09.15

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.				✓
TOTAL			20	

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

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

CUESTIONARIO DE CONDUCTAS PARA PADRES, CONNERS

Implicaciones en el TDAH sin adherencia al tratamiento: Caso único adolescente de 15 años

Edilberto González U.
Sep. 15-2016.

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			✓	
2. Es llorón			✓	
3. Se mueve más de lo normal			✓	
4. No se puede estar quieto			✓	
5. Es destructor (ropas, juguetes, otros objetos)				✓
6. No termina las cosas o actividades que comienza.		✓		
7. Se distrae fácilmente, tiene escasa atención.			✓	
8. Cambia bruscamente sus estados de ánimo.				✓
9. Sus esfuerzos se frustran fácilmente.		✓		
10. No tiene una sola respuesta del siguiente modo: niños. Habla frecuentemente a otros niños.				✓
NADA	0 PUNTOS			
POCO	1 PUNTO			
BASTANTE	2 PUNTOS			
MUCHO	3 PUNTOS			

IBT MODIFICADO PARA NIÑOS

NOMBRE: Alberto Gonzalez
 EDAD: 15 Años
 CURSANDO EL AÑO DE ESTUDIO: 7º Grado
 FECHA DE HOY: Septiembre 21.

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	()	(X)	()+
2. Debo ser el mejor en todo (por ejemplo: el estudio, los deportes, el juego, entre otros).	()	()	(X)+
3. Me molesta mucho que la gente se de cuenta cuando estoy triste, alegre o enojado.	()	()	(X)+
4. Todas las personas que hacen cosas malas deben estar castigadas.	()	()	(X)+
5. Cuando algo me disgusta, no lo hago.	(X)	()	()+
6. Cuando estoy triste es muy difícil contentarme.	(X)	()	()+
7. Cuando tengo un problema lo resuelvo rápidamente.	()	(X)	()
8. Las personas necesitan que les digan que deben hacer y que no.	()	()	(X)+
9. Me preocupa mucho que la gente piense, sienta o diga de mí.	()	()	(X)+
10. Tengo secretos que nadie debe conocer.	(X)	()	()+
11. Me molesta mucho el no ser capaz de realizar una actividad.	()	(X)	()+
12. Me siento como un tonto o un bobo si lloro.	(X)	()	()+

13. Cuando las cosas me salen mal yo no me enojo.	()	() _x	(⊗)
14. Una persona puede ser feliz aunque tengan muchos problemas.	()	(⊗) _x	()
15. Las cosas malas que pasan no me preocupan	()	()	(⊗) _x +
16. Las cosas que me parecen difíciles no las hago	(⊗) _x	()	()+
17. Me disgusta que otros decidan por mí.	(⊗) _x	()	()
18. Los errores que he cometido antes, no tengo por que repetirlos ahora.	(⊗) _x	()	()
19. Todo lo que hago me tiene que quedar muy bien hecho.	() _x	()	(⊗) _x +
20. Me preocupa hacer cosas que le gusten a la gente porque de pronto me rechazan.	()	() _x	(⊗) _x +
21. Me molesta que alguien que acabo de conocer me pregunte muchas cosas de mi vida.	(⊗)	() _x	()+

	Verdadero	Algunas veces verdadero	Falso
22. Debo hacer las cosas mejor que los demás.	()	(⊗)	() _x +
23. Todas las personas son buenas aunque algunas hagan cosas malas.	()	(⊗)	() _x
24. Cuando tengo problemas lo resuelvo muy calmadamente.	()	()	(⊗) _x
25. Cuando estoy preocupado me da dificultad quedarme quieto.	(⊗) _x	()	()+
26. Necesito que algunas personas me ayuden a hacer las actividades que tengo que hacer.	() _x	()	(⊗) _x +
27. Pienso que si ahora tengo problemas, es porque cuando estaba más pequeño los tuve.	(⊗) _x	()	()+
28. Cuando me equivoco, vuelvo y repito las cosas hasta que me queden muy bien hechas.	() _x	()	(⊗) _x +
29. Aunque me gusta que la gente me acepte, si no lo hacen me da lo mismo.	() _x	()	(⊗)
30. Cuando hay problemas en mi casa, la gente de la calle no debe saberlos.	(⊗) _x	()	()+
31. Me da dificultad decirle a la gente lo que siento por ellos (por ejemplo que los quiero.)	(⊗)	()	()+

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 type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
35. Pienso mucho en la muerte y en cosas peligrosas.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
36. Cuando tengo que hacer algo y me parece difícil, prefiero no hacerlo.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37. Soy el único que puede resolver mis problemas.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38. Aunque quisiera que mi vida fuera diferente, seguirá igual.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

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

Implicaciones en el TDAH sin adherencia al tratamiento: Caso único adolescente de 15 años

CUESTIONARIO "PCRI" FORMATO DE LA MADRE SOBRE EL NIÑO

Nombre de la Madre: Edelmira Martínez
 Nombre del niño(a): Edilberto González
 Edad: 15 Sexo: M Fecha: Septiembre 22-2016

INSTRUCCIONES: Las frases que le presentamos aquí describen lo que piensan algunos padres sobre sus relaciones con los hijos. Lee cada frase con atención y decide cuál es la que mejor define lo que tú sientes. Si estás **muy de acuerdo** rodea con un círculo el número 1 de la pregunta que corresponda. El número 2 si estás **de acuerdo**. El número 3 si estás **en desacuerdo**, y el 4 si estás **total desacuerdo**.

ITEM	Muy De acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Total en desacuerdo
1. Cuando mi hijo está molesto por algo generalmente me lo dice	1	2	3	X
2. Tengo problemas para imponer disciplina a mi hijo/a	X	2	3	4
3. Estoy tan satisfecho/a de mi hijo/a como otros padres	1	2	3	X
4. Me resulta difícil conseguir algo de mi hijo/a	X	2	3	4
5. Me cuesta ponerme de acuerdo con mi hijo/a	X	2	3	4
6. Cuando toca criar al hijo/a me siento solo/a	X	2	3	4
7. Mis sentimientos acerca de la paternidad cambian de día en día	1	X	3	4
8. Los padres deben proteger a sus hijos/as de aquellas cosas que pueden hacerles infelices	X	2	3	4
9. Si tengo que decir "no" a mi hijo/a le explico por qué	1	2	3	X
10. Mi hijo/a es más difícil de educar que la mayoría de los niños	X	2	3	4
11. Por la expresión del rostro de mi hijo/a puedo decir como se siente	1	2	X	4
12. Me preocupa mucho el dinero	X	2	3	4
13. Algunas veces me pregunto si tomo las decisiones correctas de cómo sacar adelante a mi hijo/a	1	X	3	4
14. La paternidad es una cosa natural en mí	1	X	3	4
15. Cedo en algunas cosas con mi hijo/a para evitar una rabieta	X	2	3	4
16. Quiero a mi hijo/a tal como es	1	2	X	4
17. Disfruto mucho de todos los aspectos de la vida	X	2	3	4
18. Mi hijo/a nunca tiene celos	1	2	3	X
19. A menudo me pregunto qué ventaja tiene criar hijos	1	2	X	4
20. Mi hijo/a me cuenta cosas suyas y de los amigos	1	2	3	X
21. Desearía poder poner límites a mi hijo/a	X	2	3	4
22. Mis hijos me proporcionan grandes satisfacciones	1	2	X	4
23. Algunas veces siento que si no puedo tener más tiempo para mí, sin los niños, me volveré loco/a	1	X	3	4
24. Me arrepiento de haber tenido hijos	1	2	3	X
25. A los niños se les debería dar la mayoría de las cosas que quieren	1	X	3	4
26. Mi hijo pierde el control muchas veces	X	2	3	4
27. El ser madre/padre no me satisface tanto como pensaba	1	2	3	X
28. Creo que puedo hablar con mi hijo/a a su mismo nivel	1	X	3	4
29. Ahora tengo una vida muy estresada	X	2	3	4
30. Nunca me preocupo por mi hijo/a	1	2	X	4
31. Me gustaría que mi hijo no me interrumpiera cuando hablo con otros	X	2	3	4
32. Los padres deberían dar a sus hijos/as todo lo que ellos no tuvieron	1	X	3	4
33. Como madre/padre, normalmente me siento bien	1	X	3	4
34. Algunas veces me siento agobiado/a por mis responsabilidades paternas	X	2	3	4
35. Me siento muy cerca de mi hijo/a	1	X	3	4
36. Me siento satisfecho/a con la vida que llevo actualmente	1	2	X	4
37. Nunca he tenido problemas con mi hijo/a	1	2	3	X
38. No puedo aguantar la idea de que mi hijo/a crezca	1	2	X	4
39. Mi hijo/a puede estar seguro de que yo le escucho	1	X	3	4

Implicaciones en el TDAH sin adherencia al tratamiento: Caso único adolescente de 15 años

40. A menudo pierdo la paciencia con mi hijo/a	1	2	3	4
41. Me preocupo por los deportes y por otras actividades de mi hijo	1	2	3	4
42. Mi pareja y yo compartimos las tareas domésticas	1	2	3	4
43. Nunca me he sentido molesto/a por lo que mi hijo/a dice o hace	1	2	3	4
44. Mi hijo sabe qué cosas pueden enfadarme	1	2	3	4
45. Los padres deberían cuidar qué clase de amigos tienen sus hijos/as	1	2	3	4
46. Cuando mi hijo/a tiene un problema, generalmente, me lo comenta	1	2	3	4
47. Mi hijo/a nunca aplaza lo que tiene que hacer	1	2	3	4
48. Ser madre/padre es una de las cosas más importantes de mi vida	1	2	3	4
49. Las mujeres deberían estar en casa cuidando de los niños	1	2	3	4
50. Los adolescentes no tienen la suficiente edad para decidir por sí mismos sobre la mayor parte de las cosas	1	2	3	4
51. Mi hijo/a me oculta sus secretos	1	2	3	4
52. Las madres que trabajan fuera de casa perjudican a sus hijos/as	1	2	3	4
53. Creo que conozco bien a mi hijo/a	1	2	3	4
54. Algunas veces me cuesta decir "no" a mi hijo/a	1	2	3	4
55. Me pregunto si hice bien en tener hijos/as	1	2	3	4
56. Debería de hacer muchas otras cosas en vez de perder el tiempo con mi hijo/a	1	2	3	4
57. Es responsabilidad de los padres proteger a sus hijos del peligro	1	2	3	4
58. Algunas veces pienso cómo podría sobrevivir si le pasa algo a mi hijo/a	1	2	3	4
59. Ya no tengo la estrecha relación que tenía con mi hijo/a cuando era pequeño/a	1	2	3	4
60. Mis hijos/as sólo hablan conmigo cuando quieren algo	1	2	3	4
61. La mayor responsabilidad de un padre es dar seguridad económica a sus hijos	1	2	3	4
62. Es mejor razonar con los niños/as que decirles lo que deben hacer	1	2	3	4
63. Empleo muy poco tiempo en hablar con mi hijo/a	1	2	3	4
64. Creo que hay un gran distanciamiento entre mi hijo/a y yo	1	2	3	4
65. Para una mujer, tener una carrera estimulante es tan importante como ser una buena madre	1	2	3	4
66. A menudo amenazo a mi hijo/a con castigarle pero nunca lo hago	1	2	3	4
67. Si volviese a empezar, probablemente no tendría hijos	1	2	3	4
68. Los maridos deben ayudar a cuidar a los niños/as	1	2	3	4
69. Las madres deben trabajar sólo en caso de necesidad	1	2	3	4
70. Algunas personas dicen que mi hijo/a está muy mimado	1	2	3	4
71. Me preocupa mucho que mi hijo/a se haga daño	1	2	3	4
72. Rara vez tengo tiempo de estar con mi hijo/a	1	2	3	4
73. Los niños/as menores de cuatro años son muy pequeños para estar en la guardería	1	2	3	4
74. Una mujer puede tener una carrera satisfactoria y ser una buena madre	1	2	3	4
75. Llevo una fotografía de mi hijo/a en la cartera o en el bolso	1	2	3	4
76. Me cuesta mucho dar independencia a mi hijo/a	1	2	3	4
77. No sé cómo hablar con mi hijo/a para que me comprenda	1	2	3	4
78. Para el niño/a es mejor una madre que se dedique a él por completo	1	2	3	4

PD	
PC	
PT	
GN	


CARAS

TEST DE PERCEPCIÓN DE DIFERENCIAS

Apellidos y nombre: Edilberto Gonzalez el. Edad: 15 Sexo: V
 Empresa: _____ Categoría: Octubre - 6 - 2016
 Centro de enseñanza: IPS Angeles Curso: _____

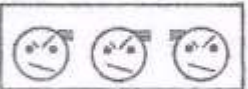
INSTRUCCIONES

Observe la siguiente fila de caras. Una de las caras es distinta a las otras. La cara que es distinta está marcada.




¿Ve Ud. el motivo por el cual la cara del medio está marcada? La boca es la parte distinta.

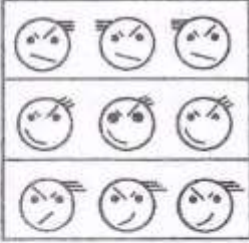
A continuación hay otra fila de caras. Mírelas y marque la que es diferente de las otras.



Deberá haber marcado la última cara.


A continuación encontrará otros dibujos parecidos para practicar. En cada fila de tres figuras, marque la cara que es distinta de las otras.



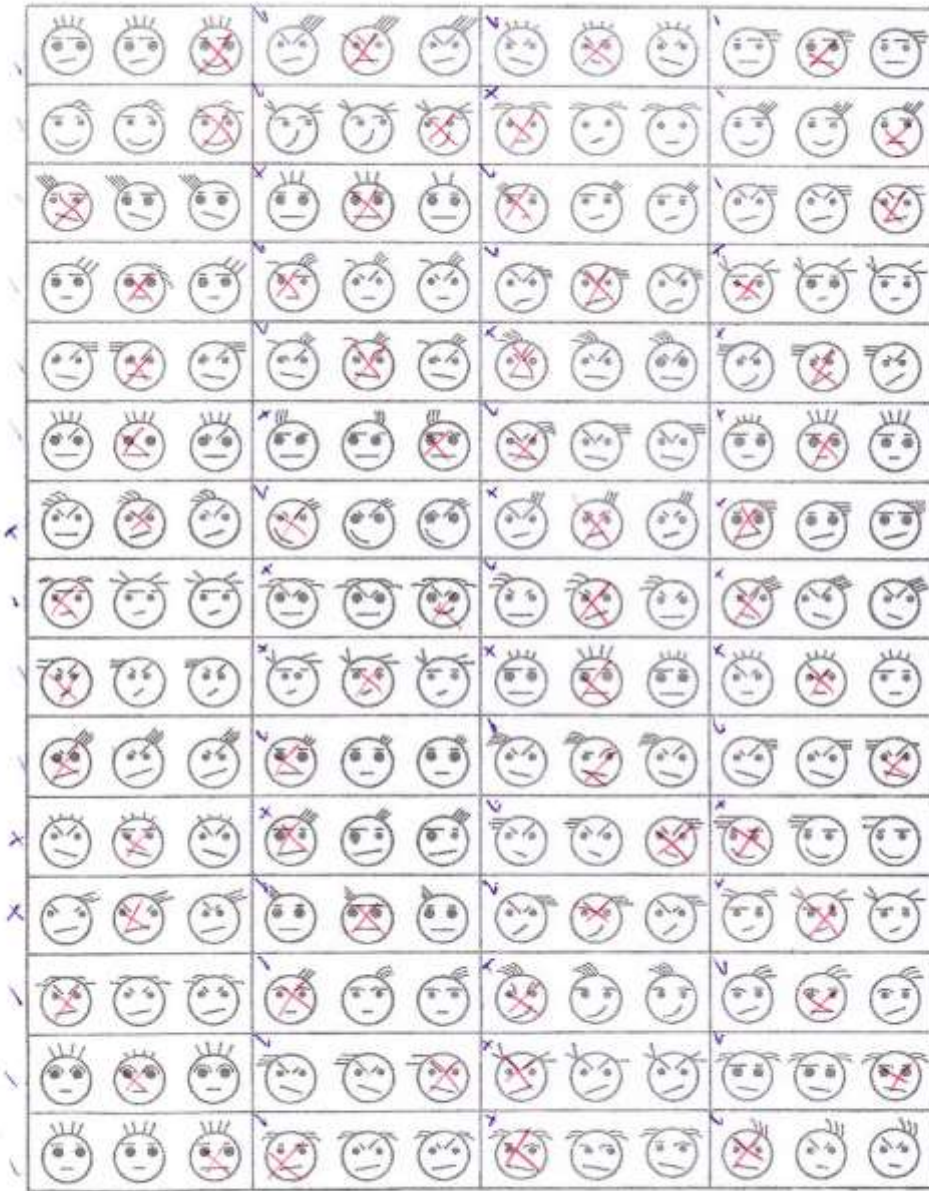


Cuando se le indique, vuelva la hoja y marque las restantes caras en la misma forma. Trabaje rápidamente, pero trate de no cometer equivocaciones.

ESPERE LA SEÑAL DE COMIENZO



Copyright © 1973 by TEA Ediciones, S.A. - Edita: TEA Ediciones, S.A.; Fray Bernardino de Sahagún, 34; 28038 MADRID - Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados. - Este ejemplar está impreso en tinta azul. Si se presenta otro en tinta negra, es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el apoyo a la ley, se ha impreso en España por Aguilar Carpinteros, Daganzo, 15 días; 28002 MADRID - Depósito legal M - 29497 - 1973.



37/60

Implicaciones en el TDAH sin adherencia al tratamiento: Caso único adolescente de 15 años

· Cuestionario de CONDUCTAS PARA PADRES.
 @Nombre: Edilberto González LP.
 @Fecha: Octubre - 13 2016.

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.			X	
7. Se distrae fácilmente, tiene escasa atención.				X
8. Cambia bruscamente sus estados de ánimo.		X		
9. Sus esfuerzos se frustran fácilmente.			X	
10. NO RESPONDE A LAS INSTRUCCIONES asigna puntos a cada respuesta del siguiente modo: niños <i>Nota frecuentemente a diez años</i>				X
NADA	0 PUNTOS			
POCO	1 PUNTO			
BASTANTE	2 PUNTOS			
MUCHO	3 PUNTOS			

EDUARDO GONZÁLEZ - OCT. 14-16.

EPQ-J

Cuestionario de Personalidad para Niños
H.J. Eysenck S. B-G. Eysenck

R	PD	PC
N	12	00
E	8	20
P	12	97
S	18	90
CA	88	

1.	¿Te agrada que haya mucha animación a tu alrededor?	Si	No
2.	¿Cambia tu estado de humor con facilidad?	Si	No
3.	¿Piensas que los policías castigan para que les tengamos miedo?	Si	No
4.	¿Alguna vez has querido llevarte más de lo que te correspondía cuando repartían algo?	Si	No
5.	Cuando la gente te habla, ¿respondes en general rápidamente?	Si	No
6.	¿Te aburres con facilidad?	Si	No
7.	¿Te divierten las bromas que a veces pueden molestar a otros?	Si	No
8.	¿Haces siempre inmediatamente lo que te piden?	Si	No
9.	¿Frecuentemente te gusta estar solo?	Si	No
10.	¿Te vienen ideas a la cabeza que o te dejan dormir por la noche?	Si	No
11.	¿Siempre cumples todo lo que dicen y mandan en el colegio?	Si	No
12.	¿Te gustaría que otros chicos te tuviesen miedo?	Si	No
13.	¿Eres muy alegre y animoso?	Si	No
14.	¿Hay muchas cosas que te molestan?	Si	No
15.	¿Te equivocas algunas veces?	Si	No
16.	¿Has quitado algo que perteneciera a otro (aunque sea una bolita o un lápiz)?	Si	No
17.	¿Tienes muchos amigos?	Si	No
18.	¿Te sientes alguna vez triste sin ningún motivo para ello?	Si	No
19.	¿Algunas veces te gusta hacer rabiar mucho a los animales?	Si	No
20.	¿Alguna vez has hecho como que no habías oído cuando alguien te estaba llamando?	Si	No
21.	¿Te gustaría explorar un viejo castillo en ruinas?	Si	No
22.	¿A menudo piensas que la vida es muy triste?	Si	No
23.	¿Crees que tú te metes en más riñas y discusiones que los demás?	Si	No
24.	En casa, ¿siempre acabas los deberes antes de salir a jugar a la calle?	Si	No
25.	¿Te gusta hacer cosas en las que tengas que actuar con rapidez?	Si	No
26.	¿Te molesta mucho que los mayores te nieguen lo que pides?	Si	No

27.	Quando oyes que otro niño está diciendo palabrotas, ¿intentas corregirle?	Sí	No
28.	¿Te gustaría actuar en una comedia organizada en el colegio?	Sí	No

CONTINUA EN LA PAGINA SIGUIENTE...

N	P	E	S	CA
3	5	1	7	6

29.	¿Te sientes herido fácilmente cuando los demás encuentran fallas en tu conducta o trabajo?	Si	No
30.	¿Te afectaría mucho ver un perro que acaba de ser atropellado?	Si	No
31.	¿Siempre has pedido disculpas cuando has dicho o hecho algo mal?	Si	No
32.	¿Crees que alguien piensa que tú le has hecho algo mal y quiere vengarse de ti?	Si	No
33.	¿Crees que debe ser muy divertido hacer esquí acuático?	Si	No
34.	¿Te sientes frecuentemente cansado sin ningún motivo para ello?	Si	No
35.	En general, ¿te divierte molestar a los demás?	Si	No
36.	¿Te quedas siempre callado cuando las personas mayores están hablando?	Si	No
37.	En general, ¿eres tú quien da el primer paso al hacer un nuevo amigo?	Si	No
38.	Al acabar de hacer algo, ¿piensas, generalmente, que podrías haberlo hecho mejor?	Si	No
39.	¿Crees que tú te metes en más peleas que los demás?	Si	No
40.	¿Alguna vez has dicho una palabrota o has insultado a otro?	Si	No
41.	¿Te gusta contar chistes o historias divertidas a tus compañeros?	Si	No
42.	En clase, ¿te metes en más líos o problemas que los demás compañeros?	Si	No
43.	En general, ¿recoges del suelo los papeles o basura que tiran los compañeros en clases?	Si	No
44.	¿Tienes muchas aficiones o te interesas por muy diferentes cosas?	Si	No
45.	¿Algunas cosas te hieren o te ponen triste con facilidad?	Si	No
46.	¿Te gusta hacer bromas o jugarretas a los demás?	Si	No
47.	¿Te lavas siempre las manos antes de sentarte a comer?	Si	No
48.	En una fiesta o reunión, ¿te quedas sentado mirando en vez de divertirse y jugar?	Si	No
49.	¿Frecuentemente te sientes harto de todo?	Si	No
50.	¿A veces es bastante divertido ver cómo una pandilla molesta o mete miedo a un chico pequeño?	Si	No
51.	¿Siempre te comportas bien en clases, aunque el profesor haya salido?	Si	No
52.	¿Te gusta hacer cosas que te dan un poco de miedo?	Si	No
53.	¿A veces te encuentras tan intranquilo que no puedes quedarte sentado mucho rato en una silla?	Si	No
54.	¿Crees que los pobres tienen iguales derechos que los ricos?	Si	No
55.	¿Has comido alguna vez más dulces de lo que te permitieron?	Si	No

CONTINUA EN LA PAGINA SIGUIENTE...

N	P	E	S	CA
5	5	4	6	7

56.	¿Te gusta estar con los demás chicos y jugar con ellos?	Si	No
57.	¿Son muy exigente contigo tus padres?	Si	No
58.	¿Te gustaría ser paracaidista?	Si	No
59.	¿Te preocupas durante mucho tiempo cuando crees que has hecho una tontería?	Si	No
60.	¿Siempre comes todo lo que te ponen en el plato?	Si	No
61.	¿Puedes despreocuparte de otras cosas y divertirte mucho en una reunión o fiesta animada?	Si	No
62.	¿Piensas frecuentemente que la vida no vale la pena vivirla?	Si	No
63.	¿Sentirías mucha pena al ver un animal atrapado en una trampa?	Si	No
64.	¿Has sido descarado alguna vez con tus padres?	Si	No
65.	¿Normalmente tomas pronto una decisión y te pones con rapidez a hacer las cosas?	Si	No
66.	¿Te distraes con frecuencia cuando estás haciendo alguna tarea?	Si	No
67.	¿Te gusta zambullirte o tirarte en una piscina o en el mar?	Si	No
68.	Cuando estás preocupado por algo, ¿te cuesta poder dormirte por la noche?	Si	No
69.	¿Has sentido alguna vez deseos de "hacer la cimarra" y no ir a clases?	Si	No
70.	¿Creen los demás que tu eres muy alegre y animoso?	Si	No
71.	¿Te sientes solo frecuentemente?	Si	No
72.	¿Eres siempre muy cuidadoso con las cosas que pertenecen a otros?	Si	No
73.	¿Siempre has repartido tus juguetes, caramelos o cosas con los demás?	Si	No
74.	¿Te gusta mucho salir de paseo?	Si	No
75.	¿Has hecho alguna vez trampas en un juego?	Si	No
76.	¿Te resulta difícil divertirte en una reunión o fiesta animada?	Si	No
77.	¿Te sientes unas veces alegre y otras triste; sin ningún motivo para ello?	Si	No
78.	Cuando no hay un papelerero cerca, ¿tiras los papeles al suelo?	Si	No
79.	¿Te consideras una persona alegre y sin problemas?	Si	No
80.	¿Necesitas con frecuencia buenos amigos que te comprendan y animen?	Si	No
81.	¿Te gustaría montar una motocicleta muy rápida?	Si	No

**COMPRUÉBA LA COLUMNA DE RESPUESTAS
PARA VER SI HAS DEJADO ALGUNA PREGUNTA SIN CONTESTAR**

N	P	E	S	CA
4	2	6	5	11

Implicaciones en el TDAH sin adherencia al tratamiento: Caso único adolescente de 15 años

CDI

Nombre: Salvador González Edad: 15 Fecha: Oct. 20

Instrucciones: A continuación encontrarás unas frases que indagan sobre la forma en como te has sentido en los últimos días. Te pido responder de la forma más sincera posible. Señala la frase que mejor describa la forma como te sientes.

Ejemplo:

A 0	Siempre me siento mal	
B 1	A veces me siento mal	
C 2	Nunca me siento mal	

1.A	De vez en cuando estoy triste	✓
B	Muchas veces estoy triste	
C	Estoy triste todo el tiempo	
2.A	Nunca voy a lograr nada	✓
B	No estoy seguro si lo que me propongo lo voy a lograr	
C	Cundo me propongo algo, casi siempre lo logro	
3.A	La mayoría de las cosas las hago bien	
B	Muchas cosas las hago bien	
C	Todo lo hago mal	✓

4.A	Muchas cosas me divierten	
B	Solo me divierten algunas cosas	
C	No me divierte nada	✓
5.A	La mayoría de las veces soy desobediente	
B	Algunas veces soy desobediente	✓
C	Generalmente soy obediente	
6.A	Pocas veces pienso que me puede suceder algo malo	
B	Me preocupa que me pasen cosas malas	✓
C	Estoy seguro que me va a ocurrir algo horrible	
7.A	Me odio	
B	No me quiero mucho	✓
C	Me quiero	
8.A	Yo siempre soy culpable cuando algo me sale mal	
B	La mayoría de las veces soy culpable cuando algo me sale mal	✓
C	Casi nunca soy culpable cuando algo me sale mal	
9.A	Tengo ganas de matarme	
B	A veces tengo ganas de matarme	
C	No quiero matarme	✓
10.A	Siento ganas de llorar todos los días	
B	En el último tiempo he tenido muchas ganas de llorar	
C	Pocas veces tengo ganas de llorar	✓
11.A	Todo me molesta	
B	A veces me molesta algo	✓
C	Pocas veces me molestan	
12.A	Me gusta estar con la gente	
B	La mayoría de las veces me molesta estar con gente	✓
C	No quiero estar con nadie	
13.A	No soy capaz de tomar decisiones	
B	Me cuesta mucho decidirme	
C	No tengo problemas para decidirme	✓
14.A	Estoy contento con mi cuerpo	
B	Algunas cosas de mi cuerpo no me gustan	✓
C	No me gusta nada de mi cuerpo	

15.A	Siempre me tienen que obligar a hacer las tareas	✓
B	A veces me tienen que obligar a hacer las tareas	
C	No tengo problemas para hacer las tareas	
16.A	Duermo mal todas las noches	✓
B	Algunas noches duermo mal todas las noches	
C	En general duermo bien	
17.A	Pocas veces me siento cansado	✓
B	Algunas veces me siento cansado	
C	Siempre me siento cansado	
18.A	Nunca tengo ganas de comer	
B	Muchas veces no tengo ganas de comer	
C	Siempre como bien	✓
19.A	Si siento algún dolor o enfermedad, no me preocupo	✓
B	Si siento algún dolor, me preocupo	
C	Siempre me preocupan algún dolor	
20.A	No me siento solo	✓
B	Muchas veces me siento solo	✓
C	Siempre me siento solo	
21.A	No me gusta ir al colegio	
B	Algunas veces me gusta	✓
C	Siempre quiero ir al colegio	
22.A	Tengo muchos amigos	
B	Tengo algunos amigos, pero me gustaría tener más	
C	No tengo amigos	✓
23.A	Me va bien en el colegio	
B	No me va tan bien en el colegio como antes	
C	Hasta en las materias que me iba bien, me va mal ahora	✓
24.A	Nunca podré ser tan bueno como otros niños	
B	Si yo quisiera, podría ser tan bueno como otros niños	✓
C	Soy igual de bueno como otros niños	
25.A	Nadie me quiere realmente	
B	No sé si alguien me quiere	✓
C	Estoy seguro de que me quieren	

26.A	Casi siempre hago lo que me dicen	
B	Algunas veces no hago lo que me dicen	✓
C	Nunca hago lo que me dicen	
27.A	Me llevo bien con los demás	
B	Frecuentemente tengo problemas con los demás	✓
C	Todo el tiempo tengo problemas con los demás	

CUESTIONARIO DE CONDUCTA DE CONNERS PARA PROFESORES

Nombre del Niño(a) Edilberto Gonzalez
 Fecha: 21. 02.

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				<input checked="" type="checkbox"/>
2. Tiene explosiones impredecibles, de mal genio.	<input checked="" type="checkbox"/>			
3. Se distrae fácilmente, tiene escasa atención.				<input checked="" type="checkbox"/>
4. Molesta frecuentemente a otros niños				<input checked="" type="checkbox"/>
5. Tiene aspecto enfadado, huraño.		<input checked="" type="checkbox"/>		
6. Cambia bruscamente sus estados de ánimo.			<input checked="" type="checkbox"/>	
7. Intranquilo, siempre en movimiento.			<input checked="" type="checkbox"/>	
8. Es impulsivo e irritable			<input checked="" type="checkbox"/>	
9. No termina tareas que empieza		<input checked="" type="checkbox"/>		
10. Sus esfuerzos se frustran fácilmente.				<input checked="" type="checkbox"/>
TOTAL			<u>22.</u>	

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

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

CUESTIONARIO DE CONDUCTAS PARA PADRES, CONNERS

IBT MODIFICADO PARA NIÑOS

NOMBRE: Dilberto González
 EDAD: 15
 CURSANDO EL AÑO DE ESTUDIO: 7º
 FECHA DE HOY: Octubre 20 2016

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

Implicaciones en el TDAH sin adherencia al tratamiento: Caso único adolescente de 15 años

13. Cuando las cosas me salen mal yo no me enojo.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Una persona puede ser feliz aunque tengan muchos problemas.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
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 checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input 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 que 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 checked="" type="radio"/>	<input 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 checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Me molesta que alguien que acabo de conocer me pregunte muchas cosas de mi vida.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Verdadero	Algunas veces verdadero	Falso
22. Debo hacer las cosas mejor que los demás.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
23. Todas las personas son buenas aunque algunas hagan cosas malas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
24. Cuando tengo problemas lo resuelvo muy calmadamente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" 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 checked="" type="radio"/>	<input 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 checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input 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 checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

Implicaciones en el TDAH sin adherencia al tratamiento: Caso único adolescente de 15 años

32. Me da lo mismo si castigan o no a la gente que le hace daño a otros.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Cuando las cosas no salen como a mí me gusta, me enoja mucho.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> +
34. Ningún problema es tan malo como para ponerse triste mucho tiempo.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Pienso mucho en la muerte y en cosas peligrosas.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> +
36. Cuando tengo que hacer algo y me parece difícil, prefiero no hacerlo.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> +
37. Soy el único que puede resolver mis problemas.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Aunque quisiera que mi vida fuera diferente, seguirá igual.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> +

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

Edulberto Gonzalez.
Oct. 20-2016

PD=17

Inventario para la Depresión de Aaron Beck
(Beck Depression Inventory, BDI; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979)

1. Tristeza.

- No me siento triste.
1. Me siento triste.
2. Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
3. Me siento tan triste o desgraciado que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- No me siento especialmente desanimado de cara al futuro.
1. Me siento desanimado de cara al futuro.
2. siento que no hay nada por lo que luchar.
3. El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3. Sensación de fracaso

- No me siento fracasado.
1. he fracasado más que la mayoría de las personas.
2. Cuando miro hacia atrás lo único que veo es un fracaso tras otro.
3. Soy un fracaso total como persona.

4. Insatisfacción

0. Las cosas me satisfacen tanto como antes.
 No disfruto de las cosas tanto como antes.
2. Ya no obtengo ninguna satisfacción de las cosas.
3. Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo.

5. Culpa

0. No me siento especialmente culpable.
 Me siento culpable en bastantes ocasiones.
2. Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
3. Me siento culpable constantemente.

6. Expectativas de castigo

0. No creo que esté siendo castigado.
 siento que quizás esté siendo castigado.
2. Espero ser castigado.
3. Siento que estoy siendo castigado.

7. Autodesprecio

0. No estoy descontento de mí mismo.

- 0. Estoy descontento de mí mismo.
- 2. Estoy a disgusto conmigo mismo.
- 3. Me detesto.

8. Autoacusación

- 0. No me considero peor que cualquier otro.
- 1. me autocrítico por mi debilidad o por mis errores.
- 2. Continuamente me culpo por mis faltas.
- 3. Me culpo por todo lo malo que sucede.

9. Idea suicidas

- 0. no tengo ningún pensamiento de suicidio.
- 1. A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré.
- 2. Desearía poner fin a mi vida.
- 3. me suicidaría si tuviese oportunidad.

10. Episodios de llanto

- 0. No lloro más de lo normal.
- 1. ahora lloro más que antes.
- 2. Lloro continuamente.
- 3. No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga.

11. Irritabilidad

- 0. No estoy especialmente irritado.
- 1. me molesto o irrito más fácilmente que antes.
- 2. me siento irritado continuamente.
- 3. Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban.

12. Retirada social

- 0. No he perdido el interés por los demás.
- 1. Estoy menos interesado en los demás que antes.
- 2. He perdido gran parte del interés por los demás.
- 3. he perdido todo interés por los demás.

13. Indecisión

- 0. tomo mis propias decisiones igual que antes.
- 1. Evito tomar decisiones más que antes.
- 2. Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
- 3. Me es imposible tomar decisiones.

14. Cambios en la imagen corporal.

- 0. No creo tener peor aspecto que antes

- 1. Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo.
- 2. Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo.
- 3. Creo que tengo un aspecto horrible.

15. Enlentecimiento

- 0. Trabajo igual que antes.
- 1. Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo.
- 2. Tengo que obligarme a mí mismo para hacer algo.
- 3. Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea.

16. Insomnio

- 0. Duermo tan bien como siempre.
- 1. No duermo tan bien como antes.
- 2. Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.
- 3. Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.

17. Fatigabilidad

- 0. No me siento más cansado de lo normal.
- 1. Me canso más que antes.
- 2. Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
- 3. Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18. Pérdida de apetito

- 0. Mi apetito no ha disminuido.
- 1. No tengo tan buen apetito como antes.
- 2. Ahora tengo mucho menos apetito.
- 3. he perdido completamente el apetito.

19. Pérdida de peso

- 0. No he perdido peso últimamente.
- 1. He perdido más de 2 kilos.
- 2. He perdido más de 4 kilos.
- 3. He perdido más de 7 kilos.

20. Preocupaciones somáticas

- 0. No estoy preocupado por mi salud
- 1. Me preocupan los problemas físicos como dolores, malestar de estómago, catarros, etc.
- 2. Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas.
- 3. Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas.

21. Bajo nivel de energía

- 0. No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo.
- 1. La relación sexual me atrae menos que antes.
- 2. Estoy mucho menos interesado por el sexo que antes.
- 3. He perdido totalmente el interés sexual.

EDD. No. 15-2016.

CUESTIONARIO DE CREENCIAS DE PERSONALIDAD - CCE	
Londoño, Maestre, Marín, Schnitter, Castrillón, Chaves y Ferrer, 2007.	
A continuación se presentan diferentes creencias y formas de comportamiento que emplean las personas en su vida cotidiana. Las creencias y formas de comportamiento aquí descritas no son ni buenas ni malas, ni mejores o peores. Simplemente ciertas personas utilizan unas formas más que otras, dependiendo de la situación. Responda señalando con el número que mejor indique su forma de pensar o de comportarse en la columna gris. Tenga en cuenta la siguiente valoración que usted dará a sus respuestas:	
1= No me describe en nada; 2= Me describe mínimamente; 3= Me describe un poco; 4= Me describe moderadamente; 5= Me describe mucho; 6= Me describe perfectamente	Conteste en esta columna
1. Utilizo a los otros antes que ellos lo hagan conmigo	6
2. Considero que los otros no me comprenden por que soy diferente	6
3. Considero que soy una persona muy agradable y atractiva	2
4. No confío en otras personas	6
5. Siento que soy indeseable en las situaciones sociales	6
6. No puedo tomar decisiones por mí mismo	1
7. No soporto el aburrimiento	1
8. Busco orden y reglas para que la tarea se realicen bien	1
9. No soportaría el que los demás me percibieran como inadecuado	2
10. Pienso que los demás son irresponsables y demasiado autocomplacientes	3
11. Es intolerable que no se me tenga el debido respeto	6
12. Me siento demasiado incómodo cuando percibo que alguien desea dominarme	6
13. Considero que las personas con autoridad son muy controladoras	1
14. Me incomoda sentir que tengo compromisos con las personas	6
15. Pienso que los otros son débiles y merecen que los dominen	6
16. Pienso que no encajo en los grupos	6
17. Creo que atraigo la atención e impresiono positivamente a los demás	1
18. Soy una persona desconfiada	6
19. No cuento con muchas habilidades sociales	4
20. Necesito demasiado la ayuda y el afecto de los demás	1
21. Es terrible que la gente me ignore	1
22. Tiendo a ser meticuloso para que todo funcione bien	4
23. Quedar expuesto como inferior sería intolerable	6
24. Creo que los demás tienden a ser demasiado descuidados	4
25. Me incomoda mucho no conseguir aquello a lo que creo tener derecho	6
26. Me gusta tener relaciones cercanas, pero no ser dominado	2
27. Creo que las personas con autoridad tienden a ser intrusivas y entrometidas	2
28. Evito tener compromisos con los demás	6
29. Hago todo lo necesario para conseguir algo así sea incorrecto	6
30. Me aislo de los demás para no sentir malestar	6
31. Pienso que los otros me admiran	3
32. Estoy constantemente en guardia	6

Implicaciones en el TDAH sin adherencia al tratamiento: Caso único adolescente de 15 años

33. Creo que si los demás se acercan a mí, descubrirán mi yo "real" y me rechazarán	1
34. Soy alguien necesitado y débil	1
35. Es horrible que las personas no sean amigables conmigo	1
36. Los detalles son extremadamente importantes	2
37. No tolero los sentimientos desagradables	1
38. Considero que los demás tienden a ser incompetentes	6
39. Busco que los demás respeten mi <i>status</i>	6
40. Ser controlado o dominado por los demás es intolerable	6
41. Pienso que las personas son demasiado exigentes	1
42. Creo que todos tienen que satisfacer mis necesidades	6
43. Amenazo con hacerme daño para que los demás no me dejen	1
44. Las personas son especiales conmigo	1
45. Tiendo a ser receloso y desconfiado	6
46. Me considero inepto en mi trabajo	2
47. Creo que la mayoría de las personas parecen ser más seguras que yo	1
48. No tolero la soledad	1
49. Busco ser muy competente para no fracasar	1
50. Tiendo a evitar a toda costa las situaciones desagradables	1
51. La gente no tiene ningún derecho a criticarme	6
52. Si no domino a los demás ellos me dominarán	6
53. Considero que las relaciones con los otros son caóticas	6
54. Soy una persona encantadora e irresistible	1
55. Estoy alerta para que los demás no traten de usarme o manipularme	6
56. Pienso que las otras personas son indiferentes o despectivas ante mis esfuerzos	2
57. Pienso que el más fuerte puede brindarme seguridad	6
58. Miento y hago trampas siempre y cuando los otros no se enteren	6
59. Soy muy extraño y diferente	6
60. Soy una persona demasiado especial	2
61. Soy suspicaz	1
62. Creo que soy superior y merezco un trato y privilegios especiales	6
63. Las relaciones íntimas son agobiantes	2
64. Creo que si una persona no sabe defenderse, ese es su problema	6
65. Prefiero estar aislado de los demás	6

EDILBERTO GONZALEZ.
FEB-2017.
RD = 11

Inventario para la Depresión de Aaron Beck
(Beck Depression Inventory, BDI; Beck, Rumb, Shaw y Emery, 1979)

1. Tristeza.

No me siento triste.

1. Me siento triste.
2. Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
3. Me siento tan triste o desgraciado que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

No me siento especialmente desanimado de cara al futuro.

1. Me siento desanimado de cara al futuro.
2. siento que no hay nada por lo que luchar.
3. El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3. Sensación de fracaso

No me siento fracasado.

1. he fracasado más que la mayoría de las personas.
2. Cuando miro hacia atrás lo único que veo es un fracaso tras otro.
3. Soy un fracaso total como persona.

4. Insatisfacción

0. Las cosas me satisfacen tanto como antes.
- No disfruto de las cosas tanto como antes.
2. Ya no obtengo ninguna satisfacción de las cosas.
3. Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo.

5. Culpa

0. No me siento especialmente culpable.
- Me siento culpable en bastantes ocasiones.
2. Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
3. Me siento culpable constantemente.

6. Expectativas de castigo

0. No creo que esté siendo castigado.
- siento que quizás esté siendo castigado.
2. Espero ser castigado.
3. Siento que estoy siendo castigado.

7. Autodesprecio

0. No estoy descontento de mí mismo.

- 0. Estoy descontento de mí mismo.
- 1. Estoy a disgusto conmigo mismo.
- 2. Me detesto.

8. Autoacusación

- 0. No me considero peor que cualquier otro.
- 1. Me autocritico por mi debilidad o por mis errores.
- 2. Continuamente me culpo por mis faltas.
- 3. Me culpo por todo lo malo que sucede.

9. Idea suicidas

- 0. No tengo ningún pensamiento de suicidio.
- 1. A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré.
- 2. Desearía poner fin a mi vida.
- 3. Me suicidaría si tuviese oportunidad.

10. Episodios de llanto

- 0. No lloro más de lo normal.
- 1. Ahora lloro más que antes.
- 2. Llora continuamente.
- 3. No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga.

11. Irritabilidad

- 0. No estoy especialmente irritado.
- 1. Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
- 2. Me siento irritado continuamente.
- 3. Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban.

12. Retirada social

- 0. No he perdido el interés por los demás.
- 1. Estoy menos interesado en los demás que antes.
- 2. He perdido gran parte del interés por los demás.
- 3. he perdido todo interés por los demás.

13. Indecisión

- 0. Tomo mis propias decisiones igual que antes.
- 1. Evito tomar decisiones más que antes.
- 2. Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
- 3. Me es imposible tomar decisiones.

14. Cambios en la imagen corporal.

- 0. No creo tener peor aspecto que antes

- Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo.
2. Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo.
3. Creo que tengo un aspecto horrible.

15. Enlentecimiento

- Trabajo igual que antes.
1. Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo.
2. Tengo que obligarme a mí mismo para hacer algo.
3. Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea.

16. Insomnio

0. Duermo tan bien como siempre.
 No duermo tan bien como antes.
2. Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.
3. Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.

17. Fatigabilidad

- No me siento más cansado de lo normal.
1. Me canso más que antes.
2. Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
3. Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18. Pérdida de apetito

0. Mi apetito no ha disminuido.
 No tengo tan buen apetito como antes.
2. Ahora tengo mucho menos apetito.
3. he perdido completamente el apetito.

19. Pérdida de peso

0. No he perdido peso últimamente.
 He perdido más de 2 kilos.
2. He perdido más de 4 kilos.
3. He perdido más de 7 kilos.

20. Preocupaciones somáticas

- No estoy preocupado por mi salud
1. Me preocupan los problemas físicos como dolores, malestar de estómago, catarros, etc.
2. Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas.
3. Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas.

21. Bajo nivel de energía

- 0. No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo.
- 1. La relación sexual me atrae menos que antes.
- 2. Estoy mucho menos interesado por el sexo que antes.
- 3. He perdido totalmente el interés sexual.

Implicaciones en el TDAH sin adherencia al tratamiento: Caso único adolescente de 15 años

CDI

Nombre: DIEGO GONZALEZ Edad: 15 Fecha: Feb 12-2014

Instrucciones: A continuación encontrarás unas frases que indagan sobre la forma en como te has sentido en los últimos días. Te pido responder de la forma más sincera posible. Señala la frase que mejor describa la forma como te sientes.

Ejemplo:

A 0	Siempre me siento mal	
B 1	A veces me siento mal	
C 2	Nunca me siento mal	
1.A	De vez en cuando estoy triste	<input checked="" type="checkbox"/>
B	Muchas veces estoy triste	
C	Estoy triste todo el tiempo	
2.A	Nunca voy a lograr nada	
B	No estoy seguro si lo que me propongo lo voy a lograr	
C	Cuando me propongo algo, casi siempre lo logro	<input checked="" type="checkbox"/>
3.A	La mayoría de las cosas las hago bien	
B	Muchas cosas las hago bien	<input checked="" type="checkbox"/>
C	Todo lo hago mal	
4.A	Muchas cosas me divierten	
B	Solo me divierten algunas cosas	
C	No me divierte nada.	<input checked="" type="checkbox"/>
5.A	La mayoría de las veces soy desobediente	<input checked="" type="checkbox"/>
B	Algunas veces soy desobediente	
C	Generalmente soy obediente	
6.A	Pocas veces pienso que me puede suceder algo malo	<input checked="" type="checkbox"/>
B	Me preocupó que me pasen cosas malas	
C	Estoy seguro que me va a ocurrir algo horrible	
7.A	Me odio	
B	No me quiero mucho	
C	Me quiero	<input checked="" type="checkbox"/>
8.A	Yo siempre soy culpable cuando algo me sale mal	<input checked="" type="checkbox"/>
B	La mayoría de las veces soy culpable cuando algo me sale mal	
C	Casi nunca soy culpable cuando algo me sale mal	
9.A	Tengo ganas de matarme	
B	A veces tengo ganas de matarme	
C	No quiero matarme	<input checked="" type="checkbox"/>
10.A	Siento ganas de llorar todos los días	
B	En el último tiempo he tenido muchas ganas de llorar	
C	Pocas veces tengo ganas de llorar	<input checked="" type="checkbox"/>
11.A	Todo me molesta	
B	A veces me molesta algo	<input checked="" type="checkbox"/>
C	Pocas veces me molestan	
12.A	Me gusta estar con la gente	<input checked="" type="checkbox"/>
B	La mayoría de las veces me molesta estar con gente	
C	No quiero estar con nadie	
13.A	No soy capaz de tomar decisiones	
B	Me cuesta mucho decidirme	
C	No tengo problemas para decidirme	<input checked="" type="checkbox"/>
14.A	Estoy contento con mi cuerpo	<input checked="" type="checkbox"/>
B	Algunas cosas de mi cuerpo no me gustan	
C	No me gusta nada de mi cuerpo	

15.A	Siempre me tienen que obligar a hacer las tareas	
B	A veces me tienen que obligar a hacer las tareas	<input checked="" type="checkbox"/>
C	No tengo problemas para hacer las tareas	
16.A	Duermo mal todas las noches	
B	Algunas noches duermo mal todas las noches	
C	En general duermo bien	<input checked="" type="checkbox"/>
17.A	Pocas veces me siento cansado	
B	Algunas veces me siento cansado	
C	Siempre me siento cansado	
18.A	Nunca tengo ganas de comer	
B	Muchas veces no tengo ganas de comer	
C	Siempre como bien	<input checked="" type="checkbox"/>
19.A	Si siento algún dolor o enfermedad, no me preocupó	
B	Si siento algún dolor, me preocupó	
C	Siempre me preocupan algún dolor	<input checked="" type="checkbox"/>
20.A	No me siento solo	
B	Muchas veces me siento solo	<input checked="" type="checkbox"/>
C	Siempre me siento solo	
21.A	No me gusta ir al colegio	
B	Algunas veces me gusta	
C	Siempre quiero ir al colegio	<input checked="" type="checkbox"/>
22.A	Tengo muchos amigos	
B	Tengo algunos amigos, pero me gustaría tener más	<input checked="" type="checkbox"/>
C	No tengo amigos	
23.A	Me va bien en el colegio	<input checked="" type="checkbox"/>
B	No me va tan bien en el colegio como antes	
C	Hasta en las materias que me iba bien, me va mal ahora	
24.A	Nunca podre ser tan bueno como otros niños	
B	Si yo quisiera, podria ser tan bueno como otros niños	<input checked="" type="checkbox"/>
C	Soy igual de bueno como otros niños	
25.A	Nadie me quiere realmente	
B	No se si alguien me quiere	
C	Estoy seguro de que me quieren	<input checked="" type="checkbox"/>

26.A	Casi siempre hago lo que me dicen	
B	Algunas veces no hago lo que me dicen	<input checked="" type="checkbox"/>
C	Nunca hago lo que me dicen	
27.A	Me llevo bien con los demás	
B	Frecuentemente tengo problemas con los demás	<input checked="" type="checkbox"/>
C	Todo el tiempo tengo problemas con los demás	

21

CUESTIONARIO DE DISTORCIONES COGNITIVAS PARA NIÑOS (CDCN -1)
(F. Bas, 1986)

Nombre EDILBERTO GONZALEZ..... Edad 15.....

Curso 2º..... Fecha FEB-16-2017.....

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

	SI	NO
1. Yo, o hago las cosas bien o las hago mal, o soy bueno, o soy malo o feliz o infeliz, etc.	X	
2. Cuando pierdo 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 cosas 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 éxito 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», «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

CUESTIONARIO DE CONDUCTA DE CONNERS PARA PROFESORES

Nombre del Niño(a) Felipe Gonzalez

Fecha: Febrero 16

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		X		
2. Tiene explosiones impredecibles, de mal genio.		X		
3. Se distrae fácilmente, tiene escasa atención.		X		
4. Molesta frecuentemente a otros niños		X		
5. Tiene aspecto enfadado, huraño.		X		
6. Cambia bruscamente sus estados de ánimo.			X	
7. Intranquilo, siempre en movimiento.		X		
8. Es impulsivo e irritable		X		
9. No termina tareas que empieza	X			
10. Sus esfuerzos se frustran fácilmente.	X			
TOTAL	0	7	2	0

= 9

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.

Edilberto Gonzalez.
Febrero-16-2016.

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.	X			
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	0	3	6	0

=9.

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.

IBT MODIFICADO PARA NIÑOS

NOMBRE: EDUARDO GONZALEZ
 EDAD: 16
 CURSANDO EL AÑO DE ESTUDIO: 7º
 FECHA DE HOY: FEBRERO 22 2016

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

Implicaciones en el TDAH sin adherencia al tratamiento: Caso único adolescente de 15 años

lloro.			
13. Cuando las cosas me salen mal yo no me enojo.	()	()	⊗
14. Una persona puede ser feliz aunque tengan muchos problemas.	⊗	()	()
15. Las cosas malas que pasan no me preocupan	()	()	⊗+
16. Las cosas que me parecen difíciles no las hago	()	⊗	()+
17. Me disgusta que otros decidan por mí.	⊗	()	()
18. Los errores que he cometido antes, no tengo por que repetirlos ahora.	⊗	()	()
19. Todo lo que hago me tiene que quedar muy bien hecho.	()	⊗	()+
20. Me preocupa hacer cosas que le gusten a la gente porque de pronto me rechazan.	()	⊗	()+
21. Me molesta que alguien que acabo de conocer me pregunte muchas cosas de mi vida.	⊗	()	()+

	Verdadero	Algunas veces verdadero	Falso
22. Debo hacer las cosas mejor que los demás.	()	⊗	()+
23. Todas las personas son buenas aunque algunas hagan cosas malas.	⊗	()	()
24. Cuando tengo problemas lo resuelvo muy calmadamente.	()	()	⊗
25. Cuando estoy preocupado me da dificultad quedarme quieto.	⊗	()	()+
26. Necesito que algunas personas me ayuden a hacer las actividades que tengo que hacer.	()	⊗	()+
27. Pienso que si ahora tengo problemas, es porque cuando estaba más pequeño los tuve.	()	⊗	()+
28. Cuando me equivoco, vuelvo y repito las cosas hasta que me queden muy bien hechas.	()	⊗	()+
29. Aunque me gusta que la gente me acepte, si no lo hacen me da lo mismo.	⊗	()	()
30. Cuando hay problemas en mi casa, la gente de la calle no debe saberlos.	⊗	()	()+
31. Me da dificultad decirle a la gente lo que siento por ellos (por ejemplo que los	()	⊗	()+

Implicaciones en el TDAH sin adherencia al tratamiento: Caso único adolescente de 15 años

quiero.)			
32. Me da lo mismo si castigan o no a la gente que le hace daño a otros.	()	<input checked="" type="checkbox"/>	()
33. Cuando las cosas no salen como a mí me gusta, me enojo mucho.	<input checked="" type="checkbox"/>	()	()+
34. Ningún problema es tan malo como para ponerse triste mucho tiempo.	<input checked="" type="checkbox"/>	()	()
35. Pienso mucho en la muerte y en cosas peligrosas.	<input checked="" type="checkbox"/>	()	()+
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 mas tarde.	()	()	<input checked="" type="checkbox"/>
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"/>	()	()+

Implicaciones en el TDAH sin adherencia al tratamiento: Caso único adolescente de 15 años

CUESTIONARIO "PCRI" FORMATO DE LA MADRE SOBRE EL NIÑO

Nombre de la Madre Adriana Madrigal
 Nombre del niño/a Alberto Gonzalez
 Edad 15 años Sexo M Fecha Febrero 22 2019

INSTRUCCIONES: Las frases que te presentamos aquí describen lo que piensan algunos padres sobre sus relaciones con los hijos. Lee cada frase con atención y decide cual es la que mejor define lo que tu sientes. Si estas **muy de acuerdo** rodea con un círculo el número 1 de la pregunta que corresponda. El número 2 si estás **de acuerdo**. El número 3 si estás **en desacuerdo**, y al 4 si estás en **total desacuerdo**.

ITEM	Muy De acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Total en desacuerdo
1. Cuando mi hijo está molesto por algo generalmente me lo dice	1	2	3	4
2. Tengo problemas para imponer disciplina a mi hijo/a	1	2	3	4
3. Estoy tan satisfecho/a de mi hijo/a como otros padres	1	2	3	4
4. Me resulta difícil conseguir algo de mi hijo/a	1	2	3	4
5. Me cuesta ponerme de acuerdo con mi hijo/a	1	2	3	4
6. Cuando toca criar al hijo/a me siento solo/a	1	2	3	4
7. Mis sentimientos acerca de la paternidad cambian de día en día	1	2	3	4
8. Los padres deben proteger a sus hijos/as de aquellas cosas que pueden hacerles infelices	1	2	3	4
9. Si tengo que decir "no" a mi hijo/a le explico por qué	1	2	3	4
10. Mi hijo/a es más difícil de educar que la mayoría de los niños	1	2	3	4
11. Por la expresión del rostro de mi hijo/a puedo decir como se sienta	1	2	3	4
12. Me preocupa mucho el dinero	1	2	3	4
13. Algunas veces me pregunto si tomo las decisiones correctas de cómo sacar adelante a mi hijo/a	1	2	3	4
14. La paternidad es una cosa natural en mí	1	2	3	4
15. Cedo en algunas cosas con mi hijo/a para evitar una rabieta	1	2	3	4
16. Quiero a mi hijo/a tal como es	1	2	3	4
17. Disfruto mucho de todos los aspectos de la vida	1	2	3	4
18. Mi hijo/a nunca tiene celos	1	2	3	4
19. A menudo me pregunto qué ventaja tiene criar hijos	1	2	3	4
20. Mi hijo/a me cuenta cosas suyas y de los amigos	1	2	3	4
21. Desearía poder poner límites a mi hijo/a	1	2	3	4
22. Mis hijos me proporcionan grandes satisfacciones	1	2	3	4
23. Algunas veces siento que si no puedo tener más tiempo para mí, sin los niños, me volveré loco/a	1	2	3	4
24. Me arrepiento de haber tenido hijos	1	2	3	4
25. A los niños se les debería dar la mayoría de las cosas que quieren	1	2	3	4
26. Mi hijo pierde el control muchas veces	1	2	3	4
27. El ser madre/padre no me satisface tanto como pensaba	1	2	3	4
28. Creo que puedo hablar con mi hijo/a a su mismo nivel	1	2	3	4
29. Ahora tengo una vida muy estresada	1	2	3	4
30. Nunca me preocupo por mi hijo/a	1	2	3	4
31. Me gustaría que mi hijo no me interrumpiera cuando hablo con otros	1	2	3	4
32. Los padres deberían dar a sus hijos/as todo lo que ellos no tuvieron	1	2	3	4
33. Como madre/padre, normalmente me siento bien	1	2	3	4
34. Algunas veces me siento agobiado/a por mis responsabilidades paternas	1	2	3	4
35. Me siento muy cerca de mi hijo/a	1	2	3	4
36. Me siento satisfecho/a con la vida que llevo actualmente	1	2	3	4
37. Nunca he tenido problemas con mi hijo/a	1	2	3	4
38. No puedo aguantar la idea de que mi hijo/a crezca	1	2	3	4
39. Mi hijo/a puede estar seguro de que yo le escucho	1	2	3	4

Implicaciones en el TDAH sin adherencia al tratamiento: Caso único adolescente de 15 años

40. A menudo pierdo la paciencia con mi hijo/a	1	2	3	4
41. Me preocupo por los deportes y por otras actividades de mi hijo	1	2	3	4
42. Mi pareja y yo compartimos las tareas domésticas	1	2	3	4
43. Nunca me he sentido molesto/a por lo que mi hijo/a dice o hace	1	2	3	4
44. Mi hijo sabe qué cosas pueden enfadarme	1	2	3	4
45. Los padres deberían cuidar qué clase de amigos tienen sus hijos/as	1	2	3	4
46. Cuando mi hijo/a tiene un problema, generalmente, me lo comenta	1	2	3	4
47. Mi hijo/a nunca aplaza lo que tiene que hacer	1	2	3	4
48. Ser madre/padre es una de las cosas más importantes de mi vida	1	2	3	4
49. Las mujeres deberían estar en casa cuidando de los niños	1	2	3	4
50. Los adolescentes no tienen la suficiente edad para decidir por sí mismos sobre la mayor parte de las cosas	1	2	3	4
51. Mi hijo/a me oculta sus secretos	1	2	3	4
52. Las madres que trabajan fuera de casa perjudican a sus hijos/as	1	2	3	4
53. Creo que conozco bien a mi hijo/a	1	2	3	4
54. Algunas veces me cuesta decir "no" a mi hijo/a	1	2	3	4
55. Me pregunto si hice bien en tener hijos/as	1	2	3	4
56. Debería de hacer muchas otras cosas en vez de perder el tiempo con mi hijo/a	1	2	3	4
57. Es responsabilidad de los padres proteger a sus hijos del peligro	1	2	3	4
58. Algunas veces pienso cómo podría sobrevivir si le pasa algo a mi hijo/a	1	2	3	4
59. Ya no tengo la estrecha relación que tenía con mi hijo/a cuando era pequeño/a	1	2	3	4
60. Mis hijos/as sólo hablan conmigo cuando quieren algo	1	2	3	4
61. La mayor responsabilidad de un padre es dar seguridad económica a sus hijos	1	2	3	4
62. Es mejor razonar con los niños/as que decirles lo que deben hacer	1	2	3	4
63. Empleo muy poco tiempo en hablar con mi hijo/a	1	2	3	4
64. Creo que hay un gran distanciamiento entre mi hijo/a y yo	1	2	3	4
65. Para una mujer, tener una carrera estimulante es tan importante como ser una buena madre	1	2	3	4
66. A menudo amenazo a mi hijo/a con castigarle pero nunca lo hago	1	2	3	4
67. Si volviese a empezar, probablemente no tendría hijos	1	2	3	4
68. Los maridos deben ayudar a cuidar a los niños/as	1	2	3	4
69. Las madres deben trabajar sólo en caso de necesidad	1	2	3	4
70. Algunas personas dicen que mi hijo/a está muy mimado	1	2	3	4
71. Me preocupa mucho que mi hijo/a se haga daño	1	2	3	4
72. Rara vez tengo tiempo de estar con mi hijo/a	1	2	3	4
73. Los niños/as menores de cuatro años son muy pequeños para estar en la guardería	1	2	3	4
74. Una mujer puede tener una carrera satisfactoria y ser una buena madre	1	2	3	4
75. Llevo una fotografía de mi hijo/a en la cartera o en el bolso	1	2	3	4
76. Me cuesta mucho dar independencia a mi hijo/a	1	2	3	4
77. No sé cómo hablar con mi hijo/a para que me comprenda	1	2	3	4
78. Para el niño/a es mejor una madre que se dedique a él por completo	1	2	3	4