

Programa de intervención cognitiva-conductual en un niño de 7 años con TDAH

Daniela María Castro Muñoz
Universidad del Sinú – seccional Cartagena

Resumen

El presente trabajo es un estudio de caso de un niño de 7 años que ha sido diagnosticado con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), el cual presenta dificultad para relacionarse correctamente con sus pares y adultos en los diferentes escenarios en los cuales se desenvuelve. Por lo anterior, se aplicaron diversas pruebas o escalas que ayudaron en la elaboración de un correcto análisis de las problemáticas y posterior a esto un tratamiento que se adecuara a las necesidades del paciente; estas pruebas fueron, el cuestionario Connors para maestros y padres, además de la lista de chequeo del DSM-V, específicamente en el apartado de TDAH y, por último, el inventario de depresión infantil CDI. Así mismo, como herramienta de recolección de datos se usó la entrevista estructurada y semiestructurada con la madre, el niño y la docente, además de la observación en el ambiente escolar y familiar. De acuerdo con los resultados obtenidos se realiza un plan de intervención basado en el modelo de terapia cognitivo-conductual, el cual contiene diversas técnicas como lo son, el entrenamiento de relajación, educación emocional, entrenamiento en resolución de conflictos y psicoeducación a la madre, cuidadores y docente. El anterior plan de tratamiento se elaboró como una proyección para ser utilizado por los psicólogos o psicólogo de la institución en la cual el niño estudia.

Palabras clave: TDAH, trastorno, déficit de atención e hiperactividad, modelo cognitivo-conductual, niño, intervención.

Abstract

The following study is a case study of a 7-year-old boy who has shown some difficulties in socializing correctly with his classmates and adults in the different contexts in which he develops. For this reason, several tests or scales were applied to help in the development of a correct analysis of the problems and, subsequent to this, a treatment that suited the patient's needs. These tests were the Conners questionnaire for teachers and parents, in addition to the checklist of the DSM-V, specifically in the ADHD section and, finally, the CDI childhood depression inventory. Furthermore, a structured and semi-structured interview with the mother, the child and the teacher was used as a data collection tool, in addition to observation in the school and family environment. According to the results obtained, an intervention plan based on the cognitive-behavioral therapy model, which contains various techniques such as relaxation training, emotional education, conflict resolution training and psychoeducation for the mother, caregivers and teacher, was developed. The above treatment plan was elaborated as a projection to be used by the psychologists or psychologist of the institution where the child studies.

Keywords: ADHD, Attention-Deficit Hyperactivity Disorder, cognitive behavioural therapy, child, intervention.

Introducción

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) se encuentra dentro de los trastornos del desarrollo neurológico y está caracterizado por un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o desarrollo de la persona (Asociación Americana de Psiquiatría, APA, 2014). Es el problema de comportamiento más común durante la infancia, constituyendo la enfermedad crónica más frecuente del período escolar y representa un problema complejo debido a que repercute en la vida diaria de los niños y existe la posibilidad de que persista a lo largo de la vida (Cornejo et al., 2005).

Geográficamente hay muchas variaciones sobre la prevalencia del TDAH. Por ejemplo, las prevalencias más bajas se han encontrado en Europa (4,6%) y Norte América (6,2%) en comparación con África (8,5%) y Sur América (11,8%) (Polanczyk et al., 2007). En Colombia en 2018 se realizó un tamizaje de trastornos mentales a población entre los 7 a 11 años y se encontró que el 3,2% de la muestra presentó cualquier trastorno en los últimos 12 meses, siendo el TDAH el más frecuente en este grupo, con una frecuencia del 3% (Ministerio de Salud, 2018). Sin embargo, se necesitan más estudios estructurados para unificar criterios, tener cifras actualizadas y poder establecer una prevalencia real en el país.

Ahora bien, con este trastorno los pacientes no solo experimentan síntomas de inatención e hiperactividad-impulsividad, sino que se da una alteración de la calidad de vida a nivel social, académico, familiar, entre otros (Coghill et al., 2019). En el estudio de Caci et al. (2014), al preguntar a familiares de niños con TDAH sobre los impactos que pudieran asociarse al trastorno, afirmaron que tiene un impacto negativo sobre la escolaridad (45%), la vida diaria (35%), el intercambio social (34%), las relaciones familiares y de amistad (31%) y la autoestima (60%).

De la misma manera, el DSM-V (APA, 2014) indica síntomas asociados como: a) errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades por falta de atención al detalle, b) dificultad para mantener la atención en clases, conversaciones o lecturas prolongadas, c) dificultad para mantener la secuencia y el orden, e) mala gestión del tiempo, f) pérdida de objetos como materiales escolares, libros, llaves, g) olvido de tareas cotidianas, entre otros.

Por otro lado, es pertinente conocer que el TDAH tiene una causa multifactorial, ya que se relacionan factores genéticos y ambientales. Esperón y Sanz (2009) describen que si un padre tiene TDAH el riesgo del niño aumenta entre 2 a 8 veces. Para un hermano aumenta entre 3 a 5 veces. En un gemelo homocigoto el riesgo aumenta entre 12 a 16 veces. También existen algunos factores ambientales que predisponen el desarrollo del TDAH, tales como: la exposición intrauterina al tabaco, el alcohol, bajo peso al nacer, complicaciones perinatales, edad avanzada de la madre al momento del parto, conflicto familiar severo, antecedentes psiquiátricos, clase social baja, entre otros (Polanczyk et al., 2007; Esperón y Sanz, 2009).

Por lo anterior, es posible decir que al ser un trastorno que comienza a manifestarse durante la infancia, puede conllevar al individuo en esa etapa de desarrollo de su personalidad e identidad, a interactuar de manera errónea con la sociedad (Salmeron, 2009; Wehmeier, Schacht y Barkley, 2010). Sin embargo, diferentes estudios también han demostrado que estos pacientes presentan cualidades y fortalezas en áreas creativas y artísticas (Cramond, 1994). Por tal razón, la identificación, atención e intervención temprana en niños, niñas y adolescentes es fundamental, con el fin de disminuir las repercusiones a futuro (Cornejo et al., 2005), y potenciar otras habilidades que también forman parte de lograr una calidad de vida integral y funcional.

Por consiguiente, todo niño, niña y/o adolescente diagnosticado con TDAH debe tener la garantía de un plan integral de tratamiento individualizado, para mejorar las manifestaciones

centrales del trastorno y el deterioro funcional asociado (Catalá et al., 2017). Por tal razón, dentro del tratamiento psicológico se concibe que la terapia cognitivo conductual ha conseguido beneficios estadísticamente significativos (Catalá et al., 2017) ya que involucra de manera activa al niño, y a su círculo cercano como padres y escuela, con programas de entrenamiento con técnicas operantes y técnicas cognitivo-conductuales (Ramírez, 2015).

Así, el objetivo de este artículo es mostrar el caso de un niño de 7 años con TDAH, incluyendo el proceso de evaluación y el tratamiento recomendado para que sea usado por los psicólogos de la institución educativa, y psicólogos lectores interesados en el tema, donde se tenga en cuenta el adecuado manejo de las técnicas presentadas.

Descripción del Caso

Identificación del paciente

ZEMP es un niño de 7 años, cursando primero de primaria y pertenece a una familia extensa compuesta por madre, abuelos y tío maternos. La madre comenta que el embarazo fue riesgoso y duró 36 semanas, por lo que al nacer el niño presentó hipoxia y luego de dos días en el hospital sufrió crisis convulsivas provocadas por complicaciones renales, esto llevó a que estuviera hospitalizado durante 2 meses. En ese momento el paciente pertenecía a un hogar monoparental con apoyo de la abuela materna en caso de ser requerirlo, sin embargo, la madre decide mudarse a casa de sus padres a los pocos meses del nacimiento del niño. El niño presenta alteración en el desarrollo del habla y del lenguaje, por lo que asiste a fonoaudiología, psicología y salud ocupacional desde su nacimiento hasta el año 2021. Además, la madre lo describe como un niño “cariñoso” y afirma que es capaz de encargarse de su aseo personal. Se muestra como un niño con baja tolerancia a la frustración y presenta conductas desafiantes, también es capaz de

seguir ordenes si se le explica con calma y con ejemplos. En la escuela mantiene un nivel “básico” académicamente de acuerdo a la modalidad evaluativa de la institución.

Motivo de consulta

El niño es remitido a consulta por parte de la institución donde estudia debido a que presenta conductas agresivas con sus compañeros y docentes. Así mismo, la madre manifiesta que “el niño es muy inquieto”, y que en la mayoría de las situaciones solo es capaz de concentrarse por máximo 10 minutos, lo que le impide realizar sus tareas escolares de forma independiente; además afirma “yo lo regaño y él no se queda quieto”. Por otro, lado el niño informa que se distrae fácilmente y en ocasiones se siente atacado por sus compañeros de la escuela cuando hacen comentarios sobre su físico.

Historia del problema

Los problemas relacionados a la atención y lenguaje se presentan desde el nacimiento según lo que afirma la madre. Desde los 4 años hasta la actualidad asiste a citas con psicología y se concluyó desde el comienzo de las terapias el diagnóstico de TDAH. Luego, el año pasado (2021) el neurólogo sugirió medicación para regular al niño en el horario escolar, debido a que se mostraba con mucha inquietud motora, la cual la madre no aceptó y no suministró. La madre maneja un estilo de crianza permisivo y sobreprotector con el niño desde su nacimiento gracias al miedo recurrente de que algo afecte su salud a tal punto de que suceda un episodio similar al ocurrido en el primer momento de vida del niño. Así también, el paciente se ha visto envuelto en las constantes discusiones del padre y la madre sobre su custodia, las cuales se han manejado de manera inadecuada y en ocasiones de forma agresiva. Sin embargo, el niño maneja una buena relación con su padre y comparten momentos juntos cada 15 días en casa de sus abuelos paternos.

Actualmente asiste a terapias psicológicas grupales cada 6 meses únicamente, debido a que eso fue lo recomendado a la madre de parte de la EPS, esto con el fin de revisar avances y evolución del cuadro o diagnóstico. En la escuela manifiestan que en la actualidad el niño se nota mucho más activo, al punto que es muy difícil controlarlo, también se muestra agresivo con sus compañeros, en ocasiones les quita los útiles y con éstos los lastima, les quita la silla al momento que nota que se van a sentar y cuando se le intenta corregir reacciona de forma agresiva. De acuerdo con lo anterior el niño afirma que recibe comentarios negativos sobre su físico en varias ocasiones por parte de sus compañeros y esto le molesta mucho.

Formulación clínica

Análisis y descripción de las conductas problema

A partir de la recolección de información tomada de los instrumentos enunciados en el siguiente apartado se encuentran varios comportamientos inadecuados, los cuales se caracterizan por la dificultad para mantener la atención en tareas o actividades recreativas, dificultad para seguir instrucciones y terminar las tareas escolares, evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido, dificultad para esperar su turno, agresividad física y verbal con sus compañeros durante las clases, miente seguido, agresividad verbal hacia los adultos, gritos constantes en forma de protesta para evadir responsabilidades y actitud desafiante. En relación con la información recolectada se determina que sobre las conductas de agresividad e inatención ha influido grandemente el estilo de crianza permisivo y sobreprotector que maneja la madre, la falta de comunicación e inadecuado manejo de la separación de los padres, la ausencia de normas y límites, lo que lleva a la manifestación de las conductas blanco, además de esto repercute en su ausencia de habilidades prosociales y afecta sus relaciones sociales y adecuado desenvolvimiento en sus diferentes entornos.

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

Para la recolección de datos se tuvieron en cuenta las técnicas cualitativas de investigación como la entrevista estructurada y semiestructurada con el niño, su madre y la docente, para obtener información relacionada con la historia clínica del niño, historia familiar, académica, personal, entre otros. Citando a Tejero (2021) mediante la entrevista, el investigador busca acceder a la perspectiva del sujeto estudiado y, así, comprender sus interpretaciones, percepciones y sentimientos. La entrevista estructurada se basa en un guion de preguntas abiertas y la entrevista semi-estructurada se realiza mediante un conjunto de preguntas y temas a explorar, pero no hay una redacción exacta ni un orden específico (Tejero, 2021). Así mismo, se usó la técnica de observación no participante en el entorno escolar y familiar.

Por otro lado, se utilizó la lista de chequeo del DSM-V (APA, 2014) con los criterios diagnósticos, donde se encontró que el niño presenta más de 6 síntomas necesarios para cumplir con el diagnóstico de TDAH. A su vez se tuvieron en cuenta las Escalas abreviadas de Conners para padres (CPRS-48) y docentes (CTRS-28), que constituyen un listado de síntomas con un formato de escala tipo Likert.

La CPRS-48 (Conners, 1989) es un cuestionario de 48 ítems que proporciona cinco factores, incluyendo las subescalas de Problemas de Conducta, Problemas de Aprendizaje, Psicossomático, Impulsivo-Hiperactivo y Ansiedad, y el Índice de Hiperactividad. Cada ítem se valora en una escala de Likert de 0 (nada problemático) a 3 (muy problemático), y cuenta con un coeficiente de Alpha de Cronbach de 0,90 (Dereboy et al., 2007). La CTRS-28 (Conners, 1989) es un cuestionario de 28 ítems para calificar problemas de conducta en el aula. Se valora en una escala Likert de 0 a 3. Esta escala proporciona subescalas de Problemas de Conducta, Hiperactividad e Inatento-Pasivo, y el Índice de Hiperactividad, y cuenta con un coeficiente de

Alpha de Cronbach de 0,95 (Dereboy et al., 2007). Por consiguiente, es posible decir que debido a las puntuaciones totales de las escalas ($\geq 0,90$) se respalda tanto la fiabilidad como la validez de estas (Nunnally y Bernstein, 1994).

Como resultados a la aplicación de las escalas, se encontró en el cuestionario para docentes relevante y significativo según las reglas de éste, el concepto de trastorno de conducta, y el concepto de hiperactividad. Así mismo, en cuanto al cuestionario para padres se encontró nuevamente relevante según el porcentaje obtenido el concepto de problemas de conducta, problemas de aprendizaje, impulsivo hiperactivo y aun cuando no cumple con el valor significativo para tener en cuenta, el concepto de ansiedad se acerca. Según lo anterior, se encontró que los problemas de conducta se repiten, al igual que la hiperactividad, por lo que el plan de tratamiento se encaminó a estos puntos específicamente y se estudió la influencia de los comentarios negativos de su físico sobre su baja autoestima.

Por último, se aplicó el Inventario de Depresión Infantil (CDI) (Kovacs, 1992) por ser el más utilizado y reconocido para medir los síntomas depresivos en la población infantil y adolescente, además de haber sido un instrumento ya usado en población colombiana. La versión utilizada y validada en español consta de 27 ítems, cada uno de ellos expresados en tres frases que muestran la sintomatología depresiva en distintas intensidades o frecuencias. Las preguntas se califican de 0 a 2. Cuanto mayor es la puntuación, también lo es la intensidad de la sintomatología, con punto de corte de 19 puntos. El resultado de la prueba permite obtener datos de la depresión total y de dos escalas adicionales: disforia y autoestima negativa (Kovacs, 2004).

Su consistencia interna presenta un coeficiente alfa de Cronbach de entre 0.70 y 0.94 en muestras normales y clínicas (De la Torre et al., 2016). Ahora bien, los resultados de su aplicación muestran que el niño tuvo una calificación de 16 puntos por lo que no se podría

afirmar presencia de síntomas de depresión infantil. Sin embargo, basta con 12 puntos para que el niño pueda presentar problemas psicológicos, por lo cual sería importante intervenir por medio de la prevención de los síntomas depresivos, y el buen desarrollo de la autoestima y el autoconcepto.

Análisis funcional molar o formulación clínica

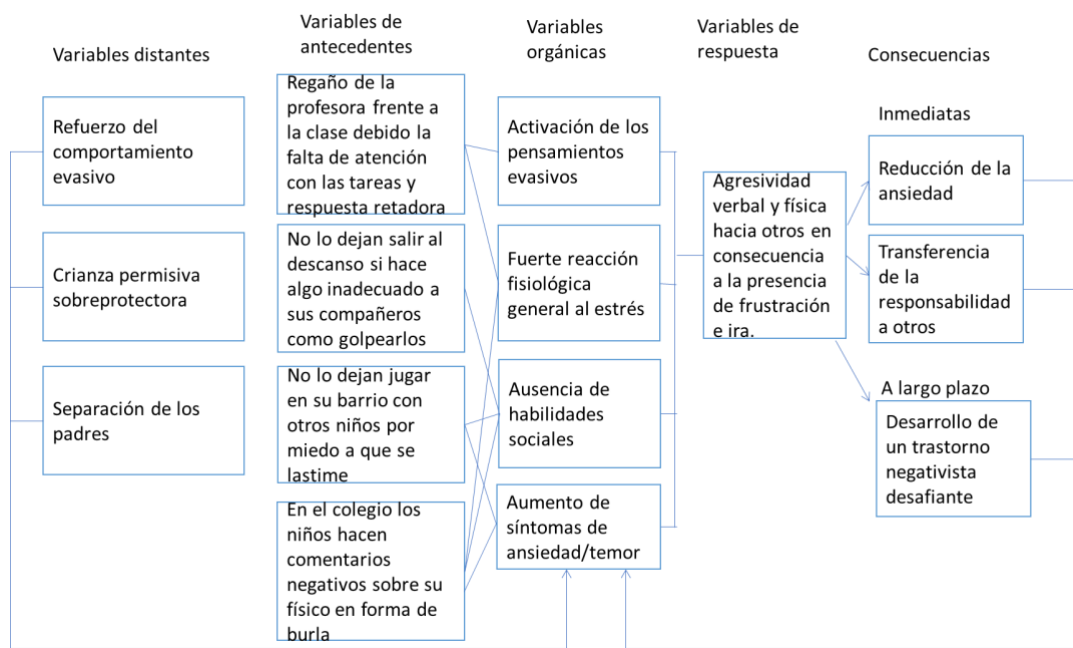
A través de la construcción del análisis funcional se busca evidenciar aquello que influye en la conducta del niño, por lo que desde lo que se obtuvo de la historia del paciente se encuentra que desde temprana edad la madre maneja con el niño un tipo de crianza permisiva y sobreprotectora, lo que significa que seguido evita poner límites y existe en el hogar una ausencia de normas que guíen al niño sobre el correcto quehacer de las cosas; así mismo, protege al niño de asumir responsabilidades que le corresponden por sus actos para evitar causarle cualquier malestar, por esto se da como consecuencia el refuerzo del comportamiento evasivo por parte de la madre, debido a que no actúa sobre las conductas inadecuadas del niño y por el contrario apoya su actuar en las diversas circunstancias que se presentan.

Así también, prohíbe el hecho de salir a jugar con otros niños por miedo a que algo le pase, lo que da como consecuencia la ausencia de habilidades sociales y el aumento de síntomas de ansiedad/temor cuando se encuentra en escenarios sociales. Por otro lado, la separación de los padres se da de una forma agresiva e inadecuada y el niño vivencia cada problema que surge en el proceso. Los hechos más recientes que aportan a la aparición de la sintomatología es la exposición en dos ocasiones de la profesora frente a la clase mostrando de forma inadecuada el comportamiento del niño, a lo que el niño afirma que no se sintió escuchado y además se sintió expuesto, lo que llevó a que los compañeros de clase se sintieran en la libertad de tomar una actitud de burla y hacer comentarios negativos sobre su físico.

Por esta razón el niño reacciona con una fuerte respuesta fisiológica generada por el estrés que la situación le causa, lo que lleva a contribuir en la ausencia de habilidades sociales, la activación de los pensamientos evasivos y el aumento de síntomas de ansiedad/temor. Todo lo anterior concluye en una reacción de agresividad física y verbal hacia otros por parte del niño, lo que causa en él la reducción de la ansiedad y la transferencia de sus responsabilidades a otros, gracias a que para evitar su reacción la madre lo apoya y la profesora deja de insistir, lo cual a largo plazo puede influir en el desarrollo de un trastorno negativista desafiante.

Figura 1

Diagrama analítico funcional del caso



Elaboración propia.

Objetivos terapéuticos

Se proponen tres objetivos generales. 1) Disminuir las reacciones agresivas en el niño, a través de la enseñanza de pautas sobre la autorregulación emocional el manejo adecuado de los conflictos cotidianos. Así mismo, se busca fomentar habilidades de resolución de conflictos para lograr una comunicación asertiva con adultos y pares y disminuir los niveles de ansiedad. 2)

Proponer métodos adecuados de crianza para padres y cuidadores, el cual se espera lograr por medio de brindar herramientas practicas a padres y cuidadores sobre el programa de familia sana para fortalecer y mejorar la dinámica familiar. Y 3) prevenir recaídas del paciente, por lo que se espera establecer normas de convivencia en el salón de clases de acuerdo con la metodología de la escuela para lograr el adecuado cumplimiento de las actividades y una correcta socialización, también educar acerca de los derechos asertivos universales para lograr la aceptación y respeto del otro en el aula de clases, reestructurar el autoconcepto en función del mejoramiento de la autoestima y demostrar derechos y deberes de los niños en Colombia.

Selección del tratamiento adecuado

Con base en la terapia cognitivo conductual, la proyección del tratamiento constará de 9 sesiones de duración entre 40 minutos a una hora cada una. Por esto, es necesario empezar con la técnica de autorregulación emocional, definida como la capacidad de dirigir y manejar las emociones de forma eficaz, percibiendo el propio estado afectivo sin dejarse arrollar por él, de manera que no obstaculice el razonamiento y permita tomar decisiones acordes a la realidad (Rodríguez, Russián y Moreno, 2019). De acuerdo con Akaydin y Akduman (2016) la autorregulación emocional ha demostrado tener un impacto positivo en la salud mental de los niños, ya que se logran manejar aspectos como el autocontrol, la confianza y flexibilidad para manejar problemas, manejo de sufrimiento emocional, estrés, y la capacidad para sobreponerse.

Por lo que resulta pertinente trabajar en esta área para fortalecer o educar en el manejo adecuado de las emociones, logrando una correcta resolución de conflictos cotidianos y mejoras en la frustración frente a eventos inesperados. Así, el niño disminuiría sus niveles de agresividad y tendría un pensamiento más analítico sobre los conflictos que se le puedan presentar. A su vez, la técnica de resolución de conflictos también es necesaria debido a la baja tolerancia a la

frustración e irritación constante que presenta el niño, ayudándolo a establecer una relación respetuosa con sus pares y su entorno, y reconociendo sus errores.

Diversos estudios, han evaluado el proceso de habilidades cognitivas en solución de problemas en niños con TDAH, demostrando ser efectivos. Dos estudios realizados por Ison y Greco e Ison (2001; 2009) lo confirman. En el primero, concluye que los niños con TDAH que participaron en el programa de entrenamiento, muestran cambios conductuales y una mejoría en habilidades atencionales. En el segundo, se observó un incremento estadísticamente significativo en el grupo experimental de 7-8 años, en habilidades como: identificación correcta de situaciones de interacción social, anticipación de consecuencias positivas para la resolución de un problema y toma de decisiones adecuadas, en comparación con el grupo control (Russo, 2019).

Por otro lado, sería adecuado aplicar la Técnica de mindfulness con el niño y padres, debido a que se nota que los padres al no saber contener al niño en momentos de crisis también reaccionan de maneras inadecuadas. Así pues, de acuerdo con la información recogida se sabe que la madre carece de herramientas que le ayuden a entender la frustración por la que el niño atraviesa en ciertos escenarios. Entonces, se usaría la relajación para que tanto la madre como el niño tomen conciencia de lo que sienten y por medio de esta exploración lo acepten y al obtener la serenidad perciban la realidad tal como es.

La práctica del mindfulness ha demostrado tener un efecto positivo en la reducción de los síntomas centrales y comórbidos de pacientes con TDAH, así como beneficios adicionales sobre su salud y calidad de vida. Las enfermeras podrían incorporar estas técnicas como competencia avanzada en el cuidado de pacientes con TDAH. (Hazas, 2021, p. 4)

Ahora bien, debido a que los padres y cuidadores son el centro de protección del niño se hace necesario que lleven a cabo la tarea de cuidar y proteger al niño bajo la correcta información

sobre manejo de contingencias, hábitos saludables, tiempo en familia, rutinas, entre otros. De esta manera, a través de la psicoeducación se entrenará a los padres, y se brindará un ambiente propicio para el correcto desarrollo físico y psicológico de los niños.

Generalmente, los padres tardan en identificar los síntomas del TDAH y estos suelen interpretarse como desobediencia, vagancia e irresponsabilidad. Esta percepción errónea, unida a un sentimiento creciente de inhabilidad para dirigir al niño, genera frustración e impotencia. En este momento, los padres comienzan a utilizar el castigo como método para corregir al niño. El niño que “no siempre puede controlar su comportamiento”, decodifica las pautas educativas de los adultos, como falta de comprensión y afecto. Así, se establece un círculo vicioso que compromete el bienestar psicológico y emocional de padres e hijos (Korzeniowsk & Ison, 2008).

Aquí la técnica “¿hacemos una pizza?” proporcionará momentos de unidad familiar, donde a través del tacto del otro y el cuidado mutuo se llega a un entendimiento de las emociones y sentimientos de la persona que tenemos en frente.

Por último, la técnica de Emociones Positivas (EP) ha demostrado grandes beneficios y busca aceptar todas las emociones que experimentamos, pero dándole un significado mayor a las emociones positivas, lo que ayudaría a reaccionar de manera adecuada frente a estímulos agradables y desagradables del medio.

Las investigaciones científicas coinciden en afirmar que las EP influyen en el desarrollo y enriquecimiento de características y competencias personales, que son de gran utilidad para afrontar la vida cotidiana y sobreponerse a la adversidad, y potencian de este modo la salud y la resiliencia psicológica (Oros et al., 2011, p. 495).

Aplicación del tratamiento

El siguiente es un plan de intervención que se proyecta para que sea útil para cualquier psicólogo clínico que lo desee adaptar a su caso específico y especialmente para los psicólogos de la institución donde el niño se encuentra estudiando. Consta de 9 sesiones, de duración entre 40 minutos a una hora cada una.

Sesión 1: Autorregulación de emociones para el manejo de frustraciones.

A través de la técnica de educación emocional se busca realizar actividades por medio del cuento “el monstruo de colores” con el que por medio de la participación del niño a lo largo de la historia se reconoce si entiende la historia, luego se espera realizar una breve explicación de lo que ocurre cuando las emociones toman el control de forma desordenada, para luego mostrarle la manera adecuada a través de un video, así entonces, se finaliza la intervención con dos actividades lúdicas de coloreado donde el niño mostraría lo aprendido anteriormente

Sesión 2: Entrenamiento en solución de problemas

En esta sesión el primer paso sería reproducir el video "aprendemos de los conflictos", para luego socializar que es aquello que le causa conflicto al niño o en qué momento se ha sentido en medio de un problema. Luego se le explicaría al niño lo que significa un conflicto y como se debe afrontar, así se pasa a leer el cuento de "dos monstruos" y por medio de lo aprendido el niño dramatizaría la manera adecuada de solucionar el conflicto de la historia.

Sesión 3: Técnica de relajación progresiva de Schultz

Por medio del paso a paso de la técnica se lograría observar algo de resistencia en el niño para mantener sus ojos cerrados, pero al pasar de los minutos se notaría que logra la concentración y permanece relajado hasta que acabe, luego se realiza la socialización de sus sensaciones frente a la técnica y el niño calificaría en una escala de 1 a 10 qué tan relajado se

sintió. El niño deberá seguir aplicándola en momentos que sean necesarios ya sea en la escuela o en casa.

Sesión 4: Psicoeducación sobre manejo de contención y crianza en niños

Por medio de una visita al lugar de residencia del niño y a través de una serie de diapositivas dinámicas que contienen videos y actividades entre temas sobre manejo de contención, comunicación asertiva y emociones positivas, se espera realizar psicoeducación a madre, abuelos y tío. La madre podría mostrarse menos participativa que el resto del grupo, sin embargo, es necesario captar la atención de todos los miembros, con el fin de estimular la participación y curiosidad ante las técnicas adecuadas; así, se llevará a cabo una sesión interactiva entre familia y psicóloga.

Sesión 5: Técnica “¿hacemos una pizza?” y Técnica de mindfulness por medio de respiración atenta y conexión corporal

En esta sesión se unen dos técnicas debido a que se complementan, por lo que, primero se realizaría la técnica “¿hacemos una pizza?” donde los familiares, incluyendo el niño, se ubicarían en el piso en forma de círculo y empiezan a hacer la pizza en los hombros de la persona que tengan delante, así entre comentarios positivos y buena disposición se culminaría el ejercicio y se pasaría al siguiente, donde cada miembro se ubicaría en una silla cómoda y en disposición para empezar, después de esto se empezaría a aplicar la técnica de mindfulness y después de transcurrido aproximadamente 30 o 40 minutos se finalizaría con la socialización de las sensaciones y comentarios al respecto. Se deja de tarea seguir aplicándola en casa, ya sea individual o grupal.

Sesión 6: Establecer normas de convivencia en el salón de clases de acuerdo con la metodología de la escuela para lograr el adecuado cumplimiento de las actividades y una correcta socialización

En compañía de la profesora y de acuerdo con el manual de convivencia se creará una lista de normas para el salón de clases, así mismo propondrán consecuencias para quien no las siga, donde todos los niños participen en la socialización de las ideas de cada uno para lograr acuerdos. Por último, todos los niños firmaran el contrato de compromiso para el cumplimiento de lo anterior. Lo importante es que cada niño sea capaz de aportar una norma para aplicar en el salón de clases y de la misma forma todos participaron en la creación de penitencias para quien las incumpliera. En este momento la maestra debe estar atenta para aportar algunas reglas en relación con el manual de convivencia, para luego, al finalizar se ordenará lo realizado en una gran pancarta que estaría a un lado del tablero en el salón de clases.

Sesión 7: aplicación de la técnica “¿hacemos una pizza?” en el salón de clases y psicoeducación en derechos asertivos universales

En un círculo se ubicarán todos los niños en el salón múltiple y se aplicará la técnica de la pizza donde cada niño deberá aprender a tratar con cuidado al compañero para no lastimarlo y que se sienta a gusto con la actividad realizada, luego de esto se socializarían los derechos asertivos universales y por medio de imágenes se le presentaría a los niños esperando su participación a través de la actividad, en ese momento algunos niños ayudarán con la ubicación de la pancarta que contiene los derechos asertivos en algún espacio del salón de clases.

Sesión 8: Técnica de emociones positivas

Por medio del juego del espejo se trabajará en el autoreconocimiento y la autoestima, así mismo, se aplicará el juego “crea tu árbol, para que al reconocerse el niño con sus capacidades y cualidades que lo vuelven un ser humano único logre comprender que es su más grande amigo, para que así también logre respetar a los demás. El niño lograría identificar sus fortalezas y debilidades, aceptar como parte suya todas las características de su forma de ser, de su físico y mejorar aquello que puede cambiar sin verse afectado a través de las emociones positivas.

Sesión 9: Psicoeducación a través del juego sobre derechos y deberes de niños en Colombia

Por medio de la psicoeducación se le explica al niño los derechos y deberes y se le dará un libro de pictogramas que pueda revisar con sus padres, compañeros y profesores para recordar los derechos y deberes de los niños. Al revisar el libro de derechos y deberes los niños se mostraron atentos y animados frente a la actividad, cada uno recibirá un cuadernillo y a medida que avanzaba la actividad participarán sobre lo que a su parecer significaba cada imagen, de esta forma se podrá descubrir la importancia de cada norma estipulada y el respeto que todos merecen al socializar los derechos asertivos.

Resultados del tratamiento

Con relación a lo planteado anteriormente se espera que el niño logre controlar y aceptar sus emociones negativas, reconozca tanto emociones positivas como negativas y sea capaz de resolver a través de esto las situaciones que le causan malestar y logre por medio de una comunicación asertiva y las técnicas de relajación el control de sus impulsos, además, se espera que en la escuela mejore el ambiente escolar gracias a la psicoeducación con la docente y así mismo, en el hogar cada miembro de la familia estudie constantemente lo aprendido con el fin de

aplicar correctamente manejo de contingencias y una vida sana en familia. Así también, que a través de la regulación emocional y resolución de conflictos el niño sea capaz de centrar su atención por lapsos más largos de tiempo, en la escuela y en la casa. Todo lo anterior, teniendo en cuenta que el profesional que lleve a cabo el plan de tratamiento puede usar los instrumentos y cuestionarios con los cuales se realizó el pretest para evaluar avances en un postest y de este modo determinar la eficacia y eficiencia del tratamiento.

Discusión

En comparación con otras investigaciones desarrolladas a partir del modelo de terapia cognitivo-conductual y teniendo en cuenta que este trabajo representa una proyección de un tratamiento basado en este modelo se encuentra que se han dado resultados positivos y el cumplimiento de los objetivos trazados, por ejemplo, en la investigación que lleva por nombre “Tratamiento cognitivo-conductual de conductas disruptivas en un niño con TDAH y trastorno negativista desafiante” se concluye:

En general, los resultados obtenidos muestran la eficacia de la terapia cognitivo-conductual a partir del entrenamiento del profesor y el trabajo con el niño y su grupo de clase. La intervención terapéutica ha sido satisfactoria, puesto que se han cumplido todos los objetivos que se plantearon en el inicio. (Ramírez, 2015, p.53)

Con relación a lo anterior se encuentra en otra investigación que usa la terapia cognitivo-conductual y tiene objetivos similares con relación a instaurar rutinas y normas en casa, mejorar el comportamiento, mejorar habilidades en resolución de problemas y en toma de decisiones, la cual tiene resultados positivos, ya que se afirma que “tras la aplicación del tratamiento se observó que se habían alcanzado los objetivos inicialmente propuestos. Las conductas disruptivas y de

desobediencia disminuyeron considerablemente” (Nieves, 2015, p. 167). Del mismo modo, como ultima referencia se tiene un estudio realizado por la maestra, especializada en Educación Infantil, Patricia Belmonte Santiago en el año 2019, que concluye con lo siguiente: “La intervención ha sido satisfactoria, pues se han cumplido los objetivos planteados, facilitando al docente la adquisición de información sobre el TDAH y el TEA, así como del origen, tratamiento y disminución de las conductas disruptivas” (p.629).

Lo cual demuestra que existen resultados positivos en la aplicación del modelo cognitivo-conductual en problemas de conducta de niños con diagnóstico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad, aun así se recomienda la participación en conjunto del profesional con la institución en la cual estudia el niño y el apoyo de los padres debido a que diversos estudios señalan que el entrenamiento a padres junto con el entrenamiento a docentes es mucho más efectivo, permitiendo establecer metas comunes, y logrando así reforzar las conductas adecuadas en los niños y reducir o eliminar las no deseadas (Martin & Pear, 1999).

Dentro de las limitaciones que tuvo este proyecto se encuentra la falta de apoyo por parte de la madre, lo cual dificultó la aplicación correcta del plan de intervención y de la misma forma presentó algunas dificultades en la recolección de datos, por lo que se recomienda en futuras investigaciones que los padres estén dispuestos a prestar la información necesaria para la recolección y tengan la intención de cumplir con lo requerido en el tratamiento, debido a que es importante su participación en este proceso, ya que se trata de un niño de 7 años que depende de sus padres o cuidadores y es en el hogar donde se forma una parte importante de la persona. Por otro lado, los tiempos que brindaba la institución se vieron afectados por diversas actividades que se ejecutaban con los niños en los momentos destinados a las actividades terapéuticas, en este caso, es de vital importancia que el profesional establezca un acuerdo con la institución y ejecute

un itinerario que se lleve a cabo teniendo en cuenta los acuerdos. Así mismo, se recomienda al profesional tomar una o dos sesiones más para evaluar el proceso los meses siguientes de la aplicación del tratamiento.

Referencias

- Akaydin, D., & Akduman, G. (2016). Emotional Intelligence in Children. In E. Atasoy, E. Recep, I. Jażdżewska, & H. Yaldir (Eds.), *Current Advances in Education* (pp. 347–354). St. Kliment Ohridski University Press.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-V*. Washington, DC.
- Belmonte Santiago, P. (2019). Efectividad en el tratamiento cognitivo-conductista en el TDAH. *Psychiatry*, 63, 36-43. Recuperado de <https://core.ac.uk/download/pdf/235850263.pdf>
- Caci, H., Doepfner, M., Asherson, P., Donfrancesco, R., Faraone, S. V., Hervas, A., & Fitzgerald, M. (2014). Daily life impairments associated with self-reported childhood/adolescent attention-deficit/hyperactivity disorder and experiences of diagnosis and treatment: Results from the European Lifetime Impairment Survey. *European Psychiatry*, 29(5), 316-323. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.10.007>
- Catalá-López, F., Hutton, B., Núñez-Beltrán, A., Page, M. J., Ridao, M., Macías Saint-Gerons, D., ... & Moher, D. (2017). The pharmacological and non-pharmacological treatment of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: a systematic review with network meta-analyses of randomised trials. *PloS one*, 12(7). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0180355>

- Coghill, D. R., Joseph, A., Sikirica, V., Kosinski, M., Bliss, C., & Huss, M. (2019). Correlations between clinical trial outcomes based on symptoms, functional impairments, and quality of life in children and adolescents with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 23(13), 1578-1591. <https://doi.org/10.1177/1087054717723984>
- Conners, C. K. (1989). Manual for Conners' Rating Scales Toronto. *Canada: Multi-Health Systems Inc.*
- Cornejo, J. W., Osío, O., Sánchez, Y., Carrizosa, J., Sánchez, G., Grisales, H., ... & Holguín, J. (2005). Prevalencia del trastorno por déficit de atención-hiperactividad en niños y adolescentes colombianos. *Rev neurol*, 40(12), 716-722.
- Cramond, B. (1994). Attention-deficit hyperactivity disorder and creativity—What is the connection? *The Journal of Creative Behavior*, 28(3), 193-210. <https://doi.org/10.1002/j.2162-6057.1994.tb01191.x>
- De la Torre, I. M., Álvarez, J. F. L., Chávez-Hernández, A. M., Godoy, S. A. S., & Soto, N. Y. T. (2016). Propiedades psicométricas del CDI en una muestra no clínica de niños de la ciudad de Hermosillo, México. *Psicología y salud*, 26(2), 273-282. Recuperado de <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2203>
- Dereboy, C., Senol, S., Sener, S., & Dereboy, F. (2007). Validation of the Turkish versions of the short-form Conners' teacher and parent rating scales. *Turk Psikiyatri Dergisi*, 18(1), 48. Recuperado de <https://scholar.archive.org/work/pujqw52t2vcx3g2axjdrfcrilu/access/wayback/http://turkpsikiyatri.com/c18s1/en/validationof.pdf>
- Esperón, C. S., & Sanz, M. D. J. M. (Eds.). (2009). *Manual de psiquiatría del niño y del adolescente/Manual of Child and Adolescent Psychiatry*. Ed. Médica Panamericana.

- Greco, C., & Ison, M. S. (2009). Solución de problemas interpersonales en la infancia: modificación del test EVHACOSPI. *Revista colombiana de psicología*, 18(2), 121-134. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/804/80412409002.pdf>
- Ison, M. S. (2001). Entrenamiento en solución de problemas en niños con hiperactividad; Universidad Iberoamericana. Departamento de Psicología; *Psicología Iberoamericana*; 9; 3; 12-2001; 31-37. Recuperado de <https://notablesdelaciencia.conicet.gov.ar/handle/11336/68038>
- Martin, G. & Pear, J. (1999). *Modificación de conducta. Qué es y cómo aplicarla*. Madrid: Prentice-Hall.
- Ministerio de Salud. (2018). *Boletín de salud mental. Salud mental en niños, niñas y adolescentes*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-4-salud-mental-nna-2017.pdf>
- Nunnally, J., & Bernstein, I. (1994). *Psychometric Theory* 3rd edition (MacGraw-Hill, New York).
- Polanczyk, G., De Lima, M. S., Horta, B. L., Biederman, J., & Rohde, L. A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *American journal of psychiatry*, 164(6), 942-948. Recuperado de <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/ajp.2007.164.6.942>
- Ramírez Pérez, M. (2015). Tratamiento cognitivo-conductual de conductas disruptivas en un niño con TDAH y trastorno negativista desafiante. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 2(1), 45-54. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/4771/477147185006.pdf>

- Rodríguez, L. M., Russián, G. C., & Moreno, J. E. (2019). Autorregulación emocional y actitudes ante situaciones de agravio. *Revista de Psicología*, 5(10), 25-44. Recuperado de <https://e-revistas.uca.edu.ar/index.php/RPSI/article/view/2496>
- Russo, D. P., Bakker, L., Rubiales, J., & Lacunza, A. B. (2019). Intervención en habilidades de solución de problemas interpersonales: resultados preliminares en niños con diagnóstico de TDAH. *Rev. Chilena de Neuropsicología*, 14(1), 1-5. 10.5839/rcnp.2019.14.01.01
- Salmeron, P. A. (2009). Childhood and adolescent attention-deficit hyperactivity disorder: Diagnosis, clinical practice guidelines, and social implications. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 21(9), 488-497. <https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2009.00438.x>
- Tejero González, J. M. (2021). Técnicas de investigación cualitativa en los ámbitos sanitario y sociosanitario. *Técnicas de investigación cualitativa en los ámbitos sanitario y sociosanitario*, 1-180.
- Korzeniowsk, C., & Ison, M. S. (2008). Estrategias psicoeducativas para padres y docentes de niños con TDAH. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 17(1), 65-71. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/2819/281921796006.pdf>
- Oros, L. B., Manucci, V., & Richaud-de Minzi, M. C. (2011). Desarrollo de emociones positivas en la niñez: lineamientos para la intervención escolar. *Educación y educadores*, 14(3), 493-509. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-12942011000300004
- Wehmeier, P. M., Schacht, A., & Barkley, R. A. (2010). Social and emotional impairment in children and adolescents with ADHD and the impact on quality of life. *Journal of Adolescent Health*, 46(3), 209-217. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2009.09.009>