

Intervención Cognitivo Conductual en Niño con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad

Gina Raquel Díaz Serra
Universidad del Sinú – seccional Cartagena

Resumen

En el presente estudio de caso se describe el proceso de evaluación y propuesta de intervención en un niño de siete años con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), el cual se encuentra cursando primer grado de educación primaria en una institución inclusiva. Tras la recogida y análisis de información por medio de instrumentos de evaluación como la entrevista clínica, check list con los criterios diagnósticos del DSM-V y el cuestionario de Conners versión para padres y docentes, se propone una intervención para mejorar los síntomas característicos del caso aplicando un enfoque multicomponente en el cual se incluye a los padres, los profesores y compañeros de clase, sugiriendo 6 sesiones donde se emplearán la psicoeducación y técnicas cognitivo conductuales relacionadas con la modificación de conducta, la atención plena, autoinstrucciones y la regulación emocional, adaptadas a las características individuales del niño y los diferentes contextos donde interactúa. Finalmente, se hace referencia a diferentes investigaciones llevadas a cabo con niños con este mismo cuadro y en las cuales se han aplicado programas y técnicas de intervención relacionadas con las que se proponen en este estudio y que han arrojado resultados significativos.

Palabras clave: déficit de atención, hiperactividad, impulsividad, intervención cognitivo-conductual.

Abstract

This case study describes the evaluation process and intervention proposal in a seven-year-old boy with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), who is in the first grade of elementary education in an inclusive school. After the collection and analysis of information through evaluation instruments such as the clinical interview, check list with the diagnostic criteria of the DSM-V and the Conners questionnaire version for parents and teachers, an intervention is proposed to improve the characteristic symptoms of the case applying a multicomponent approach in which parents, teachers and classmates are included, suggesting 6 sessions where psychoeducation and cognitive behavioral techniques related to behavior modification, flat attention, self-instructions and emotional regulation will be used, adapted to the individual characteristics of the child and the different contexts in which he interacts. Finally, reference is made to different investigations carried out with children with this same condition and in which intervention programs and techniques related to those proposed in this study have been applied and have yielded significant results.

Keywords: attention deficit, hyperactivity, impulsivity, cognitive behavioral intervention.

Introducción

La American Psychiatric Association - APA (2014) define el TDAH en el DSM-V como un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento de las personas que lo padecen. Para considerar el diagnóstico, estos síntomas deben tener sus inicios antes de los 12 años de edad, deben tener una duración de al menos 6 meses y presentarse en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo del niño, y que a su vez

afecte directamente las actividades relacionadas con los diferentes contextos en los que se desarrolla el niño: familiar, escolar y/o social.

El TDAH es un trastorno del neurodesarrollo el cual se caracteriza por un compromiso de las funciones ejecutivas del cerebro, las cuales se refieren a aquellas capacidades cognitivas necesarias para la atención, la planificación y organización de una acción, incluye la reflexión de las posibles consecuencias o resultados de una acción y la inhibición de la primera respuesta automática modificándola por otra más apropiada. Las funciones que pueden verse alteradas en las personas con TDAH son: la memoria de trabajo, la inhibición motora, cognitiva y emocional, la atención selectiva y sostenida, la fluidez verbal, la planificación, la flexibilidad cognitiva y el control de las interferencias (Hidalgo y Sánchez, 2013).

Se estima que el TDAH es uno de los trastornos más comunes en la población infanto-juvenil con una prevalencia del 2 al 12%, considerándose una media de 5 a 8 % (Soutullo y Mardomingo, 2010). En el caso de Colombia según la encuesta nacional de salud mental de 2015, el 3 % de los niños entre 7 y 12 años presentan este trastorno (Hidalgo et al., 2019). Por esta razón se deben ahondar esfuerzos para intervenir de forma temprana y efectiva con el fin de evitar y/o disminuir las repercusiones en el futuro para el mismo individuo, su familia y la sociedad en general.

Con relación a los procesos de intervención, uno de los tratamientos que mejor resultado ha mostrado para tratar el TDAH incluye el abordaje psicoeducativo de los padres, del niño y de su entorno considerando un enfoque multimodal, es decir, en estrecha relación entre profesionales (médicos, psicólogos y profesores) y familiares (Loro et al., 2009).

Estudios como los de Miranda et al. (2000) citado por Tirado (2004) señalan que las técnicas cognitivo-conductuales son útiles para potenciar los mecanismos de autorregulación y disminuir los demás síntomas propios del TDAH, tanto en casa como en el colegio.

El presente estudio tiene como objetivo abordar un caso clínico de un niño con diagnóstico de TDAH. Inicialmente se presentará el análisis del caso partiendo de los resultados derivados de los diferentes instrumentos de recolección y posteriormente se propondrá una estrategia de intervención con enfoque cognitivo conductual incluyendo en el proceso de intervención además del niño, a los padres, profesores y grupo de pares del aula de clases.

Descripción del Caso

Identificación del paciente

EABJ es un niño de 7 años de edad, de nacionalidad colombiana y residente en la ciudad de Cartagena. Vive con su familia compuesta por ambos padres, 3 hermanos, de los cuales él es el último, y su abuela materna. Actualmente cursa 1° de primaria en la fundación el Rosario.

Motivo de consulta

La madre acude con el niño a las instalaciones de la fundación refiriendo en el motivo de consulta: “por el comportamiento, su hiperactividad”.

Historia del problema

La madre refiere que desde muy pequeño el niño presenta comportamientos relacionados con inquietud motora persistente y conductas impulsivas, y que estos se han mantenido en el tiempo con la misma intensidad. La madre reporta que, aunque no hubo complicaciones durante el proceso de embarazo y el parto, el niño presentó dificultades en cuanto al desarrollo del lenguaje, ha tenido avances con las terapias pero el habla es aún muy reducida.

Cuando el niño tenía 3 años fue medicado con ácido Valproico durante un mes por presentar convulsiones. Actualmente inició medicación con Risperidona 0,5 mg. por las dificultades en el comportamiento y recibe terapia con fonoaudiología, psiquiatría infantil, terapia ocupacional y psicología.

EABJ inicia su proceso de escolarización en una institución inclusiva, el pediatra le recomendó a la madre que el niño recibiera “educación especial”, la cuidadora señala que el comportamiento en el colegio se parece al de la casa. Refiere que ahora que inició el proceso de escolarización se ha hecho más notoria la conducta del niño y que la profesora corrobora que en el salón de clases evidencia estas mismas conductas. Se observa en el contexto escolar que en ocasiones interactúa con los pares, sin embargo, la docente constantemente tiene que intervenir, especialmente en los momentos de conflicto o cuando el niño agrade físicamente a los compañeros.

Formulación clínica

Análisis y descripción de las conductas problema

La dificultad en el control de impulsos se observa en conductas que el niño presenta en el contexto familiar y escolar especialmente. Entre estos comportamientos se encuentra una marcada inquietud motora y dificultades para controlarse cuando está muy alegre o cuando está frustrado. Las conductas de morder o morderse lo hace cuando está muy ansioso, cuando tiene rabia, antes de agredir a otro niño y cuando está jugando emocionado. En situaciones que le demanda esperar o mantenerse quieto no lo logra por mucho tiempo, como por ejemplo terminar una actividad o esperar su turno en el juego y esto a su vez le genera malestar emocional – frustración y ansiedad cuando trata de inhibir su impulsividad sin resultados. Estas se mantienen en el tiempo por refuerzo positivo, ya que consigue entre otras cosas la atención tanto de la familia como de la profesora y

compañeros de clase y cuando obtiene lo que desea. Las conductas también son mantenidas en parte por refuerzo negativo, ya que logra detener el juego en el caso de los hermanos cuando no lo convidan a participar.

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

Durante el proceso de valoración se utilizaron los siguientes instrumentos y técnicas para recolectar y analizar información relacionada con la problemática del paciente, los resultados que se obtuvieron permitieron tener una línea base antes de la intervención.

Entrevista clínica semiestructurada: A través de la entrevista realizada a la madre se identificaron conductas en el niño relacionadas con la inquietud motora, la dificultad para esperar su turno, conflictos en la socialización con sus hermanos y patrones de crianza inadecuados que incluyen el castigo físico. En la entrevista con la profesora se identificó la dificultad para mantenerse sentado durante la clase, interrumpir y molestar constantemente a otros niños, dificultad para terminar las actividades y seguir instrucciones.

Observación directa en ambiente natural: A través de la observación realizada en el colegio durante la clase y el recreo, se observaron los siguientes comportamientos: inquietud motora, dificultad para terminar una actividad (tarea o juego), irrupciones en el juego de los compañeros, agresión física hacia los pares y otras conductas como morderse el dedo y agarrar compulsivamente el brazo de la profesora.

Cuestionario de Conners versión para padres y profesores: Este instrumento evalúa la presencia de TDAH y otros problemas asociados. Se utilizó la versión extendida de 48 y 39 reactivos para aplicar a los padres y a los profesores respectivamente.

De acuerdo con la Tabla 1 en la versión para padres aunque no se obtuvieron factores clínicamente significativos de acuerdo con los resultados cuantitativos, sí se presentaron puntuaciones altas y relevantes para su análisis, entre estos factores se encontraron: impulsivo-hiperactivo (64) conducta (59) aprendizaje (52) y ansiedad (50).

Tabla 1

Resultados cuestionario Conners- padres

Factor	PD	PT
Hiperactividad	27	65
Trastorno de conducta	11	61
Sobre indulgencia emocional	4	53
Ansiedad – pasividad	2	45
Asocial	1	49
Ensoñación – asistencia	2	51

En cuanto a los resultados de la versión para profesores que se describe en la Tabla 2, se encontraron los siguientes factores con puntuaciones altas: hiperactividad (65) trastorno de conducta (61) sobre indulgencia emocional (53). Lo cual indica la presencia significativa de conductas relacionadas con el bajo control de los impulsos e hiperactividad y la subyacente ansiedad derivada de estos problemas.

Tabla 2*Resultados cuestionario Conners- profesores*

Factor	PD	PT
Conducta	7	59
Aprendizaje	3	52
Psicosomático	0	44
Impulsivo hiperactivo	7	64
Ansiedad	2	50

Check list criterios diagnósticos DSM-V: Esta herramienta permite identificar si se cumplen o no los criterios diagnósticos para el TDAH. Dispone de 2 clasificaciones; combinada, si se presenta tanto el criterio A1: Inatención y A2: Hiperactividad-Impulsividad o con presentación dominante, si predomina A1: Inatención o A2: Hiperactividad-Impulsividad (APA, 2014).

La tabla 3 describe los resultados relacionados con los criterios diagnósticos del TDAH presentes para el caso de EABJ los cuales fueron reportados por la madre y la docente.

Tabla 3.*Check list criterios diagnósticos DSM-V reportados por los padres y profesores*

Criterio	Reporte Padres	Reporte Profesores
1. Inatención		
a. Con frecuencia falla en prestar la debida atención a los detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades (por ejemplo, se pasan por alto o se pierden detalles, el trabajo no se lleva a cabo con precisión).	X	✓
b. Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas (por ejemplo, tiene dificultad para mantener la atención en clases, conversaciones o lectura prolongada).	✓	✓
c. Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente (por ejemplo, parece tener la mente en otras cosas, incluso en ausencia de cualquier distracción aparente).	✓	✓
d. Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales (por ejemplo, inicia tareas pero se distrae rápidamente y se evade con facilidad).	X	✓
e. Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades (por ejemplo, dificultad para gestionar tareas secuenciales; dificultad para poner los materiales y pertenencias en orden; descuido y desorganización en el trabajo; mala gestión del tiempo; no cumple los plazos).	X	✓

f. Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (por ejemplo tareas escolares o quehaceres domésticos; en adolescentes mayores y adultos, preparación de informes, completar formularios, revisar artículos largos).	✓	✓
g. Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades (por ejemplo, materiales escolares, lápices, libros, instrumentos, billetero, llaves, papeles de trabajo, gafas, móvil).	X	✓
h. Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos (para adolescentes mayores y adultos, puede incluir pensamientos no relacionados).	✓	✓
i. Con frecuencia olvida las actividades cotidianas (por ejemplo, hacer las tareas, hacer las diligencias; en adolescentes mayores y adultos, devolver las llamadas, pagar las facturas, acudir a las citas).	✓	X
2. Hiperactividad e impulsividad		
a. Con frecuencia juguetea o golpea con las manos o los pies o se retuerce en el asiento.	✓	✓
b. Con frecuencia se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado (por ejemplo, se levanta en clase, en la oficina o en otro lugar de trabajo, en situaciones que requieren mantenerse en su lugar).	✓	✓
c. Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado. (Nota: En adolescentes o adultos, puede limitarse a estar inquieto.).	✓	✓
d. Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas.	✓	✓
e. Con frecuencia está “ocupado”, actuando como si “lo impulsara un motor” (por ejemplo, es incapaz de estar o se siente incómodo estando quieto durante un tiempo prolongado, como en restaurantes, reuniones; los otros pueden pensar que está intranquilo o que le resulta difícil seguirlos).	✓	✓
f. Con frecuencia habla excesivamente.	✓	X
g. Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta (por ejemplo, termina las frases de otros; no respeta el turno de conversación).	X	✓
h. Con frecuencia le es difícil esperar su turno (por ejemplo, mientras espera una cola).	✓	✓
i. Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros (por ejemplo, se mete en las conversaciones, juegos o actividades; puede empezar a utilizar las cosas de otras personas sin esperar o recibir permiso; en adolescentes y adultos, puede inmiscuirse o adelantarse a lo que hacen los otros).	✓	✓

Análisis funcional molar o formulación clínica

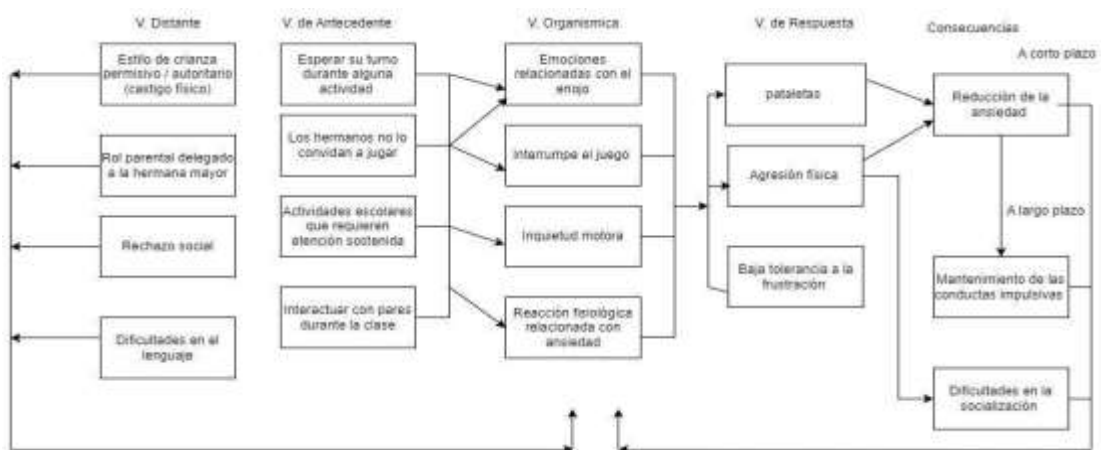
De acuerdo con la hipótesis derivada del análisis funcional del caso ilustrado en la figura 1, se observa que las pautas de crianza inadecuadas y el rol parental delegado a la hermana mayor han conjugado como variables familiares predisponentes y mantenedoras del problema, sumado al rechazo social por parte de sus pares y a las dificultades relacionadas con en el lenguaje como factor predisponente de tipo biológico.

El mantenimiento de las conductas problemas de EABJ se explica por refuerzo positivo toda vez que al presentarse situaciones que le demandan esperar su turno o cuando sus hermanos

no le permiten participar en el juego, esto le genera frustración, la cual expresa con conductas agresivas hacia los demás (esto por aprendizaje vicario dado que su madre usa el castigo físico cuando se siente frustrada por el comportamiento del niño), interrumpiendo el juego impulsivamente o con rabietas. Con estas respuestas EABJ logra anticipar su turno, extender el tiempo en el juego o que los padres detengan el juego de sus hermanos cuando él no participa, esta última mantiene el problema por medio de refuerzo negativo, todo lo anterior tiene como consecuencia la reducción del malestar generado por la ansiedad debido al bajo control de impulsos ante estas situaciones. En el contexto escolar, cuando se encuentra en situaciones que requiere atención sostenida, este se levanta del puesto constantemente, se muerde el dedo y molesta a los compañeros, esas dificultades se mantienen por refuerzo positivo toda vez que logra la atención constante de la profesora y de sus compañeros.

Si no se interviene sobre estas variables a largo plazo se mantendrán las conductas impulsivas y se podría configurar como un problema grave en la socialización con sus pares.

Figura 1.
Análisis funcional



Objetivos terapéuticos

Entre los objetivos que se pretenden alcanzar con el tratamiento se involucra tanto a la familia (en este caso se contará únicamente con la participación de la madre) como al colegio (la docente y los compañeros de clase de EABJ), tanto en formato de terapia individual como grupal.

Entre los objetivos que se pretenden con la familia están: educar a los padres sobre el cuadro clínico del TDAH y cómo este se relaciona con los síntomas y comportamientos que presenta EABJ, entrenar a los padres en un estilo de crianza democrático y disciplina positiva para aprender a manejar las pataletas y las conductas agresivas, y como último objetivo enseñar a las padres estrategias de auto y corregulación emocional que le permitan a EABJ aprender a regularse emocionalmente. Con la profesora se busca educar a los profesores sobre el cuadro clínico del TDAH y cómo este se relaciona con los síntomas y comportamientos que presenta EABJ en el salón de clases, entrenar a los profesores en estrategias para el control conductual por medio de programas en el manejo de contingencias. Con relación al niño, se pretende enseñar la identificación, conciencia y autorregulación emocional, aumentar el autocontrol y disminuir la impulsividad, desarrollar empatía y entrenar a EABJ en habilidades y conductas prosociales.

Selección del tratamiento adecuado

A partir de los objetivos planteados, las características individuales del niño y la recomendación de las investigaciones en cuanto al tratamiento más adecuado del TDAH, se seleccionaron técnicas cognitivo-conductuales para abordar la sintomatología y problemas de conducta encontrados.

Se plantea una intervención multicomponente refiriéndonos a los actores incluidos en la intervención, esto es, paciente-padres-profesor-pares, puesto que asegurar un abordaje integral aumenta la efectividad del tratamiento (Lora, 2006).

De acuerdo con Delgado et al. (2012) la intervención de la familia en el acompañamiento de los tratamientos de sus hijos se considera una condición sine qua non que garantiza resultados prometedores. Los padres necesitan recibir educación sobre la problemática de sus hijos, esta educación debe incluir el entrenamiento en habilidades para el manejo y control de la conducta de sus hijos pero también de la interferencia de los estados emocionales de los padres relacionados con el estrés que generan patrones de interacción coercitivos (Abad-Mas et al., 2013). En el caso de EABJ, se llevará a cabo dicho entrenamiento con los padres en pautas de crianza positiva, donde se enseñará a los padres para establecer reglas, dar normas claras, negociar acuerdos y utilizar el refuerzo positivo para incrementar las conductas más adecuadas.

Con la docente también se pretende llevar a cabo la psicoeducación y entrenamiento en técnicas de modificación de conducta que busca reforzar positivamente las conductas adaptativas que se esperan del niño. Este tipo de terapias han demostrado una alta efectividad dado que, tras su aplicación, se han observado cambios en los patrones de conducta (Lora, 2006).

De acuerdo con Abad-Mas et al. (2013) para trabajar con niños con TDAH que presentan problemas socioemocionales asociados, además de las estrategias de intervención de modificación de conducta, se deben incluir técnicas de autocontrol y regulación emocional - control de la ira, y técnicas de relajación. Con EABJ se emplearán técnicas de autorregulación emocional con las cuales se entrenará en la identificación, reconocimiento y autogestión de las emociones, especialmente las relacionadas con la rabia y la frustración.

Lora (2006) plantea la importancia de la intervención física que incluye ejercicios de relajación y de psicomotricidad, los cuales ayudan a reducir los niveles de tensión que estos niños y niñas experimentan ante las demandas del entorno, esto concuerda con lo planteado por Mas (2009) sobre la eficacia que muestran las técnicas relacionadas con la corporalidad y el movimiento. Se hace necesario incluir esta técnica en las primeras sesiones para trabajar previamente los procesos de excitación e inhibición psicomotriz, una vez se logre modular la respuesta motora entonces esta facilitará el aprendizaje de las otras técnicas.

Estas técnicas están basadas en la práctica de atención plena que se proponen como un tratamiento alternativo psicológico beneficioso. Según García et al. (2017) citado por López y Pastor (2019) las intervenciones relacionadas con la atención plena han mostrado su eficacia contribuyendo de manera complementaria a la obtención de beneficios en niños con TDAH con relación a la conciencia de su cuerpo, la autorregulación emocional, mejora en los procesos de atención y estimulación de la creatividad.

En cuanto al entrenamiento en autoinstrucción de Meichenbaum, la mediación verbal consiste en hablar con uno mismo, en este sentido el niño puede usar las autoverbalizaciones de manera pertinente cuando se enfrenta con algo que se desea aprender o un problema a resolver (Orjales, 2007). Esta técnica ha mostrado que potencia el pensamiento secuencial con el objetivo de facilitar la comprensión de las situaciones y las conductas esperadas (Romero, 2013).

Aplicación del tratamiento

Sesión 1. Se trabajará la atención plena para reducir la impulsividad y mejorar el foco atencional. Se realizará la práctica de la caminata biomecánica y la caminata contemplativa siguiendo el ritmo del sonido de un tambor que incluye la activación y desactivación motora, en

la cual el niño camina en diferentes velocidades siguiendo el ritmo indicado mientras se gradúa progresivamente observando cada movimiento de forma coordinada y armónica. En primera instancia será el niño quien toque el tambor en diferentes velocidades y el terapeuta modelará la caminata, luego se invertirán los roles.

En la segunda parte de la sesión se pretende trabajar el autocontrol por medio de una técnica grupal basada en Somatic Experiencing que se titula los “Cocodrilos Durmientes” de la autora E. Wedda y que describe Peter Levine (2016), esta técnica por medio del juego consiste en dividir el salón en dos grupos: los cocodrilos y los cazadores. Inicialmente los cocodrilos se tumban boca abajo en una alfombra y luego los cazadores se empiezan a acercarse sigilosamente. El terapeuta coloca música mientras los cocodrilos fingen que están durmiendo, en calma, y respirando tranquilamente y con los ojos cerrados, cuando la música se detiene, los cazadores atrapan a cualquier cocodrilo que se mueva o que abra los ojos. Luego en la siguiente ronda se intercambian los roles entre cazadores y cocodrilos, pero los que se muevan seguirán siendo cocodrilos durmientes hasta que puedan quedarse tranquilos.

Sesión 2. En la segunda sesión se pretende disminuir la respuesta ansiosa relacionada con la dificultad para manejar la impulsividad por medio de la técnica de respiración diafragmática basada en las estrategias de Disciplina Consciente (Conscious Discipline) que toma 4 imágenes principales de calma activa que guían la respiración de forma divertida y llamativa para el niño por sus iconos, estas son “respira como estrella (imagen de una estrella)”, “respira como globo” (imagen de un globo rojo), “respira como galleta salada” (imagen de una galleta Pretzel) y “respira como un desagüe” (imagen de una llave de agua) indicaremos al niño mostrándole primero la forma correcta de respirar de acuerdo a cada imagen impresa que le vamos mostrando.

En esta sesión previo entrenamiento de padres y docentes, se entregará a la madre y a la profesora las imágenes y las instrucciones para cada actividad respiratoria, estas estarán en un lugar visible para el niño en su salón de clases, escuela y hogar para alentar al niño a practicarlas.

Sesión 3. Antes de iniciar con las nuevas actividades se debe realizar seguimiento a la práctica en casa/colegio de la técnica entrenada en la sesión pasada. Para iniciar la sesión 3 se trabajará de forma individual con el niño y se utilizará cortos videocuentos relacionados con las emociones, en este caso “Los Tentáculos de Bleff” que además de enseñar a identificar cada una de las emociones básicas, en especial la rabia, brinda herramientas prácticas de autorregulación. Para la sesión grupal en el salón de clases se narrará a los niños el cuento “el monstruo de colores” que asigna a cada emoción un color en particular. Luego se invitará al grupo a jugar “el bingo de las emociones”, donde el terapeuta representará de forma no verbal cada una de las emociones y en la medida que los niños la descubren, la encerrarán en círculos de acuerdo al color que corresponda hasta completar la hoja.

Sesión 4. En esta sesión se incluirá la psicoeducación con la madre del niño con el fin de modificar las pautas de crianza inadecuadas y que de acuerdo al análisis del caso funcionan como mantenedoras del problema. Se iniciará con el entrenamiento en técnicas de autorregulación y corrección emocional madre-hijo, en este caso se usará la técnica del semáforo que consiste en asociar los colores del semáforo con las emociones y la conducta, el cual indica 3 momentos esenciales: rojo-parar, amarillo-pensar y verde-actuar. A través de esta se pretende el manejo de la rabia que conduce al castigo físico y a su vez lleva al niño a responder con agresiones físicas.

Sesión 5. Se establecerá junto con la madre un programa de reforzamiento positivo para aumentar conductas deseadas el cual consistirá en refuerzo verbal cuando el niño logre las conductas que se desean promover: mejorar el foco atencional, jugar con los compañeros sin

agredirlos físicamente, ceder el turno y pedirle amablemente a sus hermanos ser involucrado en el juego. Cada vez que el niño tenga un logro la madre lo alentará felicitándolo y podrán llegar a acuerdos previos por medio de una economía de fichas. También se entrenará a la profesora para que lo refuerce colocándolo como colaborador en las actividades que resulten placenteras para EABJ y que estén relacionadas con las conductas prosociales que se desean incentivar.

Sesión 6. En esta sesión se busca la implementación de las demás actividades y la prevención de las recaídas, se realizará una adaptación de la técnica de entrenamiento en autoinstrucciones por las dificultades en el lenguaje verbal del niño. Inicialmente se usarán visuales que guíen las autoinstrucciones, las cuales estarán a la vista del niño tanto en casa como en el colegio hasta que el niño logre interiorizarlas y utilice su lenguaje interno como guía de su comportamiento, en esta sesión se le entregarán tanto a los padres como a los docentes las gráficas o imágenes que guíen las autoinstrucciones que el niño deberá darse a sí mismo.

Resultados del tratamiento

Se espera con la aplicación de este plan de intervención una disminución en las conductas impulsivas que se pueda evidenciar en un mayor aumento del tiempo de focalización al modular la respuesta motora, es decir, que en las actividades y tareas escolares que están diseñadas para niños con estos mismos cuadros dentro de la institución, EABJ pueda trabajar más tiempo focalizadamente en las tareas que requieran atención sostenida. Se pretende reducir el nivel de ansiedad generado cuando no puede llevar a cabo la conducta impulsiva en el instante.

Además, se espera que el niño y los padres logren mejorar las prácticas de crianza y evitar el castigo físico, con ello se logrará influir sobre las conductas agresivas que también presenta EABJ, estas habilidades parentales se verán reflejadas en la adherencia del niño a las técnicas de

autorregulación y correulación las cuales deberá aplicar en un mayor número de situaciones que le generen frustración tanto a los padres como al niño. Igualmente, con los profesores se espera que al comprender de una mejor forma las conductas de EABJ puedan potenciar aquellas habilidades y conductas positivas que tenga el niño. Que los cuidadores y docentes apliquen contingencias adecuadas en diferentes situaciones relacionadas con la frustración del niño.

Discusión

Al implementar el plan de tratamiento propuesto se espera que los resultados concuerden con los hallazgos de investigaciones donde se han empleado y evaluado el impacto de las técnicas de intervención relacionadas en el presente estudio de caso.

Las terapias cognitivo conductuales se han abanderado como el tratamiento no farmacológico de referencia para trabajar con niños con TDAH. Estudios como los de Ramírez-Pérez (2015) citado por Nieve (2015) evidencian los efectos terapéuticos de las técnicas cognitivo-conductuales sobre los síntomas centrales y asociados al TDAH.

En un estudio de caso similar de un niño con TDAH no especificado realizado por Nieves (2015) se muestran resultados favorables sobre la eficacia de las técnicas basada en la modificación de conductas, los cuales a su vez son coherentes con los hallados por otros estudios que han empleado el entrenamiento a padres en técnicas de manejo conductual (Giménez-García, 2014, como se citó en Nieves, 2015).

En cuanto al desarrollo emocional, se espera que el entrenamiento en la identificación y gestión de las propias emociones, así como el reconocimiento de los estados emocionales de los demás se reflejen positivamente en la conducta y socialización de EABJ, teniendo en cuenta los

datos del postest del estudio realizado por Abad y Ávila (2015) en el cual se observan resultados favorables tras el entrenamiento en este tipo de técnicas.

En cuanto a los planes de intervención que incluyen técnicas de autoinstrucción como en el presente caso, se ha comprobado una mayor eficacia de las autoinstrucciones tanto de tipo general en niños de 8-12 años (Kendall y Wilcox, 1980, citado Orjales, 2007) y de las autoinstrucciones concretas para niños de 6 y 7 años (Denney, 1975, citado por Orjales, 2007).

Sandra (1999) citado por Valda et al. (2018) afirma que el uso de la música, como se plantea en este caso, logra generar cambios en los estados de ánimo. Por medio de la música los niños pueden lograr acrecentar la atención y facilitar el seguimiento de instrucciones específicas.

Los ejercicios de inhibición/expectación favorecen el control de la atención voluntaria y la inhibición de respuestas motoras controlando la hiperactividad y la impulsividad. Estos ejercicios están basados en la realización de unas consignas motoras asociadas a la emisión de unos estímulos sensorio-perceptivos (Gómez, 1989, citado por Valda et al., 2018), se espera resultados similares al emplear la técnica de la caminata contemplativa que incluye estímulos como el sonido del tambor.

En cuanto a la técnica basada en la respiración diafragmática se evidencia que el control voluntario de la respiración y la consciencia de este hecho es de suma importancia para la toma de conciencia corporal, para el control emocional y para la relajación (Soubiran y Coste, 1989, como se citó en Herguedas et al., 2018).

Con relación a la práctica de atención plena como parte del proceso de intervención, algunas investigaciones como la realizada en el Hospital Sant Joan de Déu Barcelona, en 120 pacientes, revelaron que esta reduce los problemas de atención y mejora la conducta de los niños (Huguet y Alda, 2019). Estos resultados concuerdan con los del estudio piloto pretest y postest

desarrollado por Huguet que sugiere que la atención plena es una intervención factible y que puede mejorar las deficiencias conductuales y neurocognitivas (Huguet et al., 2017).

Referencias

- Abad, M., Ruiz-Andrés R., Moreno F., Herrero R, y Suay E., (2013). Intervención psicopedagógica en el trastorno por déficit de atención/ hiperactividad. *Revista de Neurología*, 57, 193-203.
- Abad, M. y Ávila Z., (2015). Eficacia de un programa conjunto de desarrollo de la inteligencia emocional para padres e hijos con TDAH. *Perspectiva Educacional, Formación de Profesores*. 54 (2).
- American Psychiatric Association - APA. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5.
- Delgado, I., Rubiales, J., Etchepareborda, MC., Bakker, L. y Zuluaga, J., (2012). Intervención multimodal del TDAH: El papel coterapéutico de la familia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XXI (1), 45-51.
- Herguedas E., M.C., Rubia, M. y Irurtia, M., (2018). Bases teóricas para la elaboración de un programa educativo de intervención psicomotriz en niños con TDAH. *Revista de Educación Inclusiva*, 11(1). 277-293.
- Hidalgo, C., Gómez, A., García, J. y Palacio, J. (2019). Riesgo de alteración por déficit de atención e hiperactividad y otros trastornos psiquiátricos de los hermanos de pacientes con TDAH. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 48 (1). 44-49.

Hidalgo M. y Sánchez L. (2014). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

Manifestaciones clínicas y evolución. Diagnóstico desde la evidencia científica.

Obtenido de <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2014-11/trastorno-por-deficit-de-atencion-e-hiperactividad-manifestaciones-clinicas-y-evolucion-diagnostico-desde-la-evidencia-cientifica/>

Huguet, A., Miguel-Ruiz D, Haro, J. & Alda J. (2017). Efficacy of a mindfulness program for children newly diagnosed with attention-deficit hyperactivity disorder. Impact on core symptoms and executive functions: a pilot study. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 17. 305-316.

Levine, P. y Kline, M. (2016). El trauma visto por los niños. Eleftheria.

López, I. y Pastor S. (2019) Mindfulness y el abordaje del TDAH en el contexto educativo.

Revista Brasileira de Educação Especial., 25 (1). 175-188.

Lora, A. (2006). El tratamiento del niño y adolescente con TDAH en atención primaria desde el punto de vista de la evidencia. *Revista Pediátrica de Atención Primaria*. 8. 69-114.

Loro, J., Quintero, N., García, B. Jiménez, F., Pando, P., Varela, J., Campos, J., y Correas. (2009)

L. Actualización en el tratamiento del trastorno por déficit de atención/hiperactividad.

Revista De Neurología. 49 (5). 257-264.

Mas, C. (2009). El TDAH en la práctica clínica psicológica. *Clínica y Salud*. 20 (3).

Nieves, M. (2015). Tratamiento cognitivo-conductual de un niño con TDAH no especificado.

Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes, 2 (2), 163-168.

- Orjales, I. (2007). El tratamiento cognitivo en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad: Revisión y nuevas aportaciones. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 19-30.
- Ramírez, 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.
- Romero, M., (2013). *TDAH: Una propuesta de acción. Tesis de Maestría*. Universitat Jaume I. <http://hdl.handle.net/10234/81306>
- Soutullo, C. y Mardomingo, M. (2010). *Manual de psiquiatría del niño y adolescente*. Médica Panamericana.
- Tirado, J., Fernández, F., Hinojo, F., (2004). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: intervención psicopedagógica. *Psicothema*. 16 (3). 408-414.
- Valda, P., Suñagua, V., Aruquipa, R. y Coaquira R. (2018). Estrategias de intervención para niños y niñas con TDAH en edad escolar. *Revista de Investigación Psicológica*, 20.119-134.