**Intervención cognitivo-conductual en un menor diagnosticado con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH): (un estudio de caso)**

Sandra Marcela Castro Benthana

Universidad del Sinú – seccional Cartagena

**Resumen**

Este estudio de caso tuvo como objetivo describir el proceso de intervención desde el enfoque cognitivo-conductual en un menor con diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad – TDAH. El plan de intervención constó de 18 sesiones con el menor, se aplicó un pre-test y post-test para evaluar la efectividad de este. Se utilizaron la entrevista y registro conductual y observación directa para la evaluación; la psicoeducación, entrenamiento en técnicas de relajación y atención plena guiada, modelado, entrenamiento en auto instrucciones de Donald Meichenbaum y entrenamiento en técnicas de modificación de conducta como el coste de respuesta, reforzamiento positivo, programas de economía de fichas, y contrato de contingencias. Se destaca que los padres y profesores adquirieron un mayor conocimiento sobre la etiología y características del TDAH, origen y mantenimiento de las conductas disruptivas. El programa de economía de fichas consiguió el establecimiento de normas y rutinas en casa, disminución de la irritabilidad o conductas impulsivas, mayor aprendizaje y reconocimiento de su cuerpo a través de la respiración atenta. Se recomienda continuar el plan de intervención y hacer seguimiento con personas significativas en los diferentes espacios donde se desenvuelve el menor para incrementar y revisar los resultados obtenidos.

**Palabras clave:** TDAH, intervención cognitivo-conductual, conductas disruptivas, estudio de caso.

**Abstract**

The aim of this case study is to describe the intervention process from the cognitive-behavioral approach in a child with a diagnosis of Attention Deficit Hyperactivity Disorder - ADHD. The intervention plan consisted of 18 sessions with the child. A pre- and post-test was applied to evaluate its effectiveness. An interview and behavioral record, a semi-structured interview and direct observation were used for the evaluation. The intervention techniques used were psychoeducation, training in relaxation techniques and guided mindfulness and Keoppen relaxation techniques, modeling, training in Donald Meichenbaum's self-instructions and training in behavior modification techniques such as response cost, positive reinforcement, token economy programs and contingency contract. Among the results obtained, parents and teachers acquired greater knowledge about the etiology and characteristics of ADHD, origin, and maintenance of disruptive behaviors. Through the token economy program obtain the establishment of rules and routines at home, decrease in irritability or impulsive behaviors, greater learning, and recognition of the child's body through attentive breathing were achieved. It is recommended to continue the intervention plan and to follow up with significant people in the different spaces where the child develops in order to increase and review the results obtained.

**Keywords:** ADHD; Cognitive-behavioral intervention; disruptive behaviors; case study.

**Introducción**

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es definido por la Asociación Americana de Psiquiatría - APA (2014) como un trastorno del neurodesarrollo con un cuadro clínico caracterizado por un patrón elevado de impulsividad, excesiva actividad motora y déficit en el proceso atencional, signos y síntomas que generan un deterioro clínicamente significativo en el niño que lo presenta.

En ese sentido, Barkley y Murphy (2005) explican que este trastorno se define como un déficit en las funciones ejecutivas que provoca problemas de gestión de la conducta, del manejo del tiempo y de autorregulación, siendo de origen neurobiológico y con un fuerte componente hereditario, se presenta durante un tiempo de al menos seis meses, antes de los siete años y en dos o más contextos. Diversos estudios han reportado que los niños que presentan TDAH evidencian más déficit a nivel cognitivo y comportamental.

Asimismo, la APA (2014). indica una clasificación actual del TDAH consignada en el DSM-5 categorizados por tres subtipos que se explican a continuación: El TDAH-Combinado, que engloba sintomatología de déficit atencional e impulsividad / hiperactividad; en cambio, el TDAH predominante inatento, que se conforma por sintomatología de desatención; y el TDAH predominante hiperactivo / impulsivo, que se compone por sintomatología impulsiva e hiperactiva.

La APA (2014) resalta que el subtipo combinado tiene mayor frecuencia e impacto en el medio educativo, familiar y social. En concordancia epidemiológica, lo expuesto por las investigaciones de Halperin et al. (2008) confirman que este trastorno es diagnosticado mayormente en niños y adolescentes, con unas cifras de prevalencia estimada en la edad infantil del 5,29%, manteniéndose en la edad adulta hasta en un 65%, presentándose como un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo en, al menos, dos contextos, cuyo inicio se sitúa antes de los 12 años.

Es necesario mencionar que, el tratamiento del TDAH debería ser multimodal e individualizado, teniendo en cuenta al paciente y a su familia, enfocado en disminuir los síntomas, al mismo tiempo que se reducen las complicaciones derivadas del trastorno y el impacto negativo que puede tener en la vida de los pacientes y de su entorno. Por esto, Arco et al. (2004) y Herráez (2020) han demostrado que educar al paciente, a la familia y profesores sobre el trastorno, adaptar el entorno a las necesidades de cada persona y mejorar las habilidades de abordaje de los pacientes puede ayudar a obtener buenos resultados en el tratamiento del TDAH, cuando se combina con una intervención farmacológica. Así, Jarque (2012), Oh et al. (2012) y Steinhausen et al. (2013) recalcan la importancia de la intervención dirigida también a los padres y personas relevantes de los espacios donde se desarrollan los individuos, puesto que actúan como factores protectores para estos individuos.

En ~~e~~se sentido, ~~e~~ste estudio de caso tuvo como objetivo describir el proceso de intervención, desde el enfoque cognitivo-conductual en un menor diagnosticado con TDAH, a partir de lo cual se exponen los resultados obtenidos, los cuales constituyen una forma de contribuir a la discusión académica y científica sobre aspectos inherentes a la efectividad de las practicas basadas en la evidencia para el tratamiento e intervención psicoterapéutica para problemas de salud mental que afectan y tienen una alta incidencia en la actualidad.

**Descripción del Caso**

**Identificación del paciente**

 “AB” es un menor de 11 años, nacido el 28 de septiembre del 2008, cursa séptimo grado, su nivel educativo es adecuado para su edad, recibe apoyo escolar en cuanto a clases personalizadas por parte del mismo colegio. El menor presenta diagnostico desde los 6 años con trastornos de hiperactividad por déficit de atención, con predominio en hiperactividad e impulsividad y Trastorno negativista desafiante. Convive con sus padres adoptivos, quienes presentan un nivel educativo y económico medio- alto. El menor fue adoptado desde sus primeros 7 días de nacido.

**Motivo de consulta**

De acuerdo con la información suministrada por la IPS Psicokids, el menor ha sido diagnosticado desde los 6 años con trastornos de hiperactividad por déficit de atención, con predominio en hiperactividad e impulsividad y Trastorno negativista desafiante.

 Recibe tratamiento por psiquiatría le suministran Risperidona, ácido valproico, además asiste a psicoterapia con psicología para el control de los impulsos y manejo del comportamiento a nivel cognitivo conductual, debido a que presenta comportamientos de inatención en clases, dificultad para concluir actividades, incumplimiento de normas y obligaciones, oposición a las demandas dadas por sus padres y constante negativa ante las mismas y baja tolerancia.

**Motivo de consulta referido por la madre del menor**

La madre refiere que el motivo de consulta es debido a las problemáticas que ha venido presentando el menor tanto en la casa como en el colegio, las cuales le preocupan y no le gustan. Según lo referido por la madre el menor presenta las siguientes conductas: “tiene aptitudes que no me gustan cuando lo corrijo”, no le gusta que lo corrijan, hace pataletas, cuando está molesto le dice que no soy su mamá que no tengo ningún derecho, está muy pegado a los aparatos electrónicos.

**Motivo de consulta del paciente**

Menor asiste a consulta en la modalidad virtual en compañía de la madre, durante la consulta se indagó a través de preguntas abiertas y cerradas, si sabía por qué ~~s~~e encontraba ahí, a lo cual respondió que “para dejar de comportarme como chico malo, cuando me quitan las cosas. Hago pataletas, golpeando a la gente y las cosas”.

**Historia del problema**

Las dificultades con el menor se evidenciaron en el área escolar alrededor de los 6 años, se inician las quejas por parte del colegio debido a que el niño venia presentando conductas de inatención en las clases, se quedaba de ultimo al momento de escribir, además, presentaba lenguaje tardío, empezó hablar a partir de los 2 años.

En cuanto al ritmo de trabajo del niño, durante las clases, en comparación con los otros niños de su edad, era por debajo de lo esperado y esto ocasionaba que sus compañeritos le hicieran bullying durante las clases, dado que los profesores se quejaban todo el tiempo del niño, haciéndole llamados de atención constante, lo cual ocasionaba la burla de sus compañeritos.

Los docentes les informan a los padres que el niño tiene unos comportamientos disruptivos, se distrae con facilidad y no sabe quedarse quieto. Ante esta situación que venía presentando el niño los padres deciden cambiarlo de colegio, debido a que las quejas eran constantes, ya que al niño se le dificultaba quedarse quieto durante las clases, se levantaba de las sillas y mantenía desatento, hacía rabietas cuando le llamaban la atención, además, sus compañeros lo molestaban en clases y en el recreo no querían jugar con él. El menor empezó a aislarse y no querer ir al colegio. Por lo cual, por sugerencia de los mismos profesores, inician un proceso terapéutico iniciando el proceso con psiquiatría el cual sugirió aplicar la escala de Conners.

**Historia Familiar**

“AB” es hijo adoptivo producto del cuarto embarazo de la madre biológica, no hay más información de los padres biológicos, fue adoptado por una pareja de casados a los 7 días de nacido. Su familia adoptiva es de tipo nuclear, está conformada por padre, madre y 3 hermanas mayores que no viven en la casa, consideran que hay buena relación con ellas. Actualmente convive solo con sus padres, una tía y abuela materna, la frecuencia de visita es una vez al mes, la relación con su tía y abuela es estrecha, muy afectiva, lo complacen en lo que él quiere.

La dificultad en las relaciones parentales se presenta con las figuras de autoridad, en este caso sus padres. Al preguntarle por la dinámica familiar respondió “que tiene una relación afectiva normal, aunque hay mayor afectividad con el padre que con ella”. expreso que cuando el menor está molesto utiliza la siguiente frase “no los quiero” pero cuando está de buen humor es cariñoso y la abraza siendo un poco más afectivo.

Según lo dicho por la madre del menor “con el padre la relación es un poco más manipulativa ya que es facilista, debido a que él se la pasa trabajando y “AB”, está todo el tiempo conmigo, el niño siempre tira para donde su papá, si tiene algo que confesar se lo confiesa al papá y la mamá es la última en enterarse”

Teniendo en cuenta lo anterior, se puede decir que la dinámica familiar en la que se desenvuelve el menor no es totalmente congruente, dado que está compuesta por padres con diferentes estilos de crianzas, la cual según lo reportado por la madre del menor y evidenciada en cada una de las sesiones, esta dinámica influye en el diagnóstico del menor al haber desacuerdo de autoridad ante su hijo entre los progenitores, denotando esto como una falla dentro del sistema familiar.

Durante las entrevistas semiestructuras y la sesión de observación directa con los padres y el menor se logra observar y evidenciar que los estilos de crianza o practicas parentales que han llevado los padres del menor son diferente, los cuales de alguna forma han sido factores mantenedores de los comportamientos del niño. En la dinámica de los padres existe desautorización, lo cual aprovecha el menor para alinearse hacia el lado que más le conviene e incumplir con las normas; lo cual ha conllevado a la intensificación de los síntomas del diagnóstico del menor.

En este caso, según lo reportado por la madre, ella es la figura de autoridad. Se evidencia que tiene un estilo autoritario, pero en ocasiones suele ser permisiva. Debido que utiliza el castigo como forma para minimizar las conductas del menor y así conseguir que les haga caso a sus demandas. No obstante, suele en ocasiones olvidar los castigos y ser permisiva como forma de evadir al niño frente a las pataletas, sobre todo cuando estas suceden delante de algún extraño. Y esto ha creado que la relación sea unida por el tiempo que pasan juntos, pero crea conflicto entre ellos en cuanto al cumplimiento de las normas límites.

Por otro lado, cabe denotar que el padre del menor es de estilo más permisivo, lo que ha mantenido una relación de ventajas para el niño y desventajas para la madre, dado que existe entre los padres desautorización, lo que mantiene la estructura disfuncional de sus comportamientos, lo cual no les ha permitido establecer límites, ocasionando que el menor responda de forma agresiva cuando hay ambivalencias entre los estilos de crianza de cada padre.

Esto en cuanto a la relación parental, y en cuanto a la relación con las hermanas, la madre expresa que cuando sus hijas vivían en la casa, el niño se la llevaba muy bien con la hermana mayor, en cambio con las hermanas menores la relación se volvió un poco más conflictiva, puesto que le ponen más autoridad y esto le molesta al menor, lo cual provocaba peleas entre hermanos que no pasaban a mayores términos **(**ver figura 1).

 **Figura 1.**

*Familiograma*

**Historia Personal**

“AB” tiene 12 años, hijo adoptivo desde los 7 días de nacidos, según la información suministrada, embarazo aparentemente normal, peso y talla normal, desarrollo motor normal. Lenguaje tardío, lo adquirió a los 2 años, sufre de alergias, asma bronquial, recibe tratamiento con salbutamol y budesónida. No hay alergias a medicamentos, pero si a los frutos secos. Le controlan lo que come como comida empacada, solo se toma una gaseosa sin azúcar cada 8 días y dos porciones de pizza. Cursa 7 grado, en este momento por temas de pandemia recibe las clases de forma virtual, desde los 6 años mostró conducta negativista desafiante, le molestaban las bromas, esto lo enfurecía, en el colegio cuando iba de forma presencial y sus compañeritos hacían cualquier broma inculpándolo de algo que él no hizo, se molestaba y optaba por patear las puertas.

Tiene buenas relaciones con sus hermanas adoptivas. Él sabe que es adoptado, decidieron contárselo cuando tenía 7 años. Los padres por sugerencia de los terapeutas y en acuerdo mutuo, deciden que el niño merece saber la verdad, el menor según lo referido por la madre lo asume bien, preguntando, por quienes eran y pidió conocer a su mamá y a sus hermanos biológicos, cuando los vio por primera vez, no supo qué decir, se quedó callado, actualmente tienen una relación normal, alejada, habla poco con ellos.

En consulta no se logra recolectar más información sobre los padres biológicos del menor, dado que el contacto que tiene el niño con ellos es poco o casi nulo.

**Historia Social- académica**

Inicia la escolaridad a los 4 años y lo cambian de colegio a los 6 años cuando los profesores en el colegio empiezan a quejarse porque no se concentra en las clases, no se queda quieto y no es capaz de seguir órdenes. Los compañeros lo apartaban, no querían jugar con él dado que el niño no seguía el ritmo del juego de ellos, lo cual ocasionó que el niño empezara a sentirse solo, por este tipo de sucesos deciden cambiarlo de colegio, e inicia por medio de su EPS un proceso de evaluación y diagnóstico para determinar qué tenía, le realizaron varios exámenes médicos, pruebas psicométricas, lo que finalmente logra dar el diagnosticó de TDAH y trastorno negativista desafiante.

Actualmente cursa séptimo grado, es un estudiante promedio, no ha reprobado años escolares, según lo recolectado en la Historia Clínica suministrada por la IPS Psico Kids & Teens. Asimismo, la educadora escolar manifestó que tenía conductas inadecuadas como impulsividad y agresividad, dentro y fuera del salón de clases, sobre todo cuando sus compañeros le hacen bromas, no las tolera porque muchas veces cree que lo que le dicen es cierto y se enfada, amenazaba con hacerse daño a sí mismo intentando tirarse del balcón del colegio, pero esto no se repitió.

En cuanto a la atención, se le dificulta focalizarla durante un tiempo determinado, si es más de una hora en la misma actividad no le gusta. Sin embargo, logra terminar la actividad con refuerzo constante. Se fatiga rápidamente en actividades de lectura, aunque su lenguaje y recitación son buenos. Tiene buena articulación, pronunciación de palabras, buena fluidez verbal de acuerdo con su rango de edad. En cuanto a la escritura, su trazo es deficiente, grafía es ilegible. Dicha información fue recolectada a partir de la entrevista realizada a la educadora diferencial del colegio, y otra se obtuvo de la historia clínica que suministro la IPS, además se logró evidenciar dichas conductas en el proceso de estudio de caso.

Según información suministrada por la maestra de enfoque diferencial, su comportamiento en las clases virtuales es en constante movimiento, no logra concentrarse, se le dificulta transcribir en las clases, no logra concluir las actividades propuestas y se le dificulta acatar órdenes.

**Historia Afectiva**

Sus expresiones afectivas son escasas, se le dificulta mantener el contacto visual, aunque se muestra muy receptivo a contestar respuestas cortas, sobre todo cuando se le pregunta por sus padres expresa que la mamá lo castiga dejándolo sin merienda cuando hace algo malo, como partir sus cosas.

Tiene mejor relación con el padre porque este es más permisivo y lo consiente más, con la madre es más distante, en ocasiones cuando está molesto le grita y le dice que ella no tiene autoridad para regañarlo debido que no es su mamá; cuando se calma la abraza.

Por otra parte, la abuela y la tía cuando se encuentran en casa son complacientes con el menor, quien dice que le traen regalos y le preparan palomitas de maíz. Expresó que se lleva muy bien con sus hermanas, sus relaciones afectivas con sus compañeros de clases son buenas, se habla con algunos de ellos.

 En cuanto a la regulación emocional, al menor se le dificulta regular sus emociones, cuando quiere algo se muestra insistente, quiere las cosas de inmediato y si esto no sucede, se molesta con facilidad, lo que lo lleva a tener baja tolerancia a la frustración, desencadenando en las conductas impulsivas como es golpear la puerta u objetos cercanos.

Además, presenta dificultad para ser tolerantes ante las bromas, dado que la toma de forma literal y esto ocasiona inconvenientes con sus compañeros del colegio, lo que produce que prefiera alejarse, saliéndose de clases.

**Formulación clínica**

***Análisis y descripción de las conductas problema***

Se hace necesario mencionar que las problemáticas se discriminaron a partir de la información suministrada por la IPS Psico Kids & Teen, donde actualmente asiste el menor, en colaboración de la madre del menor y la docente diferencial, la cual hace parte del equipo interdisciplinario de la IPS. Por medio del proceso de evaluación y diagnóstico, el cual se realizó por medio de revisión de la historia clínica suministrada por la IPS, entrevistas semiestructura a padres y docentes, observación directa al menor en su contexto diario su casa, uso de instrumentos como fueron los registros de observación conductual realizados por los padres y docentes, escala de inteligencia en niños y adolescentes WISC-R. (suministrada por la IPS Psicokids), tabla validación (criterios del DSM-V) y entrevista con el psiquiatra de la IPS, se logra identificar los siguientes problemas blanco:

1. Constante movimiento motriz durante las clases.
2. Impulsividad, golpear la puerta si no lo dejan hacer lo que quiere, interrumpir a la mamá, para conseguir lo que quiere, baja tolerancia a la frustración.
3. Dificultad para concentrarse y concluir las actividades sin refuerzo.
4. Incumplimiento de las normas y obligaciones demandada por los padres.
5. Excesivo interés por los aparatos electrónicos.

***Selección y aplicación de las técnicas y/o instrumentos de evaluación y resultados obtenidos.***

La evaluación inicial es un proceso de recolección de información que se realizó con el objetivo de conocer a profundidad las variables que influyen en la problemática del menor, las cuales se han venido presentando. Esta evaluación se realizó por medio de sesiones. En la cual se contó con la participación de educadora diferencial del colegio y la madre del menor.

A continuación, se mencionan cuáles fueron las técnicas de evaluación que se usaron y los resultados obtenidos.

• Entrevista y registro conductual de referente educadora diferencial del colegio donde asiste el menor: La evaluación se inició con una entrevista a la educadora diferencial para obtener información preliminar del niño con el objetivo de especificar y delimitar la clase de conductas que la profesora entendía que constituían el problema. Antes de finalizar la sesión se le entregó una tarea, que debía realizar para la próxima semana, un registro de observación que debía completar con el fin de recoger información y establecer la línea base. El registro recabó información sobre situación, antecedentes, conducta, consecuencias, duración e intensidad de las conductas.

 La educadora diferencial del colegio donde asiste el menor actualmente informa que el menor tiene los siguientes comportamientos dentro y fuera de las clases: Impulsividad, agresividad, inatención, dificultad para concluir las actividades sin refuerzo.

Una de las situaciones de mayor relevancia que se presentó en el salón de clases es que un día amenazó con tirarse de un segundo piso, debido a que los compañeros lo estaban molestando, situación que se manejó con sesiones de terapia psicológica.

Dificultad en autorregulación y control, bajo seguimiento de las instrucciones e inquietud motora. En clases virtuales en constante movimiento no logra concentrarse, se le dificulta trascribir en las clases, su trazo es deficiente, la grafía es ilegible.

En cuanto al lenguaje tiene buena articulación, pronunciación de las palabras, buena fluidez verbal. Su proceso de lectoescritura es acorde a su edad, no presenta dificultad en el reconocimiento de los grafemas, en cuanto a la compresión lectora tiene buen criterio de interpretación y análisis.

• Entrevista y registro conductual con la madre del menor: En la primera sesión se entrevista a la madre con el fin de recopilar toda la información sobre el niño. Se recolectó información respecto a los datos biográficos, familiar, la historia evolutiva del niño, los antecedentes personales, afectivos, la historia del problema, motivo de consulta y el tratamiento llevado a cabo hasta el momento. Se firma el consentimiento informado, se le explicó cómo diligenciar los registros de observación en casa, sin embargo, este se fue llenando en colaboración, en las siguientes sesiones teniendo en cuenta información suministrada por la madre de acuerdo a las conductas presentadas.

La madre del niño Informa que Alejandro tiene las siguientes conductas: “Cuando va a comer hay que ponerle dos cucharas porque dice que no puede tomar la sopa con la misma que come”. “Cuando va al baño se baña y se cambia de ropa no sabe quedarse con la misma ropa” “No sabe amarrarse los cordones” “A veces no se puede quitar el cinturón” “El botón del pantalón no sabe soltarlo”

Interés excesivo por herramientas tecnológicas como Tablet, celular, computador, televisión, de hecho, las situaciones que lo alteran es que le apaguen algún uno de estos aparatos.

También expreso que el niño no acata las normas u órdenes demanda por ella o por el padre. Pero si la orden viene por parte de un profesor lo hace, acata las recomendaciones del médico y no se le olvida, recuerda que deben cumplirle lo que el medico dice. Como es rutina que debe tomarse una gaseosa cada 8 días y dos porciones de pizza, siempre deben cumplírselo.

Tiene otras conductas como interrumpir a la mamá cuando ella está ocupada con alguna cliente y hasta que no se le da lo que quiere no deja de interrumpir.

 Cuando le llaman la atención o lo regañan por algo, patea las puerta o parte cosas, o grita frases como “no eres mi mamá, no tienes derecho de regañarme”.

• Entrevista semiestructurada con el niño: Respecto al niño, se realizó una breve

entrevista con él para comprobar si conocía los propósitos de la intervención, conocer su punto de vista respecto al problema y fomentar la relación terapéutica entre paciente y terapeuta.

 Durante la primera entrevista “AB” se observó inquieto todo el tiempo movía el celular, apagaba la cámara, Solo habla lo que se le pregunta no da mayor detalle de sus padres o como son sus relaciones afectivas, opta por contestar con frases muy cortas como todo está bien.

Cuando se le pregunta qué le gusta, responde con agrado que los aparatos eléctricos y los juegos virtuales, de hecho, dijo que lo que más le molesta es que le apaguen el computador, que le gustan los videojuegos. Y que a veces se comporta como niño malo, pateando la puerta o partiendo cosas.

• Observación directa con el menor a través de ejercicios de normas y límites a través de imágenes y sopa de letras: En la segunda sesión se realizó observación directa de forma virtual a través de una actividad interactiva que constaba de realizar una sopa de letras de normas y limites se mostró colaborativo, animado a participar, pide permiso para realizar alguna acción, pero se mostró un poco preocupado por el tiempo y terminar la sesión de acuerdo a lo estipulado que se le cumpliera el tiempo, intentaba terminar rápido.

* Registros de observación conductual realizados por los padres y docentes: Se realiza registro de observación por padres y docente con el objetivo de identificar frecuencia, duración e intensidad de cada una de las conductas del menor y establecer la línea base. Los registros conductuales fueron aplicados por los padres en casa diariamente durante una semana y en el colegio por la profesora de ciencias sociales.

***Análisis funcional molar o formulación clínica***

A continuación, se describen situaciones problemas en el hogar en las que se detonan conductas inadecuadas en el menor.

Cuando el menor se encuentra ante situaciones en las que la madre demanda el cumplimiento de normas y obligaciones en el hogar como es levantarse temprano y asearse, comer en la mesa, usar el computador solo dos horas diarias después de clases y pasado este tiempo debe apagarlo, se desencadena en él una sucesión de respuestas motoras, en las que aparecen excesos conductuales, grita e inicia rabietas, golpea la puerta y déficits conductuales, no obedece a las demandas de la madre, la cual responde regañándolo, elevando la voz e imponiendo castigos que luego olvida cumplir, lo que incrementa y mantiene las conductas disruptivas del niño. Referente a la respuesta fisiológica, la madre expresa que el niño se pone rojo de la rabia y se molesta mostrándose exaltado.

En cuanto al componente cognitivo, según indica el niño este piensa que él si se comporta bien, que solo a veces no hace caso, que lo que más le molesta es que le quiten el computador “soy feliz con mi computador”, “no necesito más nada que no sea mi computador, el celular o mi Tablet” “ahí tengo todo”. Se puede evidenciar según lo referido por la madre del menor que hay ausencias de normas y limites en el hogar, incumpliendo en los castigos impuestos, además, el padre del niño en varias ocasiones la desautoriza y termina quitando los castigos impuestos. Ella por otro lado expresa que cuando está ocupada en sus labores termina cediendo ante las peticiones del niño ya que este es insistente y la interrumpe constantemente para que le preste el celular.

**Figura 2**

*Diagrama del análisis funcional*

****

***Objetivos terapéuticos***

Los objetivos que se plantearon para las sesiones del estudio de caso se describen a continuación:

* Entrenar en habilidades que promuevan la regulación emocional, a partir de las técnicas que se desprenden de la atención plena, como la respiración atenta, el scanner corporal y otras técnicas de entrenamiento autógena para el control corporal.
* Incrementar las habilidades de autocontrol y atención durante las clases a través del entrenamiento en técnicas de autoinstrucciones, modificando las interferencias de pensamientos en las actividades escolares, lo que le permitirá focalizar la atención.
* Promover la instauración de normas y límites claros, consistentes en el hogar a través de la identificación de estas, reconociendo las formas habituales que utilizan los padres para la implementación de las normas.
* Regular el uso excesivo de los aparatos electrónicos a través del entrenamiento para padres en el uso de técnicas operantes.

***Selección del tratamiento adecuado***

El tratamiento propuesto en este caso se basó en los datos proporcionados por la evaluación y el análisis funcional, recolectado a través de la elaboración de la historia clínica y los formatos de observación conductual. Una vez analizada toda la información se procedió a la elaboración de un plan de intervención. Este se basó a través del uso de técnicas cognitivo-conductuales teniendo en cuenta la eficacia, de las técnicas operantes, según Olivares y Méndez (2001), las técnicas operantes han sido de las primeras que comenzaron a emplearse dentro de la modificación de conducta, siendo también las que se han aplicado con mayor frecuencia.

Por su parte, Martin y Joseph (2007), detallan que la modificación de conducta implica la aplicación sistemática de los principios y las técnicas de aprendizaje para evaluar y mejorar los comportamientos encubiertos y manifiestos de las personas y facilitar así un funcionamiento favorable. Sin embargo, Rubió Badía et al. (2006) y Jarque (2012), indicaron que el tratamiento, en muchos casos, ha de ser multimodal y contextualizado. Siguiendo a Millán Lara (2009), esta intervención multimodal debe incluir psicoeducación y entrenamiento de padres, intervenciones psicológicas conductuales o cognitivo-conductuales, intervenciones escolares y psicopedagógicas y, si fuese necesario, tratamiento farmacológico.

Por lo cual se estableció la consecución de una serie de objetivos de intervención para cada problema blanco. Utilizando técnicas basadas en psicoeducación para padres y profesores sobre la etiología, características del TDAH y TND.

Así, como lo mencionan Soutullo y Díaz (2007), el abordaje psicoeducacional es uno de los tratamientos no farmacológicos que han demostrado ser de ayuda en el tratamiento con los afectados de Trastorno por déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) y sus familias.

Según, Bulacio et al. (2004) los contenidos psicoeducacionales deben centrarse en:

1. El diagnóstico, sus manifestaciones, sus consecuencias, sus posibles riesgos, etc.

2. La necesidad de realizar un tratamiento multimodal e integral.

3. El fundamento del tratamiento farmacológico.

4. El fundamento de la psicoterapia recomendada (individual, familiar, grupal).

5. La importancia "per se" de la psicoeducación como estrategia terapéutica.

6. La importancia de desarrollar la creatividad y el desarrollo personal en su propia vida y en el tratamiento mismo, buscando el desarrollo y potenciación de sus fortalezas.

7. La definición del objetivo final del tratamiento en relación con la calidad de vida.

Este estudio de caso se basó en el entrenamiento, teniendo como individuos al menor y su entorno, a los padres y maestros, utilizando técnicas cognitivo-conductuales que tienen como objetivo educar en la adecuada interacción, con fortalecimiento de conductas adecuadas y disminución de aquellas inadecuadas (Martin y Pear,1999). Teniendo en cuenta lo anterior, se utilizó el entrenamiento en técnicas de relajación y atención plena guiada para padres y técnicas de relajación de Koeppen (1993) para niño, uso de técnica de modelado, entrenamiento en Autoinstrucciones de Donald Meichenbaum (1993) y entrenamiento en técnicas de modificación de conductas, basadas en técnicas operantes para la reducción o eliminación de conductas inadecuadas y adquisición de nuevas conductas, como el coste de respuesta, reforzamiento positivo, programas de economía de fichas, y contrato de contingencias.

***Aplicación del tratamiento***

La intervención se llevó a cabo en 18 sesiones. La duración total del tratamiento fue de aproximadamente 3 meses. La frecuencia de las sesiones fue de una sesión semanal durante el primer mes, para luego realizar dos sesiones semanales. Dividida entre padres, educadora diferencial y niño. La duración de cada sesión fue de 45 minutos.

De forma individual se trabajó con la madre del menor y la educadora diferencial sobre psicoeducación en el diagnóstico, el objetivo era brindarle información acerca del diagnóstico que conocieran la etiología, y de alguna forma conocer cuáles eran sus creencias con respecto al trastorno y plantear el problema de una perspectiva real y manejable. Además de la psicoeducación se trabajó en el entrenamiento de técnicas de atención plena para la madre con el objetivo de entrenarla en autorregulación emocional, lo cual será útil en los momentos cuando el niño presente alguna pataleta, así la madre no perderá el control frente a estas situaciones dándole manejo adecuado.

Por otro lado, a la docente diferencial se le entrenó en técnicas operantes, las cuales serán de uso en el ámbito escolar con el objetivo de disminuir conductas disruptivas del menor en el aula de clase.

En este proceso de intervención se hace necesario involucrar a padres y docentes dado que la relación entre la familia y la escuela en la intervención cobra vital importancia, debido a que son los dos contextos más próximos donde se desenvuelve el menor, y dependiendo de la cooperación y la fluida comunicación que exista entre estos dos sistemas, dependerá el éxito del proceso de intervención planteado.

***Fase 1 Evaluación.***

**Sesión 1.**

Se realizó una entrevista inicial con la coordinadora de la IPS Psicokids, donde el menor recibe tratamiento psicoterapéutico. Con el objetivo de recabar información sobre aspectos de gran relevancia para el proceso de intervención, tales como: datos de identificación del paciente, motivo de consulta, esta información se recolectó por medio del reconocimiento del caso a través de la entrega de la historia clínica por parte de la IPS Psicokids. Remitido con diagnóstico de TDHA Y TND. Se realiza lectura de la documentación entregada por parte de la misma.

**Sesión 2.**

En esta sesión se realiza entrevista semiestructurada con la madre del niño, se recolectaron antecedentes personales y familiares relacionados al comportamiento del paciente. Diligenciamiento y firma del consentimiento informado.

**Sesión 3.**

Entrevista semiestructurada con la docente diferencial del colegio, donde estudia el menor. Y de esta forma confirmar si las conductas no deseadas también se presentan en el ámbito educativo. En esta sesión también se realizó psicoeducación para el manejo de técnicas de modificación conductual, las cuales serían aplicadas en la Institución educativa.

**Sesión 4.**

Se inició aplicación de instrumentos para confirmar hipótesis preliminares y de adquisición, registro de observación de conducta y cuestionario para la detección de los trastornos del comportamiento en niños y adolescentes. Este registro de observación conductual se realizó en casa y en el colegio.

**Sesión 5.**

 Se realizó entrevista semiestructurada con el niño, con el objetivo de recolectar información sobre su diagnóstico y darle explicación sobe el proceso terapéutico que se va realizar con él. Se realizaron preguntas abiertas y observación directa de sus conductas.

***Fase 2 tratamiento.***

**Sesión 6.**

Durante la sesión se entrenó al menor en habilidades que promuevan la regulación emocional, a partir de las técnicas que se desprenden de la atención plena, como la respiración atenta, el scanner corporal y otras técnicas de entrenamiento autógena para el control corporal y disminuir la impulsividad. En esta sesión se involucró a los padres, promoviendo el reconocimiento de emociones en situaciones específicas para la autorregulación de las mismas para el niño y sus padres. Se realizaron actividades como la ruleta de las emociones, apoyo de imágenes y expresiones faciales de cada una de las emociones básicas.

**Sesión 7.**

El objetivo de esta sesión fue conocer y controlar progresivamente el propio cuerpo a través de técnicas de relajación de koeppen. Algunas basadas en la respiración atenta. Se realizó ejercicios de respiración atenta donde se le entrenó al niño en técnicas de relajación de Koeppen para niños, se le enseñó cómo relajar su cuerpo en situaciones que le generen frustración. Se realizaron visualizaciones permitiendo la autorregulación emocional por medio de un ejercicio práctico de hacer burbujas con un pitillo en un vaso con de agua. Y de esta manera se entrenó en la disminución de la impulsividad.

**Sesión 8.**

En esta sesión se modelaron situaciones para promover el control de impulsos. Se realizó modelado simbólico, a través de la observación de un video de autocontrol de las emociones presentada en diferentes situaciones, donde el niño una vez que observa el video modifica y evalúa sus conductas; por medio de preguntas reflexivas. Y de esta forma cuenta con herramientas que le permite el control de sus impulsos.

**Sesión 9.**

La sesión contó con la participación de la madre en donde se realizó psicoeducación en técnicas de atención plena y manejo corporal. Se entrenó a la madre del niño en técnicas basadas en mindfulness realizando ejercicios de atención plena y manejo corporal, con esto se buscaba que la madre del menor pueda tener autocontrol en aquellas situaciones en las que el niño muestre conductas disruptivas y ella pueda intervenir sin perder el control, aplicando las estrategias aprendidas en las sesiones.

**Sesión 10.**

Se realizó con el menor el entrenamiento con imágenes de autoinstrucciones, se le entrenó para que use cada uno de los pasos de esta técnica, en aquellas situaciones donde necesite focalizar la atención, ya sea durante las clases, realización de tareas y deberes. Incrementando las habilidades de autocontrol y atención, durante las clases, modificando las interferencias de pensamientos en las actividades escolares, lo que le permitió focalizar la atención.

**Sesión 11.**

Se realizó psicoeducación con la educadora diferencial del colegio donde asiste el menor, entrenamiento en diagnóstico de TDAH. Una de las tareas que se les dejó para aplicar en las aulas fue estructurar espacios, donde se controle al máximo los estímulos que puedan ser distractores como son las ventanas, evitar sentarlo cerca de la puerta o con los compañeritos que tiene mayor afinidad, dado que esto se evidenciado que hace que se distraiga con facilidad.

**Sesión 12.**

Se realizó una segunda sesión con la educadora diferencial, donde se le hace seguimiento a las conductas del menor, brindándole herramientas técnicas operantes que puede utilizar en clases para seguir incrementando la atención durante las clases. Estableciendo reforzamiento positivo y costo de respuesta para aumentar conductas deseadas.

**Sesión 13.**

En esta sesión se realizaron ejercicios de norma y límites a través de imágenes y sopa de letras, de forma virtual. Se le explicó al niño qué son los límites y las normas, se detalló con la madre y el menor una lista de las normas en el hogar, donde se identificó cuáles se cumplen y cuáles no, promoviendo la instauración de normas y límites claros, consistentes en el hogar través de la identificación de estas, reconociendo las formas habituales que utilizan los padres para la implementación de las normas.

**Sesión 14.**

Se realizó la explicación de un programa de economía de fichas, incluido el coste de respuesta, se le explicó a los padres y al niño en qué consiste la técnica de la economía de fichas. Estableciendo una lista de las conductas a modificar e instaurar las conductas adecuadas.

**Sesión 15.**

Esta sesión es la continuación de la sesión 14 donde se explicó la técnica y se establecieron las conductas a modificar, en la sesión 15 se realizó la aplicación de la técnica economía de ficha. Se realizó en compañía de los padres y del menor una economía de ficha, se seleccionan los reforzadores a utilizar, dejando como compromiso la implementación de la economía de fichas, a la cual se le realizó su respectivo seguimiento.

**Sesión 16.**

En esta sesión pasada una semana se realiza una autoevaluación del cumplimiento de las normas a través de la utilización de la economía de fichas, por medio del registro de evaluación y cumplimiento de normas.

**Sesión 17.**

Se realizó con el menor un contrato de contingencias, y utilización de alarma que ayuden a regular el uso de los aparatos eléctricos. Se explica a los padres en qué consiste un contrato de contingencias y se entrena en la utilización de sistema de alarmas para regular el uso de aparatos electrónicos. Con esto, regular el uso excesivo de los aparatos electrónicos a través del entrenamiento para padres en el uso de técnicas operantes.

***3. Fase de evaluación.***

**Sesión 18.**

En el proceso de evaluación se realizó entrevista para verificar aprendizajes logrados durante el proceso de intervención, se evaluó el proceso de intervención, por medio de una encuesta, en la cual se realizó una comparativa pre-test y pos-test, partiendo de línea base arrojada por los registros de observación de conducta.

**Resultados del tratamiento**

A continuación, se muestran los resultados arrojados a partir de las técnicas utilizadas, por medio de una comparativa global del pre-test y pos-test de registro conductual escolar, registro observacional en el hogar y formato de autoevaluación de normas en el hogar antes de tratamiento y después de la implementación del programa de reforzamiento de economía de fichas.

Se realizó un registro conductual realizado por la docente del menor para el establecimiento de la línea base; se logra evidenciar según los datos de frecuencias e intensidad de las conductas disruptivas del menor que en el pretest el niño durante las clases en una escala de 0 a 10 presenta una intensidad de 8 en las siguientes conductas: constante movimiento en clases, prender y apagar la cámara en clases. No contestar ante las actividades en clases 9 Y 7 de intensidad para distraerse en las clases. Mientras que el pos-test una vez intervenido el menor se finaliza el tratamiento realizando un pos-test el cual arrojó como resultado de intensidad de las conductas una ligera mejora, ya que, en cuanto al constante movimiento en las clases, prender y apagar la cámara en clases la intensidad bajó de 8 a 7. La conducta de no contestar ante las actividades en clases bajó de 9 a 7 siendo esta la mejor puntuación ante estas conductas. Y finalmente la conducta de distraerse durante las clases bajó de 7 a 6. En conclusión, se puede decir que las implementaciones de las técnicas dieron resultados favorables para el proceso educativo del menor. Sin embargo, se deben seguir implementando estas técnicas para obtener resultados mucho más por encima de la línea base.

Figura 3

 *Registro Conductual Escolar.*

Una vez iniciado el proceso de evaluación se le pide a la madre del menor realizar un registro de observación de las conductas inadecuadas del menor y a partir de ahí establecer la línea base. Y una vez finalizada la intervención se realiza otro registro de observación que permite ver un antes y un después. En esta grafica se puede observar la intensidad de las conductas problemas, para esto se tuvo en cuenta una escala de intensidad de conducta de 0 a 10. Los datos arrojados muestras que el menor en el pretest la intensidad de la conducta era 8 en cuanto al incumplimiento de normas en el hogar e interrumpir constantemente. Y en el pos-test se puede evidenciar una disminución de estas conductas de 8 bajaron a 4 para el incumplimiento de normas e interrumpir constantemente bajo de 8 a 5. Lo cual significa que existe una mejoría en estas conductas problemas en el hogar. En cuanto al uso del computador realmente no fue tan satisfactorio los resultados debido a que en la línea base se observa que la intensidad del uso del computador es de 10 y en el pos-test la disminución de la conducta fue 8, observándose un cambio ligero en el uso del computador.

Figura 4

 *Registro conductual en el hogar.*



Figura 5

*Registro de evaluación de las normas antes del tratamiento.*



Se implementa un registro o evaluación de las normas antes del tratamiento. Al inicio de la intervención se evaluaba el cumplimiento de las normas en el hogar por parte del niño, este registro dio como resultado para la norma de aseo personal a la 6:30 de la mañana nunca se cumplía, al igual que sucede con la norma de comer en la mesa y el uso del computador después de clases por 2 horas. A diferencia de la norma de dormirse a las 9:00 pm todas las noches y el conectarse en las clases sin apagar y prender la cámara el resultado arrojado fue que algunas veces se cumplía la norma. Por lo cual se implementaron técnicas basadas en la terapia cognitivo conductual como fue el programa de economía de fichas que buscaba la instauración de normas y las eliminaciones de conductas inadecuadas. A partir del establecimiento del pretest o línea base se evalúan las conductas y se propone el plan de intervención en las cuales se utilizó el mismo registro de evaluación de normas una vez aplicadas las técnicas.

Figura 6

*Registro de evaluación de las normas a través del programa economía de fichas*

Los resultados arrojados a través del registro de evaluación realizado por la madre en el cumplimiento de las normas en el hogar por parte del niño, se muestra la efectividad del tratamiento, ya que se obtuvieron los siguientes resultados pasando en cuanto al cumplimiento de las normas de aseo personal a las 6:30 am, uso del computador solo por dos horas después de clases; de nunca cumplir esas normas a algunas veces cumplirla. En cuanto a las conductas de comer en la mesa se observa que el menor paso de nunca comer en la mesa a la 1:30 pm a casi siempre comer en la mesa. Lo mismo sucedió con la conducta de dormir a las 9 de la noche se logra evidenciar que casi siempre cumple con esta norma antes era solo algunas veces que cumplía. La gráfica también muestra que la conducta o norma establecida por los profesores y madre de conectarse en las clases sin prender y apagar la cámara se mantuvo igual en el pretest y pos-test ya que solo algunas veces cumple con ella.

Según los resultados obtenidos, se cumplieron los objetivos de intervención, puesto que padres y profesores adquirieron un mayor conocimiento sobre la etiología y características del TDAH, a partir de información sobre el origen y mantenimiento de las conductas disruptivas. Además, recibieron psicoeducación y entrenamiento en técnicas de atención plena y técnicas operantes las cuales han mostrado su eficacia en diferentes estudios. Y a través del programa de economía de fichas realizado con los padres del menor se consiguió el establecimiento de normas y rutinas en casa.

Los resultados muestran una mejoría en las siguientes conductas inadecuadas del menor teniendo en cuenta una escala de intensidad de conducta de 0 a 10. Los datos arrojados muestran que el menor en el pretest la intensidad de la conducta era 8 en cuanto al incumplimiento de normas en el hogar e interrumpir constantemente. Y en el pos-test se puede evidenciar una disminución de estas conductas, de 8 bajaron a 4 para el incumplimiento de normas e interrumpir constantemente baja de 8 a 5, lo cual significa que existe una mejoría en estas conductas problemas en el hogar. En cuanto al uso del computador, realmente no fue tan satisfactorio los resultados debido a que en la línea base se observa que la intensidad del uso del computador es de 10 y en el pos-test la disminución de la conducta fue 8, observándose un cambio ligero en el uso del computador. Según lo expresado por la madre del menor se nota un cambio significativo en las conductas del menor dado que, no solo el niño cuenta con herramientas que le ayudan a bajar los niveles de impulsividad si no que la madre, que pasa el mayor tiempo con él, sabe cómo llevar a cabo mejores interacciones con el niño y esto le ha servido para fortalecer conductas adecuadas e ir debilitando las inadecuadas.

Se evidencia disminución en la irritabilidad o conductas impulsivas como es el permitir que apaguen el computador sin mostrar acciones violentas como romper o golpear la puerta. Además, ha mostrado mayor reconocimiento de su cuerpo a través de la respiración atenta sin contar con una persona guía lo que permitió una ligera disminución del movimiento motriz, conectarse a las clases y participar. Todo esto como resultado de una mayor motivación en el cumplimiento de actividades dado que estas son reforzadas adecuadamente por la maestra.

**Discusión**

 Según los resultados obtenidos, se cumplieron los objetivos de intervención puesto que padres y profesores adquirieron un mayor conocimiento sobre la etiología y características del TDAH, a partir de información sobre el origen y mantenimiento de las conductas disruptivas. Además, recibieron psicoeducación y entrenamiento en técnicas de atención plena y técnicas operantes las cuales han mostrado su eficacia en diferentes estudios. Y a través del programa de economía de fichas realizado con los padres del menor se consiguió el establecimiento de normas y rutinas en casa.

Asimismo, Según Martin & pear., (1999) es indispensable el entrenamiento del menor, los padres y profesores, según técnicas cognitivo-conductuales para así lograr un tratamiento adecuado; teniendo como objetivo que aprendan a realizar interacciones adecuadas con el niño y debilitando las inadecuadas.

Los resultados muestran una mejoría en las conductas inadecuadas del hogar y en la escuela, teniendo en cuenta una escala de intensidad de conducta de 0 a 10. Los datos arrojados muestran que el menor en el pretest, la intensidad de la conducta era 8 en cuanto al incumplimiento de normas en el hogar e interrumpir constantemente. Y en el postest se puede evidenciar una disminución de estas conductas de 8 bajaron a 4 para el incumplimiento de normas e interrumpir constantemente bajo de 8 a 5. Lo cual significa que existe una mejoría en estas conductas problemas en el hogar. En cuanto al uso del computador realmente no fueron totalmente satisfactorios los resultados debido a que en la línea base se observa que la intensidad del uso del computador es de 10 y en el postest la disminución de la conducta fue 8 observándose un cambio ligero en el uso del computador.

Según lo expresado por la madre del menor, nota un cambio significativo en las conductas dado que, no solo el niño cuenta con herramientas que le ayudan a bajar los niveles de impulsividad, la madre que comparte mayor tiempo con él sabe cómo llevar a cabo mejores interacciones con el niño y esto le ha servido para fortalecer conductas adecuadas y e ir debilitando las inadecuadas.

Se evidencia disminución en la irritabilidad o conductas impulsivas como es el permitir que le apaguen en el computador sin llegar al punto de romper o golpear puerta. Mayor aprendizaje y reconocimiento de su cuerpo a través de la respiración atenta sin contar guía lo que permitió una ligera disminución del movimiento motriz, permitiéndole conectarse a las clases y participar. Debido a que hay mayor motivación en el cumplimiento de actividades dado que estas son reforzadas adecuadamente.

La principal limitación de este estudio de caso fue que no se pudo llevar a cabo las sesiones de forma presencial, debido a que el país se encontraba bajo emergencia sanitaria por SARS- COV-2 y todas las intervenciones se dieron a través de video llamadas por plataforma de Google meet, lo que en este caso se convertía en una limitante con el niño debido a que las conductas más notorias es el constante movimiento motriz y detrás de la pantalla muchas veces él tenía el control del espacio apagando y prendiendo la cámara, pero finalmente se logró estructurar cada sesión y controlar el ambiente a través del uso de reforzadores positivos y de sesiones agradables con estrategias acorde a su edad, aprovechando que su mayor interés es por la tecnología.

Según autores como Jarque (2012), el entrenamiento a padres y docentes en técnicas de modificación de conducta producen mejoras en la reducción de síntomas, en los problemas de conducta, mejora la realización de tareas escolares, en el hogar, disminuye el estrés familiar y mejora las habilidades parentales, lo cual quedo demostrado en este estudio, teniendo en cuenta que lalimitante fue el tiempo con los padres, muchas veces las sesiones eran canceladas porque tenían actividades laborales, ocasionando alteraciones en la intervención, además se notaba falta de cumplimiento de las actividades planteadas con los padres y esto ocasiona posibles recaídas en el programa.

En cuanto a la limitante a nivel escolar se debió al poco tiempo del proceso de practica y estructuración ya que varios inconvenientes con las vacaciones escolares impidieron que se estructura sesiones más allá de la psicoeducación sobre la etiología y características del TDH Y TND y el entrenamiento de forma general sobre las técnicas operantes.

Finalmente, en cuanto a intervenciones futuras, se debe trabajar durante más tiempo y en conjunto con padres, profesores y compañeros del niño ya que trabajando en equipo y de forma ordenada el avance es posible y se verán mayores resultados. Teniendo en cuenta que el TDAH es un problema de todos. Según la evaluación durante la intervención, el tratamiento es eficaz, aunque queda pendiente seguir evaluando el seguimiento, y el desvanecimiento total de las técnicas operante como es la economía de fichas con el fin de observar si los cambios producidos se mantienen en el tiempo.

**Referencias**

Anastopoulos, AD, Smith, TF, Garrett, ME, Morrissey-Kane, E., Schatz, NK, Sommer, JL, ... Ashley-Koch, A. (2011). Autorregulación de la emoción, deterioro funcional y comorbilidad entre niños con TDA/H. *Revista de trastornos de la atención*, *15* (7), 583-592.

APA, A. A. D. P. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5).* Editorial Médica Panamericana.

Badía, I. R., Pujol, B. M., y Abril, B. M. (2006). El pediatra y la familia de un niño con TDAH. *Revista pediatría de atención primaria*, *8*(4), 199-216.

Bandura, A. y National Inst of Mental Health. (1986). Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Prentice-Hall.

Bandura, A. y Walters, R. H. (1977). *Teoría del aprendizaje social*. Prentice Hall.

Barkley, RA y Murphy, KR (2006). *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: un libro de trabajo clínico*. Prensa Guilford.

Bulacio, M., Vieyra, C., Álvarez, C. y Benatuil, D. (2004). Uso de la psicoeducación como estrategia terapéutica. Fundación de Investigación en Ciencias Cognitivas Aplicadas (ICCAp).

De Valmaseda, M. H. M. (2020). Grupos psicoeducativos para padres de niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Acta Pediatrica Espanola*, *78*(1/2), 14-18. https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-202312

Esperón, C. S. y Suárez, A. D. (2007). *Manual de diagnóstico y tratamiento del TDAH*. Ed. Médica Panamericana.

Fernández, S. J. (2012). Eficacia de las intervenciones con niños y adolescentes con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). *Anuario de psicología/The UB Journal of psychology*, 19-33. https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=97024524002

Gómez-Restrepo, C., de Santacruz, C., Rodriguez, M. N., Rodriguez, V., Martínez, N. T., Matallana, D. y Gonzalez, L. M. (2016). Encuesta Nacional de Salud Mental Colombia 2015. Protocolo del estudio. *Revista colombiana de psiquiatría*, *45*, 2-8. https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.04.007

Halperin, JM, Trampush, JW, Miller, CJ, Marks, DJ y Newcorn, JH (2008). Resultado neuropsicológico en adolescentes/adultos jóvenes con TDAH infantil: perfiles de persistentes, remitentes y controles. *Revista de Psicología y Psiquiatría Infantil* , *49* (9), 958-966.

Kabat, ZJ (2003). Intervenciones basadas en mindfulness en contexto: pasado, presente y futuro.

Lara, L. M. (2009). *El alumno adolescente con TDAH: manual de estrategias para profesores de educación secundaria* (Doctoral dissertation, UPN-Ajusco).

López Leyva, M. A. (2015). Programa de prevención: técnicas operantes de modificación de conducta.

Martín, G. y Pear, J. (1998). *Modification of conduct* . Madrid, España: Sala Prentice.

Martínez-León, N. C. (2006). Psicopatología del trastorno por déficit atencional e hiperactividad. *International journal of clinical and health psychology*, *6*(2), 379-399.

Meichenbaum, D. (1993). Stress inoculation training: A twenty year update. *Principles and practice of stress management*, *2*, 373-406.

Negro, DS (2011). Una breve definición de mindfulness. *Neurociencia conductual*, *7* (2), 109.

Oh, WO, Park, ES, Suk, MH, Song, DH e Im, Y. (2012). Crianza de niños con TDAH en Corea del Sur: el papel del desarrollo socioemocional de los niños con TDAH. *Revista de Enfermería Clínica* , *21* (13-14), 1932-1942.

Polanczyk, G., De Lima, MS, Horta, BL, Biederman, J. y Rohde, LA (2007). La prevalencia mundial del TDAH: una revisión sistemática y un análisis de metarregresión. *Diario americano de psiquiatría* , *164* (6), 942-948. https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.6.942

Steinhausen, HC, Göllner, J., Brandeis, D., Müller, UC, Valko, L. y Drechsler, R. (2013). Psicopatología y personalidad en padres de niños con TDAH. *Revista de Trastornos de Atención* , *17* (1), 38-46.

Sukhodolsky, DG, Solomon, RM y Perine, J. (2000). Intervención cognitiva-conductual y de control de la ira para niños de escuela primaria: un estudio de resultados del tratamiento. *Revista de Terapia de Grupo para Niños y Adolescentes* , *10*(3), 159-170.

Tirado, J. L. A., Martín, F. D. F. y Lucena, F. J. H. (2004). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: intervención psicopedagógica. *Psicothema*, *16*(3), 408-414.

https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/8215