

INTERVENCIÓN COGNITIVO - CONDUCTUAL EN UN ADOLESCENTE CON TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

Massiel Judith Miranda Yanes
Universidad del Sinú – Seccional Cartagena

Resumen

El presente estudio de caso trata de un adolescente de 12 años diagnosticado con TDAH, según Rusca – Jordán & Cortez – Vergara (2020) “El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es una alteración del neurodesarrollo, cuyos síntomas principales son inatención, hiperactividad e impulsividad” (p. 148). Durante el proceso de estudio se empleó un modelo de intervención cognitivo – conductual orientado a reducir o eliminar las conductas disruptivas identificadas durante el proceso de evaluación y que se presentan en contextos tales como: casa, escuela y ámbito social. Dentro de los objetivos planteados se encuentran entre otros: psicoeducación y entrenamiento a padres - docentes con el fin que identifiquen las características, etiología, pronóstico, tratamiento y estrategias de afrontamiento frente al TDAH; a nivel individual con el paciente el entrenamiento en regulación emocional, resolución de problemas, entrenamiento en habilidades sociales y estrategias de afrontamiento que contribuyan a una mejor adaptación a las diferentes situaciones que puedan tener lugar en el contexto. Como parte del proceso se utilizó el cuestionario Conners para padres y profesores, entrevistas, autorregistros y observación por medio de lo cual y a partir de los resultados obtenidos se confirma hipótesis diagnóstica de trastorno por déficit de atención e hiperactividad con predominio de inatención. Por último, es importante destacar que las expectativas de tratamiento planteadas muestran la eficacia del plan de intervención propuesto en el caso.

Palabras clave: Déficit de atención, hiperactividad, intervención cognitivo – conductual, conductas.

Abstract

This case study deals with a 12-year-old adolescent diagnosed with ADHD, according to Rusca - Jordán & Cortez - Vergara (2020) "Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is a neurodevelopmental

disorder, whose main symptoms are inattention , hyperactivity and impulsivity” (P.148). During the study process, a cognitive-behavioral intervention model was used aimed at reducing or eliminating disruptive behaviors identified during the evaluation process and that occur in contexts such as: home, school and social environment. Among the proposed objectives are among others: psychoeducation and training for parents - teachers in order to identify the characteristics, etiology, prognosis, treatment and coping strategies against ADHD; At an individual level with the patient, training in emotional regulation, problem solving, training in social skills and coping strategies that contribute to a better adaptation to the different situations that may take place in the context. As part of the process, the Conners questionnaire for parents and teachers, interviews, self-registrations and observation were used, through which and based on the results obtained, the diagnostic hypothesis of attention deficit hyperactivity disorder with a predominance of inattention was confirmed. Finally, it is important to highlight that the treatment expectations raised show the effectiveness of the intervention plan proposed in the case.

Keywords: attention deficit, hyperactivity, cognitive-behavioral intervention, behaviors.

Introducción

De acuerdo a lo planteado por Giménez – García (2014) “El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es uno de los trastornos de inicio en la infancia más frecuentes” (p. 80), autores como Willcutt (2013, como se citó en Huaman, 2021) afirman que, “estudios epidemiológicos sobre el TDAH; han demostrado que, dicha condición sigue siendo motivo de consulta habitual; puesto a que llega afectar a un 5 y 7% de la población mundial de niños y adolescentes” (p. 2). Tomando como referencia lo anteriormente descrito es importante destacar los planteamos realizados por la American Psychiatric Association (2013) donde exponen:

Según los criterios establecidos en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V), el TDAH es un conjunto de síntomas de inatención, hiperactividad y/o impulsividad,

presentes durante un periodo mayor de 6 meses, que surgen desde los primeros años de vida y que tienen un efecto negativo en la vida del sujeto. Está considerado como un trastorno del neurodesarrollo, y en concreto, es un trastorno neurobiológico crónico, considerado como uno de los más frecuentes durante la infancia y adolescencia (p. 33)

Autores como Huaman (2021) describen la inatención como la incapacidad para sostener la atención o focalizarla en una actividad o situación específica; la hiperactividad como la persistencia prolongada de movimientos que impiden al sujeto mantener una posición de quietud y tranquilidad. Siendo por su parte la impulsividad considerada como una respuesta precipitada frente a un estímulo.

Según Carrizosa (s.f) se encuentra un amplio espectro de factores causales del TDAH tanto biológicos como psicosociales, así como la interacción de estos. Entre los factores biológicos no genéticos, se han señalado elementos prenatales y perinatales, como el consumo materno de alcohol, drogas y tabaco, bajo peso al nacer, retraso en la maduración neurológica y lesiones cerebrales (p. 45).

A nivel psicosocial se destacan los sistemas familiares y de socialización; los cuales, desempeñarán funciones desencadenantes o bien de moduladores de la inatención e hiperactividad. Así, escenarios en donde exista negligencia para el control de actividades, sobrecarga, falta de delimitación de las funciones y obligaciones, rigurosidad, entre otros; pueden coadyuvar a la incidencia de inatención e hiperactividad (Huaman, 2021, p. 9).

Teniendo en cuenta lo anterior, el presente estudio de caso tiene por objetivo realizar plan de intervención bajo el enfoque cognitivo – conductual en un adolescente de 12 años diagnosticado con TDAH con predominio de inatención, con el fin de reducir o eliminar las conductas disruptivas identificadas durante el proceso de evaluación y que se hacen presentes en varios contextos tales como: casa, escuela y ámbito social.

Descripción del Caso

Identificación del Paciente

Paciente masculino de 12 años que curso hasta quinto grado de educación primaria y quien actualmente no se encuentra escolarizado. Convive en un hogar de estructura nuclear conformado por sus padres y seis hermanos. El nivel educativo de los padres es de básica primaria y pertenecen a estrato socioeconómico bajo. Actualmente residen en un municipio del departamento de Bolívar. Los estilos de crianza predominantes identificados son autoritario y permisivo lo cual genera conflictos en la dinámica familiar teniendo en cuenta que en ocasiones no se establecen acuerdos en los castigos a emplear ante conductas objetivo a modificar.

Motivo de Consulta

Madre acude a consulta debido a los problemas de comportamiento que presenta el paciente en el contexto familiar y educativo, asociados a salir sin permiso a la calle, ausentarse del aula de clases, no cumplir con las tareas que se le asignan y pelear con sus compañeros; la madre indica que aplica de forma inconsistente castigos con el objetivo de reducir los comportamientos disruptivos del adolescente.

Por su parte el paciente refiere acudir a consulta teniendo en cuenta las dificultades presentes en el contexto escolar y familiar en ocasión de comportamientos como no respetar, salir a tempranas horas y retornar a casa en la noche, pelear con sus compañeros y no estudiar.

Historia del Problema

Según lo informado por la madre, durante el proceso de gestación no se detecta ninguna alteración, embarazo a término sin complicaciones durante el parto. Desarrollo psicomotor y del lenguaje transcurre con normalidad, Madre refiere que el paciente siempre ha sido un niño inquieto por lo cual ha presentado conductas problemáticas asociadas con el no cumplimiento de sus deberes en el hogar y el

contexto escolar, así como dificultades en el proceso de interacción con sus pares y docentes debido a la no culminación de tareas, el ausentismo del aula de clases y el molestar constantemente a sus compañeros lo cual daba lugar a que en ocasiones de presentaran peleas con su grupo de pares.

En relación al desempeño y comportamiento en el colegio, desde el inicio de la etapa escolar presenta dificultades en la relación con compañeros y docentes debido a las conductas disruptivas a la hora de realizar actividades académicas en donde la mayoría del tiempo dejaba inconclusas las tareas, molestando a sus compañeros, llegando en ocasión a presentar conductas agresivas físicas hacia sus pares lo cual dificulta su integración al grupo y en ocasiones tomando como acción el ausentarse del aula de clases. En cuanto al rendimiento académico refieren desempeño promedio ya que no solía ser un alumno sobresaliente teniendo en cuenta la falta de constancia en el cumplimiento de las responsabilidades académicas por lo cual incluso reprueba cuarto grado de básica primaria.

En lo referente a seguimiento de órdenes y respeto de figuras de autoridad en el contexto familiar en ocasiones no es receptivo a las pautas de comportamiento establecidas por sus padres lo cual da origen a dificultades en la relación y por ende conlleva a que sea objeto de castigos a causa de su comportamiento, los cuales consisten en prohibir salidas con sus pares y retirar aquellas actividades que sean de su preferencia. En el contexto académico presenta en ocasiones dificultades con la autoridad al no atender a las observaciones que se le realizan, no es descrito como un joven opositor, sin embargo, para que su comportamiento se ajuste al contexto se requiere que las normas estén marcadas para que se muestre colaborador y respetuoso de la misma.

Actualmente con el fin de disminuir conductas disruptivas se encuentra internado por un periodo de cuatro meses en unidad de salud mental del departamento de bolívar en donde fue diagnosticado con trastorno de déficit de atención e hiperactividad por lo cual ante prescripción de médico psiquiatra recibe tratamiento farmacológico, Ritalin dos dosis diarias antes del inicio de sus

proceso de terapias individuales y grupales, llevadas a cabo por grupo interdisciplinar de la unidad de salud mental.

Formulación clínica

Análisis y Descripción de las Conductas Problema

Problema No. 1: Alteración Conductual. Desde el inicio de su etapa escolar el paciente ha presentado dificultades en su comportamiento las cuales han ocasionado que presente dificultades en el contexto académico, familiar y social. Dichos comportamientos se caracterizan por constantes peleas con sus compañeros, no cumplimiento de responsabilidades académicas y del hogar, dificultades para seguir las normas del contexto donde se encuentra por lo cual requiere de repetición de la misma para ajustarse a ellas. Dentro de los canales de respuesta que producen estas conductas se destacan a nivel fisiológico agitación psicomotora, a nivel cognitivo interpretaciones o creencias erróneas de las situaciones lo cual incide en las respuestas dadas a las situaciones, a nivel emocional irritabilidad, tristeza y alegría, a nivel conductual estilo de afrontamiento evitativo y en ocasiones respuestas agresivas. Lo anterior ha ocasionado dificultades en el contexto familiar, educativo y social del paciente.

Problema No. 2: Dificultades en la Socialización y Adaptación al Contexto Escolar. La dificultad en la socialización y adaptación al contexto escolar se manifiesta por el déficit para establecer relaciones con los compañeros y docentes teniendo en cuenta las dificultades académicas y disciplinarias que presentaba el paciente, lo cual daba lugar a que los compañeros de clase lo excluyeran de las actividades y que fuera objeto de constantes llamados de atención por parte de los docentes. Dentro de las conductas asociadas al problema se encuentran: participar de peleas, ausentarse en ocasiones de casa y del aula de clases; actualmente el paciente no se encuentra adelantando estudios con motivo de deserción escolar al culminar el grado quinto de básica primaria. Dentro de los canales de respuesta que producen estas conductas se destacan a nivel fisiológico se presenta elevada frecuencia respiratoria y

agitación psicomotora, a nivel cognitivo interpretaciones o creencias erróneas de las situaciones lo cual incide en las respuestas dadas a las situaciones, a nivel emocional irritabilidad y conductas agresivas, a nivel conductual estilo de afrontamiento evitativo. Lo anterior ha ocasionado dificultades en el contexto familiar, educativo y social del paciente.

Problema No. 3: Problemas en la Relación Intrafamiliar. Las dificultades en el grupo familiar se presentan cuando el paciente no cumple las reglas establecidas por sus cuidadores, lo cual genera dificultades directamente en la relación con sus padres teniendo en cuenta que estos no aprueban comportamientos asociados con ausencias del aula de clases y establecer vínculos con pares que superan su edad y que a su vez presenten problemas disciplinarios en el ambiente escolar. Lo anterior ha conllevado a que el paciente se ausente de su hogar con el objetivo de evitar las consecuencias manifiestas mediante los castigos implementados por sus padres los cuales consisten en no dejarlo salir de casa o retirar aquellas actividades que sean de su agrado. Dentro de los canales de respuesta a nivel fisiológico no se presentan respuestas, a nivel cognitivo interpretaciones o creencias erróneas de las situaciones lo cual incide en las respuestas dadas a las situaciones, a nivel emocional irritabilidad o sensación de bienestar en situaciones que facilitan la aprobación social por parte de sus pares aun cuando estas conductas no sean apropiadas (Ausentarse del aula de clases, salir a la calle con sus compañeros sin aprobación de sus padres) y a nivel conductual estilo de afrontamiento evitativo. Lo anterior ha ocasionado dificultades en el contexto familiar, educativo y social del paciente.

Selección y Aplicación de las Técnicas y/o Instrumentos de Evaluación y Resultados Obtenidos

Teniendo en cuenta los instrumentos y técnicas empleados durante el proceso de evaluación como herramientas para recopilar información relevante, se describen los resultados obtenidos así:

Por medio de la lista de chequeo de criterios diagnósticos para trastorno por déficit de atención e hiperactividad, se logra establecer que el paciente cumple con los criterios establecidos por el DSM V

para este trastorno, así mismo, se identifica que para el caso la presentación predominante es falta de atención. Es válido agregar que la sintomatología está presente por periodos de tiempo establecidos dentro de criterios y a su vez la sintomatología ha causado deterioro significativo en los procesos de interacción y desempeño en los distintos contextos donde se encuentra el paciente.

En relación al autorregistro y observación de la conducta se logra identificar comportamientos, estilos de afrontamiento y formas de interpretar las situaciones, elementos importantes que deberán ser abordadas durante el proceso de intervención, los cuales se clasifican en tres grandes grupos como son: Dificultades en la socialización y adaptación al contexto escolar, problemas en la relación intrafamiliar y alteración conductual. Es importante considerar que a partir de la información obtenida y la verificación de criterios diagnósticos se puede establecer diagnóstico diferencial frente a trastorno negativista desafiante, trastorno de la conducta, trastorno específico del aprendizaje y trastorno de ansiedad, lo cual permite descartar la presencia de otros trastornos asociados.

La entrevista semiestructurada realizada al paciente, la madre del mismo y la información recopilada durante las juntas médicas realizadas por el equipo interdisciplinario, permiten identificar conductas objetivo dentro del proceso de evaluación y posterior intervención. Así mismo, contribuye al consolidado de las diferentes áreas de ajuste del paciente tales como: personal, familiar, educativa, socio afectivo, entre otros elementos importantes dentro del proceso que permiten correlacionar la información obtenida por medio de otras técnicas como son la lista de chequeo para TDAH.

Cuestionario Conners para padres y profesores: a partir de los resultados obtenidos en el instrumento aplicado se confirma hipótesis de diagnóstico asociada a trastorno por déficit de atención con hiperactividad con predominio de inatención. Acuerdo a la forma abreviada del cuestionario para padres se obtiene una puntuación significativa de 81 puntos y en la versión para profesores se obtiene una calificación total de 91 puntos, lo anterior muestra que los síntomas están presentes en dos o más

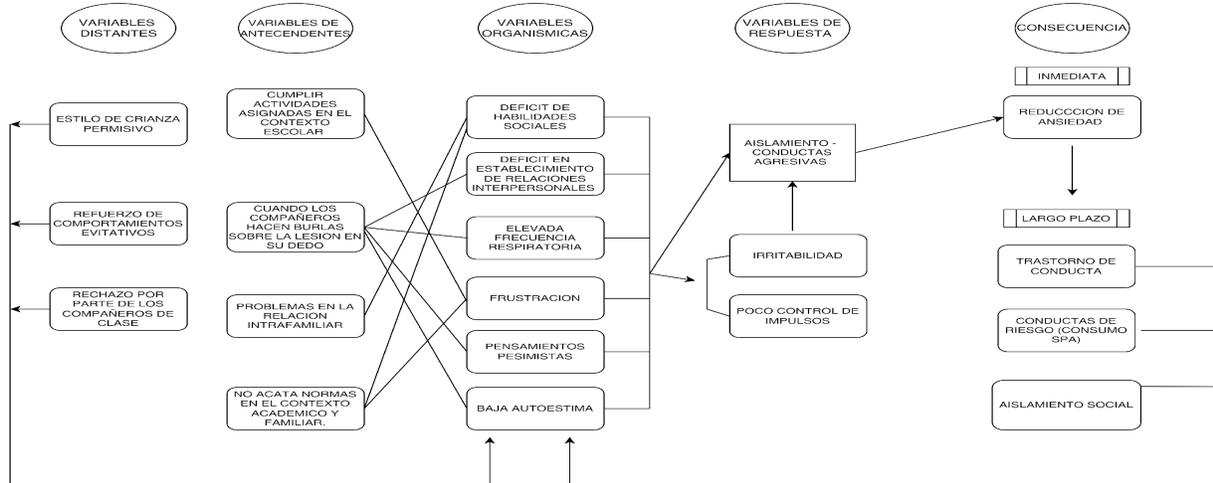
contextos como son familia, escuela y ámbito social. Así mismo, dichos síntomas actualmente interfieren en el desempeño del paciente en los contextos antes mencionados.

Como factores sobresalientes dentro del proceso se identifican; problemas de conducta lo cual se encuentra asociado a comportamientos que en ocasiones no se ajustan al contexto y que por ende pueden generar dificultades en el proceso de socialización del paciente con otras personas. Así mismo, se destaca el factor problemas de aprendizaje el cual corresponde a la dificultad de atender y seguir instrucciones, culminar tareas, concentrarse durante periodos de tiempo considerables, entre otros. Es importante agregar que dentro de los factores que obtuvieron puntuaciones significativas se encuentra la hiperactividad – impulsividad lo cual hace referencia entre otros a agitación psicomotriz que en ocasiones no se ajusta al contexto donde se encuentra, por último la impulsividad manifestada como la tendencia a llevar a cabo conductas sin haber evaluado las consecuencias de las mismas.

Análisis funcional molar o formulación clínica

Figura 1

Formulación clínica del caso.



Fuente: Elaboración propia.

A partir de las hipótesis derivadas del análisis del caso se identifica que el estilo de crianza, el refuerzo de los comportamientos disruptivos, la inconsistencia de castigos y el aislamiento en el contexto escolar se han convertido en mantenedores de la conducta problema; estos a su vez han sido reforzados negativamente lo cual ha dado a un estilo de afrontamiento evitativo y aquellas que son reforzadas positivamente se mantienen ya que por medio de estas el paciente recibe atención y aprobación social tanto de su grupo familiar como el contexto escolar y grupo de pares. Teniendo en cuenta lo anterior dentro de los elementos causales o detonantes que intervienen se encuentran situaciones asociadas a: cumplir con las actividades asignadas en el contexto escolar, situaciones en las cuales el grupo de pares realiza burlas o comentarios sobre la lesión en el dedo pulgar, el no acatar normas en el contexto académico - familiar y los problemas en la relación intrafamiliar. Mencionadas variables a su vez conllevan a una serie de respuestas a nivel fisiológico, cognitivo y conductual dentro de las cuales se destacan: a nivel fisiológico la elevada respuesta respiratoria y frustración experimentada por el paciente ante las situaciones que son objeto de intervención, a nivel cognitivo los pensamientos pesimistas que dan lugar a respuestas conductuales y a la aparición de sentimientos de minusvalía asociados con baja autoestima y por último las respuestas conductuales enmarcadas en el déficit de habilidades sociales y el déficit en el establecimiento de relaciones interpersonales. Las formas de afrontamiento o respuesta se caracterizan por aislamiento, respuestas agresivas, irritabilidad y el pobre control de impulsos, lo cual deja en evidencia el déficit de habilidades de afrontamiento las cuales a largo plazo pueden dar lugar a conductas de aislamiento social, conductas de riesgo como el consumo de SPA e incluso trastornos de conducta.

Desde el punto de vista teórico se encuentra entre los modelos propuestos para dar explicación a los problemas de conducta la teoría de la coerción de Patterson quien propone la hipótesis de la coerción:

Patterson (1982, como se citó en Vite et al., 2015) describe un patrón de interacción entre los padres y el niño, en este modelo la disciplina rígida es escalada en el tiempo y es reforzada por medio de obediencia infantil a corto plazo. Debido a la inseguridad y al miedo propiciado por una paternidad inconsistente y aversiva, el niño evita las instrucciones parentales y frecuentemente modela la conducta negativa. Esta teoría señala que un incremento de las conductas de evitación y agresión del niño funcionan como disparadores para una mayor disciplina rígida, por lo que este tipo de interacción se estabiliza con el paso del tiempo, llegando a regular y fomentar una interacción hostil.

Según este autor la importancia del desarrollo de intercambios coercitivos entre padres e hijos puede no manifestarse hasta que los niños ingresan a la escuela. Compañeros y maestros responden a la conducta externalizante del niño con resistencia y rechazo, lo que lleva a una serie de problemas en cascada durante la niñez y la adolescencia. Por lo tanto, la calidad de las relaciones entre padres e hijos en la primera infancia tiene importancia evolutiva en virtud de que los niños aprenden estrategias para interactuar con otros que afectan su comportamiento y relaciones futuras (p. 150).

Objetivos Terapéuticos

A partir de las conductas blanco identificadas se establecen como objetivos terapéuticos:

Entrenamiento a padres y docentes: Por medio del cual se pretende que tanto padres como docentes identifiquen las características, etiología, pronóstico y tratamiento del TDAH. Así mismo, por medio de la psicoeducación proporcionar pautas de crianza promoviendo un estilo de crianza democrático, estrategias de regulación y comunicación asertiva.

A nivel individual la intervención que se realizara con el paciente se encuentra orientada al entrenamiento en regulación emocional, resolución de problemas, entrenamiento en habilidades sociales, estrategias de afrontamiento a situaciones con el fin de prevenir recaídas.

Selección del tratamiento adecuado

El plan de tratamiento propuesto para el caso se fundamentó en un modelo de intervención cognitivo – conductual en el cual se tuvieron en cuenta técnicas ajustadas a las características del paciente.

Según Braswell et al. (2015, como se citó en Citado Huaman, 2021, p. 40) dicho modelo, propicia el desarrollo de sesiones, orientadas al conocimiento del problema, al control de distractores que guardan relación con la inatención; estrategias de habilidades sociales y autoinstrucciones orientadas al control de la hiperactividad y técnicas de relajación y control cognitivo y emocional, orientado a la impulsividad.

A nivel individual la intervención que se realizará con el paciente se encuentra orientada al entrenamiento en regulación emocional, resolución de problemas, entrenamiento en habilidades sociales, estrategias de afrontamiento con el fin de prevenir recaídas.

Como parte del entrenamiento en regulación emocional se implementarán técnicas y estrategias tales como:

Técnica del semáforo encaminada a que el paciente aprenda cómo afrontar y gestionar de manera efectiva las emociones que experimenta, según esta técnica la luz roja (Alto - Detenerse) representa el momento en el cual a raíz de determinada situación se experimenta la emoción, por lo cual es el momento de detenerse e identificar lo que se está sintiendo y dar nombre a la emoción experimentada, la luz amarilla (Pensar) representa el momento en el cual se

contemplan las alternativas de solución y las consecuencias de la respuesta que se va a dar, la luz verde (Adelante - actuar) finalmente representa la hora de poner en practica la solución contemplada en la etapa anterior (Lorenz, s.f).

Otra de las estrategias a implementar durante el proceso es la Técnica de la tortuga:

Según Schneider y Robín (1990, como se citó en Aguilera, 2018) la analogía con la tortuga, que se repliega dentro de su caparazón cuando se siente amenazada, se utiliza para comparar al niño que siente que no puede controlar sus impulsos y emociones ante ciertos estímulos. Cuando el niño se siente así, se recoge dentro de su caparazón, donde se siente seguro, y allí, permanece hasta que se tranquiliza, se explica al paciente las diferentes fases para el empleo efectivo de la técnica dentro de las cuales se contempla en la fase uno el contar la historia de la tortuga (Analogía anteriormente mencionada), en la fase dos se enseña al paciente la relajación muscular, la cual va relacionada con el momento en que el niño se mete en su caparazón para tranquilizarse ante un estado de rabia que podría provocar actitudes inadecuadas y agresivas y por último en la fase tres de **solución de los problemas** una vez que el paciente ya ha aprendido cuando debe meterse en su caparazón, y sepa relajarse de forma autónoma, se le debe enseñar y guiar en la resolución de problemas.

Es importante destacar que para llevar a cabo la aplicación de las técnicas anteriormente mencionadas se hace necesario realizar previamente entrenamiento por medio del cual el paciente identifique con claridad la forma de aplicar correctamente la técnica de relajación progresiva de Jacobson y la técnica de respiración diafragmática.

Según Ruiz et al. (2012) el objetivo del entrenamiento en Relajación Progresiva es reducir los niveles de activación mediante una disminución progresiva de la tensión muscular, el procedimiento para conseguirlo consiste en tensar y destensar los diferentes grupos musculares tomando conciencia de las sensaciones que se producen en cada situación.

Por su parte durante la respiración diafragmática, se produce gran movilidad de las costillas inferiores y la parte superior del abdomen; en ella el diafragma participa activamente, por lo cual se considera el tipo de respiración fisiológicamente más adecuado. El objetivo del entrenamiento en respiración es conseguir un patrón respiratorio apropiado fisiológicamente que generalmente será adecuado para reducir las diferentes alteraciones respiratorias como respuesta del organismo a las necesidades (Págs. 259,265).

La técnica de reestructuración cognitiva está centrada en la identificación y cambio de las cogniciones (creencias irracionales, pensamientos distorsionados o autoverbalizaciones negativas) que están determinando o manteniendo el problema. El modelo de reestructuración cognitiva se centran en el significado, analizan la racionalidad de los pensamientos o creencias y enseñan al paciente a pensar de manera correcta, atacando los errores o distorsiones que pueden estar produciéndose en el procesamiento de la información (Ruiz et al., 2012, p. 66).

Según Ruiz et al. (2012) La técnica de solución de problema dirigida a corregir el modo en que la persona aborda los problemas, facilitándole un método sistemático para resolver este tipo de situaciones. Por medio de la cual se busca que le paciente adquiera las herramientas necesarias para asumir estilos de afrontamiento adaptativos que le permitan tener en cuenta la situación problema, las posibles alternativas de solución y la evaluación de las consecuencias producto de la respuesta dada (p. 67).

Por último, a nivel de intervención individual del paciente se tiene el entrenamiento en habilidades sociales el cual tiene por objetivo mejorar la calidad de las relaciones interpersonales, de comunicación y relacionales del paciente, lo anterior teniendo en cuenta que el déficit de habilidades sociales está asociado a numerosos problemas emocionales y de desadaptación (Ruiz et al., 2012, p. 292).

Como segundo objetivo en el presente estudio de caso se tiene el entrenamiento a padres y docentes por medio del cual se busca que adquieran las habilidades y técnicas que contribuyan a modificar la conducta del niño, niña o adolescente, lo cual favorezca los procesos de interacción entre el paciente – padres / paciente – docente, con el objetivo de potenciar las habilidades de interacción, estilos de crianza positivos y estrategias de afrontamiento a situaciones estresantes, lo cual contribuya a la disminución de las conductas desadaptativas. Lo anterior se considera importante teniendo en cuenta lo planteado por Rey (2006) el cual manifiesta “El entrenamiento de padres es un enfoque terapéutico que consiste en capacitar a madres, padres u otros cuidadores en principios, técnicas y estrategias que les permitan entender y tratar directamente los problemas de comportamiento de sus hijos” (pp. 71-72).

Según Walker (1988, como se citó en Rey, 2006) el entrenamiento en habilidades de solución de problemas enseña a la madre, padre u otro cuidador a usar una orientación de búsqueda de soluciones a las situaciones problemáticas que se refieren a la conducta de su hijo (pp. 71-72).

La estructura básica de este entrenamiento sigue, por lo general, la secuencia delineada por D’Zurilla y Goldfried (1971, Citado por Rey, 2006) a) orientación general hacia el problema; b) definición y formulación del problema; c) generación de alternativas de solución; d) toma de decisión evaluando los pros y los contras de cada alternativa; y e) evaluación de los resultados de la alternativa elegida. Durante el mismo se trabaja con problemas comunes, propios de la crianza de los hijos, y se anima a cada padre durante la sesión para que aplique la secuencia de pasos reseñada con los problemas de comportamiento de sus hijos (pp. 71-72).

Otra de las estrategias contempladas dentro del entrenamiento a padres y docentes en el presente estudio de caso es la técnica de economía de fichas la cual suele incluirse también en el tratamiento del TDAH, con el fin de que se produzca la adquisición de conductas adecuadas y la eliminación de conductas inadecuadas (Loro-López et al., 2009).

De acuerdo a lo anterior, con el objetivo de entender esta técnica de economía de fichas, se tiene que “La técnica de economía de fichas se ha mostrado efectiva en caso de conductas disruptivas en la infancia, con el objetivo de alterar las condiciones ambientales que mantenían las conductas disruptivas” (Frojan et al. 2011, como se citó en Giménez – García, 2014, p. 80). Mostrando con ello, la importancia de su uso y aplicación.

Por último, se plantea el entrenamiento en habilidades sociales a padres y cuidadores como una herramienta por medio de la cual se fortalece la red de soporte social. A lo anterior Azar (1989, como se citó en Rey, 2006) refiere:

El enriquecimiento de la red de soporte interpersonal es clave en el caso de los padres y madres en riesgo de maltratar a sus hijos, ya que éstos tienden al aislamiento social. A su vez dentro de este entrenamiento se brindan las herramientas necesarias en cuanto al control y manejo de la ira, por medio de lo cual se busca brindar pautas de autocontrol para que los padres afronten de una manera no agresiva los problemas de comportamiento de sus hijos. (pp. 72-73).

Aplicación del tratamiento

Teniendo en cuenta las características del sitio de práctica asignado se propone el siguiente plan de tratamiento y de intervención para el caso de paciente con diagnóstico por déficit de atención e hiperactividad presentación predominante inatención, el cual consta de un total de 14 sesiones, una sesión por semana con una duración de 60 minutos aproximadamente.

Al iniciar el proceso de evaluación por medio de la técnica de entrevista se logrará establecer el primer contacto con el paciente y sus cuidadores, se llevará a cabo firma de consentimiento informado y recopilar información relevante para la historia clínica y planteamiento de objetivos de tratamiento. Lo anterior a su vez contribuye al cumplimiento del indicador clínico por medio del cual se busca que el paciente y sus cuidadores reconozcan la importancia de la participación activa en las diferentes fases del

proceso de intervención. Así mismo, y con el objetivo de dar continuidad al proceso de evaluación se da cumplimiento a las siguientes actividades: entrevista individual al paciente, entrevista para el diagnóstico de TDAH según el DSM-V la cual será realizada a la madre del paciente y docente, registro de conductas y aplicación cuestionario Conners para padres y docentes. Lo anterior con el fin de recopilar información relevante para establecimiento de diagnóstico y conductas blanco a intervenir.

Sesión 1 y 2. Las sesiones tienen como fin realizar entrenamiento a padres y docentes por medio de psicoeducación en la cual se dará cumplimiento a los siguientes objetivos: proporcionar información a los padres y docentes con el objetivo de que sean capaces de reconocer e identificar las características, etiología, pronóstico y tratamiento del TDAH, dar a conocer al docente pautas educativas y formas de dirigirse al niño, que los padres reconozcan la importancia del estilo de crianza como elemento mantenedor de la conducta problema e implementar económica de fichas por medio de la cual se fomenten rutinas y se contribuya a la disminución de algunas conductas blanco identificadas.

Sesión 3 y 4. Las sesiones tuvieron como objetivo general el entrenamiento en regulación emocional y como objetivos específicos la modificación de creencias irracionales por medio de la reestructuración cognitiva con lo cual se busca que el paciente logre evaluar correctamente el contenido de sus cogniciones en 8 de 10 situaciones posibles que puedan tener lugar en los diferentes contextos.

Sesión 5 y 6. Durante la sesión se busca reducir los niveles de agresividad e irritabilidad por medio del entrenamiento en relajación y respiración con lo cual se busca que el paciente sea capaz de emplear dichas técnicas en 8 de 10 situaciones posibles que tengan lugar en los diferentes contextos.

Sesión 7. En esta sesión se plantea como objetivo que el paciente adquiera estrategias de regulación emocional por medio de la técnica del semáforo de las emociones y de la tortuga, con el fin que el paciente sea capaz de emplear las técnicas de regulación emocional para expresar sus emociones

y responder a las situaciones de forma asertiva en 8 de cada 10 situaciones posibles a las cuales se deba afrontar.

Sesión 8, 9 y 10. En estas sesiones el objetivo general está orientado al entrenamiento en resolución de problemas por medio del entrenamiento en la tolerancia a situaciones estresantes por medio de la terapia de resolución de problemas, con lo cual se busca que el paciente logre resolver situaciones por sí mismo en 7 de cada 10 situaciones posibles que tengan lugar en los diferentes contextos.

Sesión 11, 12 y 13. El objetivo de la sesión es el entrenamiento en habilidades sociales tales como: Habilidades sociales básicas de conversación, habilidades sociales de comunicación, habilidades sociales emocionales, habilidades sociales de autoprotección y habilidades sociales de solución de problemas, con las cuales el paciente logre establecer vínculos y emplear procesos de comunicación efectivos en 8 de 10 situaciones posibles.

Sesión 14. El objetivo de la última sesión planteada es la prevención de recaídas por lo cual en ella se llevará a cabo por parte del paciente un recuento de las diferentes técnicas y estrategias adquiridas durante el proceso de intervención y a su vez plantear posibles situaciones que pueden ocurrir dando alternativas de solución a las mismas.

Resultados del tratamiento

Teniendo en cuenta las características del sitio de práctica asignado a continuación se exponen las expectativas proyectadas a partir del plan de tratamiento empleado a partir de las conductas blanco identificadas por lo cual se espera que el paciente:

A partir del entrenamiento en regulación emocional logre expresar sus emociones y responder a las situaciones de forma asertiva. Ante situaciones estresantes el paciente utilice las técnicas de

relajación y respiración con el objetivo de enfrentar los eventos que se presentan en los diferentes contextos de manera asertiva.

Así mismo, que el paciente logre evaluar correctamente el contenido de sus cogniciones eliminando así las creencias irracionales que llevan a interpretaciones erróneas de las situaciones que se puedan presentar en los diferentes contextos. Mediante el entrenamiento en resolución de problemas logre ser tolerante ante situaciones estresantes, buscar alternativas de solución y dar respuesta a las mismas. Por último y a través del entrenamiento en habilidades sociales el paciente fortalezca sus habilidades sociales lo cual contribuye a la mejora en el proceso de comunicación efectiva y el proceso de interacción social.

Discusión

Teniendo en cuenta las investigaciones consultadas como referentes para el presente estudio de caso se destaca inicialmente los planteamientos de Giménez – García (2014) el cual expone la prevalencia del TDAH con inicio más frecuente en infancia y adolescencia, lo anterior tiene relación con el presente estudio teniendo en cuenta que el paciente es un adolescente lo cual es afín a lo propuesto por el autor. Así mismo, al ser de sexo masculino guarda relación con los planteamientos de (Tomas et al., 2015, citado por Huaman, 2021, p. 2) en donde postulan la prevalencia de este tipo de trastornos en varones frente a casos reportados en mujeres.

El estudio de caso destaca la efectividad del modelo de intervención cognitivo – conductual el cual fue escogido para llevar a cabo el plan de intervención en el cual no solo se plantean objetivos orientados a modificar las conductas blanco identificadas en el paciente sino que a su vez se da un papel importante al contexto familiar, educativo y social que pueden actuar como mantenedores o eliminadores de las conductas disruptivas. Por lo cual se tiene en cuenta lo planteado por Carrizosa (s.f) según el cual la psicología cognitiva comportamental es la más efectiva en los casos de TDAH; ya que

permite tanto a padres como al paciente, y eventualmente a los profesores, desarrollar técnicas para identificar situaciones críticas, evitarlas, asumirlas y enfrentarlas, con un mínimo de comportamiento perturbador (p. 51). Lo cual resalta no solo la relevancia del modelo al integrar las diferentes áreas de ajuste del paciente sino además la eficacia de la intervención cognitiva – conductual en la modificación o eliminación de conductas disruptivas identificadas.

Según Luna et al. (2020, como se citó en D'Altilia, 2021) la Terapia cognitivo-conductual administrada en niños y adolescentes con TDAH ofrece resultados positivos en autocontrol, habilidades sociales y el control de la impulsividad. El uso del entrenamiento en planificación, en la realización de tareas escolares, en la regulación emocional, en habilidades comunicativas y la psicoeducación muestran una mejora en el cumplimiento de normas y horarios, en la conducta y en el absentismo escolar (p. 13).

En cuanto a la importancia de la farmacología en el proceso se identifica que las conductas asociadas con hiperactividad e inatención han disminuido, lo cual muestra la importancia de la farmacoterapia en el plan de tratamiento.

Según lo planteado por Carrizosa (s.f) el tratamiento con medicamentos pretende fundamentalmente disminuir los síntomas de inatención y de hiperactividad-impulsividad. El autor plantea que el metilfenidato actúa en la liberación de dopamina en las terminales nerviosas, constituyéndose en el principal mecanismo de acción en las vías dopaminérgicas frontoestriatales, que serían las implicadas en la regulación de la atención y en la programación y control de impulsos; destacando a su vez la efectividad del Ritalin en aproximadamente 80% manifestándose precisamente en la disminución de la hiperactividad-impulsividad y en aumentar tanto la calidad como la duración de la atención (p. 53).

Es importante destacar que en el tratamiento farmacológico del TDAH deberán tenerse en cuenta las necesidades particulares del paciente en cuanto a situaciones académicas, horarios de

estudio y actividades extraescolares, tratando de diseñar el que mejor se adapte al paciente.

También hay que considerar la dificultad de administración de cada forma farmacéutica, la adherencia al tratamiento, la aparición o no de efectos secundarios y/o de rebote y la posibilidad de combatirlos (Palomino et al., 2013, pp. 155-156).

Por último, dentro de las limitaciones de este estudio se encuentra la aplicación del plan de tratamiento teniendo en cuenta las características del sitio de prácticas asignado. Por lo cual, el plan de tratamiento se realiza en base a las conductas blanco identificadas durante el proceso de evaluación y los resultados se proponen a partir de las expectativas que se esperaban alcanzar una vez el plan de intervención fuera aplicado.

Referencias

Aguilera, L. (20 de Noviembre de 2018). *Psico Ayuda Infantil*. Obtenido de

<https://www.psicoayudainfantil.com/tecnica-de-la-tortuga/>

Asociación Americana de Psiquiatría, Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2013, 33.

Carrisoza, J. M. (s.f.). Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad . Medellín, Colombia, 45.

D'Altilia, E. B. (28 de Diciembre de 2021). Intervención Psicológica en Niño con TDAH y Trastorno de Conducta. Madrid.

Giménez-García, L. (2014). Tratamiento cognitivo-conductual de problemas de conducta en una caso de trastorno por deficit de atencion con hiperactividad. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 79-88.

Huaman, S. D. (2021). Intervención Cognitivo Conductual en adolescentes con TDAH, durante los ultimos 10 años. Una revision sistematica. Peru.

Lorenz, F. U. (s.f.). Manejo de las Emociones en Niños Técnica del Semáforo. Colombia.

Loro-Lopéz, M., Quintero, J., García-Campos, N., Jiménez-Gómez, B., Pando, F., Valera-Casal, P., Campos, J. A. y Correas-Laufer, J. (2009). Actualización en el tratamiento del trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista Neurología*, 49, 275-264.

Luna, N. I. S., Vincés, Z. M. M. y Guzmán, E. V. S. (2020). Terapia cognitivo conductual (TCC) en el trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes. *RECIMUNDO*, 4(4), 173-187.

Palomino M, Perez Guerrero C & Martin Calero M. (26 de Junio de 2013). Tratamiento actual del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). *Tratamiento actual del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)*. España: Ediciones Mayo S.A.

Rey, A. (2006). Entrenamiento de padres: Una revisión de sus principales componentes y aplicaciones. *Revista Infancia Adolescencia y Familia*, 61-84.

Ruiz Fernandez M., Diaz Garcia M. y Villalobos Crespo A. (2012). Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales. *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*.

Rusca-Jordán, Fiorella, & Cortez-Vergara, Carla. (2020). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes. Una revisión clínica. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 83(3), 148-156. <https://dx.doi.org/10.20453/rnp.v83i3.3794>

Vite Sierra, A., Alfaro Belmont, J.N., Pérez Pérez, A.D. & Miranda García, D. (2015). Intervención interactiva en los problemas de comportamiento infantil. *Acta Colombiana de Psicología*, 18 (1), 149-157. DOI: 10.14718/ACP.2015.18.1.14