

**Intervención cognitivo conductual en adolescente con déficit de atención e hiperactividad,
con prevalencia de conductas negativistas desafiantes.**

Angélica Ortiz Babilonia

Universidad del Sinú – Seccional Cartagena

Resumen

Se presenta un estudio de caso de un adolescente de 12 años de edad con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). Dentro de sus principales síntomas (déficit atencional, hiperactividad, excesiva actividad motora e impulsividad) que dificultan la adaptación del niño al ambiente escolar, familiar, y su interacción entre iguales, dando lugar al desarrollo de problemas secundarios como conductas disruptivas con figuras de autoridad y docentes de la escuela. El presente estudio de caso tuvo como objetivo exponer los resultados de un proceso de intervención, desde el enfoque cognitivo conductual, en un menor diagnosticado con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. Así mismo, con el fin de comprobar la eficacia del tratamiento y durante la aplicación del mismo se realizaron registro de observación de conductas, entrevista inicial a padres, docentes, entrenamiento en técnicas de relajación y atención plena guiada, aplicación de prueba EDAH, entrenamiento en técnicas cognitivo conductuales. Los resultados permiten determinar la eficacia del tratamiento, de manera que, permite demostrar en el menor, disminución de su estado pulsional, mantener estado de calma para asumir situaciones estresantes, disminución en expresión verbales negativas o amenazas a figuras de autoridad, comprende normas, límites e instrucciones.

Palabras clave: Déficit de atención, hiperactividad, conductas disruptivas, terapia cognitivo conductual.

Abstract

A case study of a 12-year-old adolescent with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is presented. Among its main symptoms (attention deficit, hyperactivity, excessive motor activity and impulsiveness) that make it difficult for the child to adapt to the school, family environment, and his interaction between equals, giving rise to the development of secondary problems such as disruptive behaviors, with figures of authority and school teachers. The objective of this case study was to address the intervention process from the cognitive behavioral approach in a minor diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder. Likewise, in order to verify the efficacy of the treatment and during its application, we proceed to recognize the presentation of the clinical case, make a record of the observation of disruptive behaviors, initial interview with parents, teachers, training in relaxation techniques and guided mindfulness, application of EDAH tests and, training in cognitive behavioral techniques. The results allow us to determine the effectiveness of the treatment, so that, in the least, we can demonstrate a decrease in their drive state, maintain a state of calm to assume stressful situations, decrease in negative verbal expression or threats to figures of authority. , understand rules, limits and instructions.

Keywords: attention deficit, hyperactivity, disruptive behaviors, cognitive behavioral therapy.

Introducción

El trastorno por déficit atención con hiperactividad (TDAH) se entiende como un trastorno del neurodesarrollo que, de acuerdo con el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V), emitido por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2014) ocasiona síntomas persistentes de inatención, hiperactividad e impulsividad que afectan el funcionamiento

y desarrollo biológico del sujeto. Dichos síntomas suelen producir un impacto negativo en las actividades académicas, familiares, sociales y laborales (Barkley y Murphy, 2011).

En este sentido, merece la pena resaltar que de los autores que mayores avances han adelantado en la comprensión teórica del TDAH son Barkley y Murphy (2011), quienes afirman que este trastorno se define como un déficit en funciones ejecutivas que presentan una alteración en autorregulación del comportamiento, dominio del tiempo, la capacidad de imitación de una conducta, se presenta durante un tiempo de al menos seis meses, antes de los siete años y en dos o más contextos. Diversos estudios han reportado que los niños que presentan TDAH evidencian más déficit a nivel cognitivo y comportamental.

De acuerdo con lo establecido por la APA (2014) en la actual clasificación del TDAH en el DSM-5, se destaca que existe una categorización que se divide en tres subtipos, los cuales se describen a continuación.

El TDAH-C, que engloba sintomatología de déficit atencional e impulsividad/hiperactividad / aunque el TDAH predominante inatento, que se conforma por sintomatología de desatención y el TDAH predominante hiperactivo/impulsivo, que se compone por sintomatología impulsiva e hiperactiva (APA, 2014).

Dado el aporte significativo a la problemática de estudio del TDAH, se permite presentar tasas de prevalencia del trastorno. En cuanto a la prevalencia de los subtipos del TDAH, tiene mayor frecuencia e impacto en el medio educativo, familiar y social. En apoyo por la investigación de Halperin et al. (2008), se confirma que este trastorno se reporta mayormente en niños y adolescentes, con unas cifras de prevalencia estimada en la edad infantil del 5,29%, manteniéndose en la edad adulta hasta en un 65%, presentándose como un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo en, al menos, dos contextos, cuyo inicio se sitúa antes de los 12 años.

Dentro de estos datos estadísticos es importante tener en cuenta las investigaciones que se han realizado, ya que permiten conocer de manera detallada las incidencias en poblaciones que presentan trastorno por déficit de atención e hiperactividad, para observar las características o aspectos presentes que emiten conductas inadecuadas en el sujeto. En este sentido, Pineda et al. (2006) realizaron una investigación con una población de niños y adolescentes de la población de Manizales, en la cual participaron 540 niños de edades comprendidas entre 4 y 17 años de una población de 80.000 habitantes. Los objetivos del estudio fueron: a) estimar la prevalencia de síntomas propios del TDAH en población preescolar y escolar y b) analizar la influencia de sexo, la edad y el estado socioeconómico. Según esta investigación, el 19,8% de los niños cumplían criterios de hiperactividad según el DSM-V, frente al 12,3% en las niñas. Las diferencias no fueron significativas para el subtipo combinado.

Otra investigación de pertinencia para el abordaje del tema de investigación, consiste en la realizada por Willkut (2012), quien incluyó 86 estudios realizados con niños, adolescentes y adultos, en quienes se presentó una prevalencia de entre 5.9% y 7.1% en niños y adolescentes y 5% en adultos jóvenes. Además, su prevalencia (5.29%) representa entre el 20% y el 40% de las consultas de psiquiatría infanto-juvenil por las consecuencias asociadas al funcionamiento social, académico y ocupacional de los afectados (Cunill y Castells, 2015).

De acuerdo a las investigaciones realizadas, se permite identificar la caracterización o comportamiento que inciden a identificar la presencia de un trastorno, esto estaría relacionado con aquellos factores con alteraciones ambientales, sociales, genéticas, prenatales o posnatales que influyen en la aparición patológica o síntoma de un trastorno. Los autores Almeida et al. (2009) exponen aquellas características que alteran el comportamiento del trastorno:

Factores Ambientales

Se manifiestan mediante el alcohol u otras sustancias adictivas durante el embarazo, heroína o cocaína, niños prematuros de bajo peso que motivan fenómenos de hipoxia, isquemia o hemorragias tipo I-IV de Volpe, las cuales condicionan el desarrollo neurológico y la presencia de trastornos neurológicos, tales como el retraso mental, TEH Y TDAH, presentes en los recién nacidos en sus primeros años de vida (Almeida et al., 2009).

Factores Genéticos

Se manifiestan por causa de herencia familiar, mediante información en la mutación de varios genes, es decir, que, ante la presencia de un padre o hermano, en un niño con TDAH, tiene de 2 a 8 veces más riesgos de padecer este mismo trastorno que la población general. Dado que, el riesgo o probabilidad de manifestar TDAH en un hijo llega al 60-90% si uno de los padres lo sufre (Almeida et al., 2009).

Factores Sociales

Los factores sociales corresponden a los factores contextuales que rodean al niño, como el estrés, trastornos psicopatológicos de los padres, estilos educativos disfuncionales, falta de recursos para la crianza del hijo.

Inciden en la actividad contextual del sujeto sobre aquellos efectos negativos determinantes en la relaciones padres e hijos y disfunciones familiares como irritabilidad o ansiedad en el contexto familiar, falta de reglas, límites inconsistentes o falta de acuerdo entre padres, conductas alteradas del niño o adolescentes y exigencias sociales, igualmente en el niño al exponerse en ambiente de conflicto, genera aprendizaje de comportamiento agresivo como estrategias apropiadas de resolución de desacuerdo (Almeida et al., 2009).

Descripción del Caso

Identificación del Paciente

AB es un niño de 12 años que cursa sexto de bachillerato. Convive con sus padres. El ambiente familiar es bueno, y aunque presenta alteraciones disfuncionales de la conducta, mantiene buena relación con todos los miembros de su familia. Es considerado por sus padres con una autoestima favorable, cariñoso, muestra gusto al contacto físico, sonriente. Presenta un rendimiento académico bajo, continuas distracciones en casa y en el colegio, negación a realizar cualquier tarea que implique un esfuerzo.

Manifiestan los padres en su proceso académico se ha visto reflejado al mantener rechazo escolar, ya que no muestra motivación e intereses por cumplir actividades, también las constantes molestias de su compañeros y docentes por su forma deliberada de resolver situaciones o recibir llamados de atención, frente a los cuales grita, discute, utiliza expresiones negativas o amenazas. En algunos casos se muestra agresivo con figuras de autoridad o compañeros de clase.

Motivo de Consulta

De acuerdo con la información suministrada por la IPS Psicokids, el menor ha sido diagnosticado desde los 3 años con trastorno de hiperactividad con déficit de atención, con predominio hiperactividad e impulsividad y trastorno negativista desafiante. Recibe tratamiento por psiquiatría, le suministran Metilfenidato. Además, asiste a psicoterapia para el control de los impulsos y manejo del comportamiento a nivel cognitivo conductual, debido a que presenta comportamientos de inatención en clases, dificultad para concluir actividades, incumplimiento de normas y obligaciones, opositor antes las demandas dadas por sus padres y constante negativa ante las mismas.

Motivo de Consulta con la Madre del Menor

Paciente de 12 años de edad, acude a consulta en compañía de su madre, en la cual la madre refiere presentar regulación emocional y deficiencias en su rendimiento académico en el periodo escolar, lo cual ha generado retrocesos en su proceso escolar. Según lo referido por la madre el presenta las siguientes conductas: ‘cuando le llamo la atención para corregirlo, no le gusta, hace pataletas, lanza objetos, hace expresiones para golpear, grita, dice palabras groseras, en el colegio es desafiante con los profesores cuando estos resaltan su mal comportamiento, expresa palabras groseras, expresa para golpear y sobrepasar límites con las figuras de autoridad.

Motivo de Consulta del Paciente

Menor asiste a consulta en modalidad virtual en compañía de la madre, durante el transcurso de la consulta, se investigó con preguntas abiertas y cerradas, igualmente se indagó respecto a si tenía conocimiento sobre por qué se encontraba en consulta, a lo cual respondió “en el colegio y en la casa me comporto muy mal, no acato órdenes, golpeo, y gritó a las personas”.

Historia del Problema

Las dificultades por las cuales los padres acudieron a consulta con el menor son debido a que a la edad de 3 años, empezaron a manifestarse alteraciones de conducta y aprendizaje. Desde entonces ha tenido poco respeto hacia las figuras de autoridad, compañeros de clase, muestra comportamientos agresivos, interfiere en conversaciones de adultos, dificultad para mantener atención, déficit en comprensión lectora, retener y almacenar información, dominar operaciones matemáticas etc. En muchas ocasiones no responde con atención al dirigirse hacia él, cuando recibe alguna orden o debe realizar alguna tarea que le implique un esfuerzo y muestra negación, termina enfadado, indispuesto y con mal carácter.

Los padres en informe dado por el educador especial de la institución reportan en el menor, presentar hiperactividad, problemas de comportamiento, igualmente, retrasos en el área académica por déficit cognitivo y dificultad en la interacción social. Así mismo, el menor es evaluado a prueba diagnóstica en neuropsicología cuyos resultados arrojan Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, con predominio hiperactivo-impulsivo caracterizado por: dificultad para controlar o modular respuestas inmediatas, no esperar su turno en fila o actividad que amerite esperar para intervenir, inquietud motora e impaciente al realizar una actividad escolar, interrumpe o molesta a otras personas.

Historia Familiar

En el aspecto familiar AB es hijo único, convive con ambos padres, sus padres están a cargo de sus cuidados, apoyo y comprensión. Además, al preguntarle a la madre por la relación familiar, agrega que la relación es buena, aunque los aspectos negativos del comportamiento del menor alteran la relación familiar. En este sentido, existe una diferencia en lo que respecta al estilo parental, donde la madre es permisiva ante de las demandas del niño y el padre suele ser rígido con las normas y reglas del hogar.

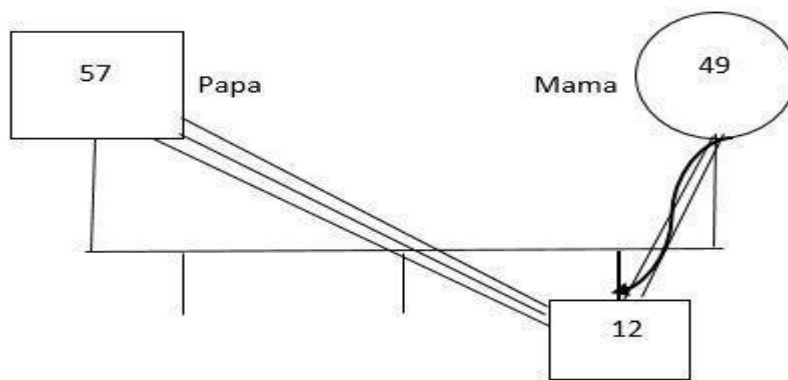
Según lo dicho por la madre del menor “con el padre la relación es un poco más manipulativa ya que es facilista, debido a que él se la pasa trabajando por fuera de la ciudad y “AB”, está todo el tiempo conmigo, el niño siempre apoya donde su papá, si tiene algo que confesar se lo confiesa al papá y la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

De conformidad con lo anterior, la dinámica familiar en la que se desenvuelve la menor evidencia contrariedades y debilidad en atender necesidades presentes del menor, dado que se les dificulta imponer normas, reglas, límites y demarcar la autoridad y disciplina a comportamientos inadecuados. Debido a esto, tienden a postergar castigos, para atender las demandas de manera

inmediata, por lo cual, afecta en ocasiones la relación familiar, cuando se abordan temas internos del comportamiento del niño y permiten en este, actitudes negativas o poco autocontrol en conductas no adecuadas (ver figura 1).

Figura 1.

Familiograma



Historia Personal

AB tiene 12 años, hijo adoptado desde los 7 días de nacido. La madre refiere un embarazo aparentemente normal, peso, talla y desarrollo motor normal. No hay alergias a medicamentos. Durante el proceso de desarrollo del menor, no se evidenció ningún indicio de déficit de atención e hiperactividad, hasta que el menor ingresa a la etapa escolar y por parte de docentes del colegio hacen reporte a los padres de hacer un estudio neurocognitivo para identificar el porqué de los retrasos por dificultades de aprendizaje y de interacción social.

Actualmente, según reportes del educador diferencial, el menor presenta debilidad en habilidades de memoria de trabajo, se le dificulta escribir, leer y realizar operaciones matemáticas, requiere apoyo para seguir actividades escolares, teniendo en cuenta que necesita de

claves o repetición de instrucciones para poder continuar con actividades propuestas, también realiza intrusiones o confusión de la información obtenida y no logra percibir o retener la primera información dada. Ante estas características de inatención en el menor, se muestra ansioso y emplea conductas de control de impulso, que exterioriza hacia situaciones presentadas, tales como: cuando lo molestan, se enfada, levanta la voz, al recibir llamados atención por comportamiento inadecuados, discute con figuras de autoridad, rompe objeto o patea la puerta, en su defecto exclama amenazas o desafía a la autoridad.

Historia Social-Académica

Inició su etapa escolar en el colegio Bellery Hill de Cartagena, a los 3 años de edad, aquí fue valorado por la psicóloga de la entidad por las dificultades de aprendizaje e interacción social tales como: debilidad en habilidades de memoria de trabajo (comprender , recordar palabras o sonidos), se le dificulta escribir, leer y realizar operaciones matemáticas, requiere apoyo para seguir actividades escolares, también presenta bajo autocontrol emocional ira o reacciona con agresividad al sentirse inseguro o poco valorado en las relaciones interpersonales).

Debido a esto, se realiza remisión necesaria a valoración por neuropsicología en coeficiente intelectual, donde el niño es diagnosticado con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, predominando hiperactivo-impulsivo.

Dada la dinámica del desarrollo evolutivo a la edad 3 años, el niño ingresa al jardín infantil en total desconocimiento de los padres frente a las dificultades aprendizaje y manifestación de comportamientos disruptivos presentes en el menor. En este proceso de cambio escolar, los padres determinan cambiarlo del colegio Bellery Hill de Cartagena a una institución educativa inclusiva.

Conforme al anterior aporte, el niño es remitido a la IPS PSICO KIDS, donde el equipo disciplinario recomienda a los padres cambiarlo a la institución educativa inclusiva, donde se encuentra actualmente.

Actualmente, según reportes de la educadora diferencial, repite sexto de bachillerato, es un estudiante con rendimiento académico regular, presenta debilidades en sostener la atención durante 20 minutos, se fatiga rápidamente en actividades de lectura, escritura y realizar operaciones matemáticas, se le dificulta transcribir en clases, no logra culminar las actividades propuestas, seguir ordenes e instrucciones, consecuente a ello , manifiesta ser un niño autoritario y desafiante, se enfadada, levanta la voz y discute con la autoridad, molesta a los demás deliberadamente, es agresivo frente figuras de autoridad, utiliza expresiones verbales negativas dentro y fuera del aula de clases.

Historia Afectiva

En el proceso de recolección de información durante la entrevista semiestructurada, se evidencia comportamientos tales como: buena autoestima y retroalimentación hacia sí mismo, se muestra a gusto al contacto físico, el poder relacionarse con otros niños, compartir ideas, reír, dar opinión de forma abierta y expresiva. Sin embargo, cuando está molesto, es desafiante, pierde la calma, levanta la voz y discute, utiliza expresiones verbales negativas o amenazas, en algunos casos, se muestra agresivo con figuras de autoridad o compañeros de clase.

Con relación a sus padres, tiene mejor relación con su padre, debido a que es permisivo y apoya sus necesidades, con la madre es más distante, en situaciones al sentirse molesto con ella, utiliza actitudes de negación indisposición para ejecutar una orden, levanta la voz, discute, a veces agrede a la madre y rechaza las peticiones de la misma. Cuando se encuentra mejor, acude a ella y brinda su cariño.

Formulación clínica

Análisis y Descripción de las Conductas Problema

Es importante resaltar que las conductas problemas identificados se registraron a partir de la información suministrada por la IPS Psico Kids & Teen, donde actualmente asiste el menor, en colaboración con la madre del menor y la docente diferencial, la cual hace parte del equipo interdisciplinario de la IPS. Continuamente en evaluación y diagnóstico, en la cual se hace revisión de su historia clínica, entrevista semiestructurada, registro de observación conductual en casa y colegio, escala de inteligencia en niños y adolescentes WISC-R. (Suministrada por la EPS), tabla de validación (criterios del DSM-V), se logran identificar los siguientes problemas blancos: desafiante ante figuras de autoridad, golpea a compañeros de clase, incumplimiento de las normas y obligaciones demandadas por los padres, impulsividad, levantar la voz e interrumpir a la mamá cuando sus demandas no son atendidas, constante movimiento motriz durante las clases.

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

Las técnicas implementadas en el tratamiento se abordaron en la terapia cognitivo conductual, acompañadas con las técnicas de relajación progresiva.

A continuación, se mencionan las técnicas que fueron empleadas: inicialmente se realiza un entrenamiento y psicoeducación en técnicas relajación - atención plena para niños y padres de familia.

Técnica de Psicología Positiva de Bárbara Frederickson

Esta técnica consiste en crear habilidades para afrontar una experiencia emocional en el infante. Dada en los aspectos positivos o negativos que percibe y crea conocimiento de su entorno. Asimismo, obtendrá herramientas que ayudarán a regular y facilitar el control en las

formas de asumir diferentes situaciones (Fredricskon, 2009). Para su realización se debe tener en cuenta los siguientes apartados:

- El modelo (terapeuta) muestra al niño una ruleta clasificada en diferentes tipos de emociones (enojo, sorpresa, miedo, alegría, tristeza) en este caso el niño debe señalar la emoción que indica la flecha, expresará una situación con el tipo de emoción, establecerá características que percibe (asombro, desconcierto, conmoción, desconfianza, ansiedad, preocupación, satisfacción, felicidad, orgullo, desesperanza, melancolía, desconsuelo, resentimiento, indignación etc. Seguidamente el niño expresará su aprendizaje de esas experiencias y cuál fue su forma de afrontarla de la siguiente forma:

- Cuando esa situación me genera miedo: qué pienso y qué hago.
- Cuando siento tristeza: que siento y que hago.
- Cuando esa situación me genera enfado: que pienso y que hago.
- Describir las dificultades presentadas cuando manifiesto ira, miedo, alegría o sorpresa.
- Diario emocional. Escribir a lo largo del día las emociones que ha experimentado (positivas y negativas) y en qué situaciones se ha experimentado.

El niño aprendió a identificar por medio de situaciones personales las emociones positivas y negativas, en las cuales, empieza a construir creencias de su realidad basado en el sentir que genera esa experiencia y los pensamientos asertivos a construir en cada situación.

Técnica de Relajación Progresiva de Jacobson

Esta técnica de relajación progresiva consiste en aprender a tensar y relajar los diferentes grupos musculares del cuerpo (boca, estómago, brazo, cara, piernas, y cuello). La relajación progresiva, según Jacobson (1929), se basa en el hecho de que la respuesta de estrés genera una serie de pensamientos y comportamientos que provocan la tensión muscular en la persona.

Mediante el uso de esta técnica en la intervención con el menor se tiene como fin entrenar en habilidades que permitan regular el nivel de tensión en el niño, por medio de su composición fisiológica y el autocontrol (Guillet y Geneti, 1975). Como resultado de la implementación de esta técnica el menor reconoce aquellos músculos tensores (boca, estomago, brazos, lengua, cara y cuello) que le permiten sentirse mayormente relajado o en capacidad de autocontrol pulsional. En esta sesión exploró que podía relajarse, respirar pausadamente antes de cometer una conducta disruptiva o ante cualquier situación en la que experimente ansiedad.

Técnica de Relajación de Koeppe

1. Es una técnica basada en la contracción – relajación de los diferentes grupos musculares. Esta técnica tiene la novedad de incluir componentes de imaginación, que hace más divertida y sencilla su ejecución (Conde y Viciano, 2001). Para su aplicación se realiza de la siguiente forma:

2. Ubicado en un lugar tranquilo, alejados de los ruidos, acostados o de pie, hacer paulatinamente control de la respiración. Aquí el modelo (terapeuta) indica al niño, por ejemplo, imaginar sostener un limón y querer exprimir el limón con fuerza, hasta donde pueda sostener la fuerza del objeto, luego, soltar y sostener otro limón, apretar con fuerza, continuamente, repetir el ejercicio hasta lograr un efecto de relajación y distensión.

3. Debes imaginar por un momento convertirte en un gato, luego el participante debe plasmar la cualidad del animal para hacer pereza, cuando estira su cuerpo y relaja sus músculos, luego se pide al participante estirar los brazos hacia adelante todo lo que más pueda y después levantarlos, elevando la cabeza hacia atrás. Hay que notar cómo la espalda también se estira, para finalmente dejar caer los brazos hacia los lados y sentirlos mucho más relajados.

4. Pensar y visualizar convertirse en una tortuga, pensar que está tranquilo posando sobre una roca, relajándose con los rayos de sol y para ello, el participante debe plasmar la cualidad

del animal, cuando se lo logra cubrir dentro de su caparazón, de esta forma, el participante en control de la respiración lenta y pausada, intentara unir los músculos de los hombros y lograr tocar las orejas, soltar los músculos de los hombros, relajarse en control de respiración, cuando el peligro pase y sienta en confort o lugar seguro. Repetir el ejercicio hasta lograr un efecto de relajación y distensión.

5. Ahora el escenario es la selva, se invita al participante a imaginar estar solo en el lugar sin nadie al lado, sin orientación, sentado sobre un césped y de repente, observa un elefante que se dirige en dirección hacia ellos, él no observa por donde pisa, tampoco te ha visto, y está muy cerca del niño, va poner un pie sobre su estómago. El menor tendrá que protegerse contra el animal y no tendrá más opción que sostener el abdomen lo más fuerte que pueda, sosteniendo la respiración unos segundos, pasados unos segundos, se ve cómo el elefante se va hacia otra dirección y notas como se retira, su respiración es expulsada con detenimiento, allí el niño, expresa calma al lograr confundir al animal.

Como resultado, el entrenamiento ayudó al niño a identificar cuando se siente ansioso frente a ciertas situaciones presentadas. Esto permite observar la forma de recuperar el estado habitual, en que se produce tensión en su cuerpo y generar conocimiento de las diferentes sensaciones o segmentos que le proporcionan sentirse estresado.

Técnicas en Habilidades Sociales

El entrenamiento en habilidades sociales es un entrenamiento conductual en que se aplican un conjunto de técnicas (modelado, reforzamiento positivo, experiencia aprendizaje vicario u observacional, retroalimentación interpersonal) cuyo objetivo es mejorar la calidad de las relaciones interpersonales, de comunicación, y relacionales (Segrin y Taylor, 2007). Para la implementación de esta técnica se obtuvieron las siguientes funcionalidades:

- Implementar el trabajo en grupos como factor principal en la asociación de roles para dar solución a situación problemas asignados por guía o modelo en orientación de la actividad.
- Se observa el niño en cada uno de los roles asignados en función del trabajo en equipo, en la solución problema de la situación asignada y se determina la relativa posición frente a la interacción con el grupo, opiniones e ideas frente a los otros y a sí mismo, actitud de escucha, toma de decisiones, guiar una conversación, respeto hacia el otro, disculparse, dar gracias, etc.
- Puesta en práctica la socialización del trabajo obtenido frente al resto del grupo y guía. El monitor o tutor evalúa aprendizaje de la tarea a evaluar en cada participante, igualmente se determina qué tipo actitudes podemos obtener y cuáles estrategias de interacción son adecuadas para el desarrollo de relaciones interpersonales asertivas.

Mediante esta técnica en las sesiones de tratamiento con el menor, se buscaba aumentar su expresión en situaciones sociales e incrementar su interacción de forma asertiva en los grupos sociales. Como resultado a la aplicación de esta técnica permitió en el niño fortalecer sus habilidades sociales, teniendo presente su dificultad al establecer relaciones interpersonales asertivas. En medio del proceso de intervención logró desarrollar habilidades comunicativas en grupos o personas, aprendió a escuchar opiniones, demostrar sentimientos o emociones en situaciones a presentarse, usar un buen tono para expresar sus ideas y poder entender la posición, característica y pensamiento en las relaciones interpersonales.

Análisis Funcional Molar o Formulación Clínica

A causa de la primera etapa del tratamiento, se permite registrar información de la emisión de las conductas empleadas por el paciente, a través de los registros conductuales manifestados

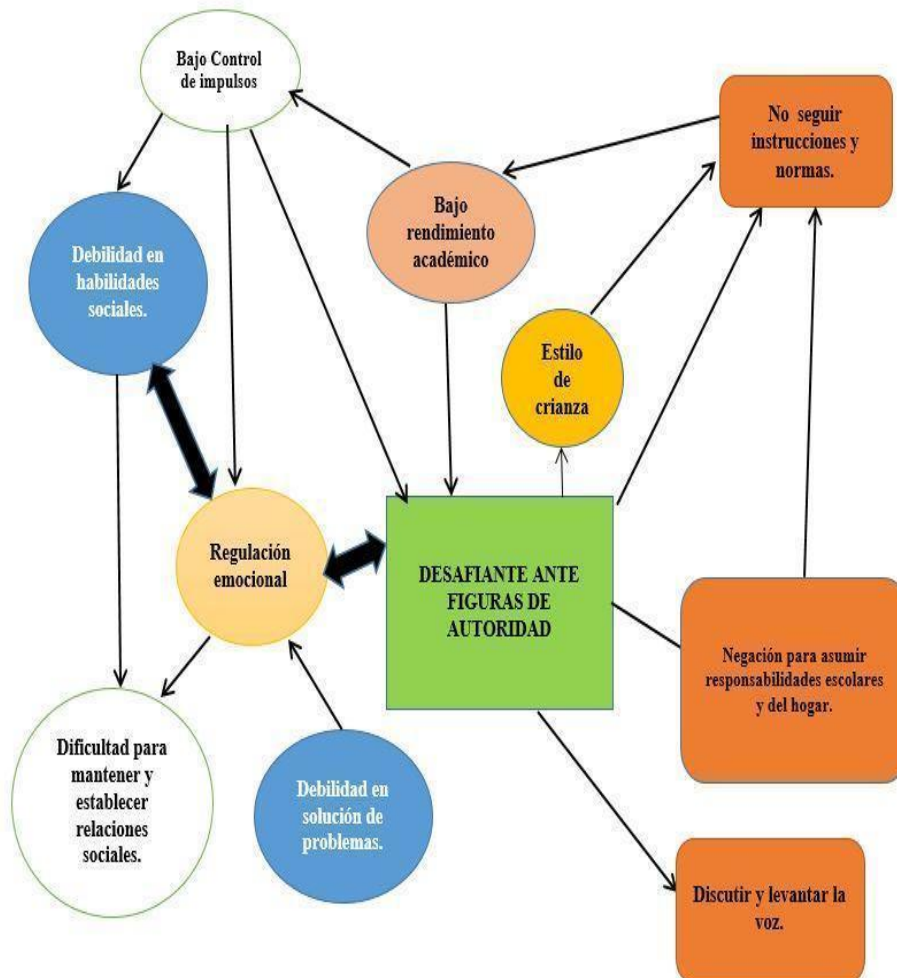
por la madre y educadora especial. Se permite abordar el análisis funcional y los principales factores que permitió afianzar objetivos de intervención y continuamente realizar un plan de tratamiento para alcanzar los resultados previstos.

En esta parte del tratamiento, se identifica que AB tiene dificultad para sostener la atención, control motriz en los diferentes espacios escolares o del hogar. Este estado de ansiedad genera actuar de forma alterada frente a figuras de autoridad en una característica hiperactivo-impulsivo. Consecuente a ello, no cumple objetivos a lograr en las actividades escolares, cuando no se manifiesta presencia del tratamiento psiquiátrico, así mismo, muestra actitud de negación para asumir responsabilidades escolares, del hogar, seguir instrucciones, expresa discutir y levantar la voz. A partir de ello se permite observar que los padres no implementan refuerzos negativos pese a la conducta del niño y acuden a postergar una recompensa o castigo para acudir a sus demandas de manera inmediata.

De igual forma, al demostrarse ser padres permisivos o reflexivos, se identifica la falta de límites o normas en el adolescente y esto permite acceder a trasgredir sus conductas, sin tener en cuenta restricciones para modificar las conductas negativas adolescente. Así pues, al no conducir a refuerzos negativos, estas conductas son manifestadas y mantenidas en el contexto escolar, lo cual, ha reflejado consecuencias en la disminución de su rendimiento académico, por medio de castigos y refuerzos negativos por las conductas adaptativas empleadas (ver figura 2).

Figura 2.

Diagrama del análisis funcional.



Objetivos Terapéuticos

- Generar herramientas en modificación conductual, de manera que, se manifieste disminución en la emisión de conductas disruptivas y se promueva la potenciación de conductas adaptativas.
- Entrenar en habilidades que permitan regulación emocional y afrontar situaciones de forma asertiva, sobre aquellas que generan estrés o frustración,

reconozca con claridad sus emociones y permitir emitir pensamientos coherentes a situación.

- Establecer psicoeducación a padres, docentes, para abordar el trastorno en acompañamiento al proceso del menor y de esta forma obtener elementos característicos que refuercen las fortalezas y habilidades en las dificultades presentadas.

Selección del Tratamiento Adecuado.

De acuerdo a los datos proporcionados durante la consulta diagnóstica, observación conductual, evaluación, análisis funcional determinado a una intervención cognitivo - conductual en la que se trabajó con el niño, padres, y maestros, de los cuales estos últimos, se establece trabajar en técnicas psicoeducativas en características del TDAH y TND, cuyo objetivo es disminuir las conductas disruptivas establecidas en el problema blanco identificado (golpear a compañeros y figuras de autoridad, dificultad para seguir normas, reglas o instrucciones, dificultad para mantener atención) y aumentar conductas adecuadas que manifieste ante entes de autoridad.

Por su parte, Martin y Pear (1998), detallan que la modificación de conducta implica la aplicación sistemática de los principios y las técnicas de aprendizaje para evaluar y mejorar los comportamientos encubiertos y manifiestos de las personas y facilitar así un funcionamiento favorable. Sin embargo, Badía et al. (2006) y Jarque (2012) indicaron que el tratamiento, en muchos casos, ha de ser multimodal y contextualizado. Siguiendo a Millán (2009), esta intervención multimodal debe incluir psicoeducación y entrenamiento de padres, intervenciones psicológicas conductuales o cognitivo-conductuales, intervenciones escolares y psicopedagógicas y, si fuese necesario, tratamiento farmacológico.

Así, como mencionan Diez et al. (2006), el abordaje psicoeducacional es uno de los tratamientos no farmacológicos que han demostrado ser de ayuda en el tratamiento con los afectados de Trastorno por déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) y sus familias.

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

1. El diagnóstico, sus manifestaciones, sus consecuencias, sus posibles riesgos, etc.
2. La necesidad de realizar un tratamiento multimodal e integral.
3. El fundamento del tratamiento farmacológico.
4. El fundamento de la psicoterapia recomendada (individual, familiar, grupal).
5. La importancia "per se" de la psicoeducación como estrategia terapéutica.
6. La importancia de desarrollar la creatividad y el desarrollo personal en su propia vida y en el tratamiento mismo, buscando el desarrollo y potenciación de sus fortalezas.
7. La definición del objetivo final del tratamiento en relación con la calidad de vida.

Este estudio de caso se basó en el entrenamiento, teniendo como individuos al menor y su entorno, a los padres y maestros, utilizando técnicas cognitivo-conductuales que tienen como objetivo educar en la adecuada interacción, con fortalecimiento de conductas adecuadas, disminución de aquellas inadecuadas (Martin y Pear, 1999). Teniendo en cuenta lo anterior, se utilizó el entrenamiento en técnicas de relajación y atención plena guiada para padres y técnicas de relajación de Koeppen (1993) para niños.

Aplicación del Tratamiento

La intervención se llevó a cabo en un total de 12 sesiones, con una duración de 40 minutos, en un periodo de tres meses, con frecuencia de 2 sesiones semanales. Dividida entre padres, educadora diferencial y niño. La duración de cada sesión fue de 45 minutos.

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

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

A continuación, se mencionan siguientes objetivos propuestos en cada uno de las sesiones a ejecutar:

Sesión 1: Se realiza una entrevista inicial con la coordinadora de IPS Psicokids, donde el menor recibe tratamiento psicoterapéutico. Con el objetivo de recabar información sobre aspectos de gran relevancia para el proceso de intervención, tales como: datos de identificación del paciente, motivo de consulta, esta información se recolectó por medio del reconocimiento del caso a través de la entrega de la historia clínica por parte de la IPS Psicokids. Remitido con

diagnóstico de TDHA Y TND. Se realiza lectura de la documentación entregada por parte de la misma.

Sesión 2: En esta sesión se realiza entrevista semiestructurada con la madre del menor, se recolectó información acerca de conocimiento familiar y aspectos generales de la personalidad del menor y características de las conductas. A través de la cual se busca obtener información sobre aspectos de gran relevancia para el proceso de intervención, tales como: motivo de consulta, aplicación de instrumentos (EDAH) escala de déficit atención e hiperactividad, lectura y firma del consentimiento informado, registro de observación.

Sesión 3: se realiza aplicación de instrumentos (EDAH) escala de déficit atención e hiperactividad, entrevista semiestructurada a educadora diferencial del colegio, donde estudia el menor, para de tal forma confirmar si las conductas no deseadas también se presentan en el ámbito educativo, también se desarrolló psicoeducación para el manejo de técnicas de modificación conductual las cuales serán aplicadas en la institución educativa.

Sesión 4: En esta sesión se realiza devolución de resultados de pruebas aplicadas, priorizando las necesidades del niño y la madre en las conductas obtenidas que alteran la relación y ambiente familiar, así mismo, se realiza psicoeducación a padres, para proporcionar información sobre el TDAH , conceptos, características , tratamiento a conducir en terapia y en el hogar con el fin de establecer objetivos precisos y estructurados en el proceso de intervención, de manera que se permita modificar conductas deseadas en el paciente, actuando sobre la autorregulación emocional, control impulsos y establecimiento de pautas para acatar una orden y reglas en el hogar.

Sesión 5: Se realizó entrevista semiestructurada con el niño, observación conductual a menor en contexto escolar, con el objetivo de recolectar información sobre su diagnóstico y darle

explicación sobre el proceso terapéutico que se va realizar con él. Se realizaron preguntas abiertas y observación directa de sus conductas.

Sesión 6: Entrenamiento en técnicas de psicología positiva de Bárbara Fredrickson. En esta parte de la sesión se desarrolló en el adolescente aprendizaje en regulación emocional y control de impulsos. A partir de este día se puso en práctica reconocimiento de emociones y clasificaciones de las mismas, de tal manera que el paciente identifique situaciones específicas según cada emoción, como también afrontar de forma asertiva cada una de ellas. Se realizó la técnica de una manera dinámica y participativa en que se apropie la práctica del ejercicio en su vida diaria de manera automática.

Sesión 7: Entrenamiento en relajación progresiva de Jacobson. Se desarrollaron ejercicios de respiración atenta, donde se entrenó al adolescente a desarrollar la práctica del ejercicio para la regulación fisiológica y el autocontrol, permitiendo liberar tensiones y estar tranquilo al trabajar los distintos músculos al efectuar situaciones que generan frustración.

Sesión 8: En continuidad a la sesión anterior entrenamiento en técnica de relajación progresiva de Jacobson. Se desarrollaron ejercicios de visualización o imaginación en vivo para fortalecer debilidades a enfrentar en situaciones difíciles. En este caso el entrenamiento en la técnica de visualización en el adolescente, se evoca la imaginación, basada en situaciones o escenas agradables que permitan utilizar emociones para cambiar patrones de pensamiento, superar obstáculos sobre sí mismo, alcanzar objetivos o simplemente para disfrutar del estado de bienestar que aparece.

Sesión 9: Técnica de relajación de Koeppen. Se realizaron ejercicios de respiración atenta, de forma lúdica y didáctica, apropiando visualizaciones e imágenes para evaluar el nivel de tensión del niño en su composición fisiológica y el autocontrol, igualmente aprender a relajar su cuerpo en situaciones que le generen frustración o estrés.

Sesión 10: Seguimiento al entrenamiento de las técnicas de relajación de Koeppen a los cuidadores principales del menor. Ejecución del método aprendido, seguimiento, información, observación, como también los padres del menor puedan tener autocontrol en aquellas situaciones en las que el niño muestre conductas inadecuadas y puedan intervenir sin perder el control aplicando las estrategias aprendidas en las sesiones.

Sesión 11: Técnica en habilidades sociales. Enfatizando en asertividad, comunicación, y correcto afrontamiento a las críticas. Para llevar a cabo el tratamiento se aplicaron un conjunto de técnicas (modelado, reforzamiento positivo, experiencia aprendizaje vicario u observacional, retroalimentación interpersonal) para obtener un resultado adaptado a su edad y necesidades, obteniendo un programa dinámico, práctico, lúdico, en el que, mediante situaciones hipotéticas, se busca soluciones alternativas, expresar ideas, opiniones y deseos.

Sesión 12: En esta sesión se llevó psicoeducación con la educadora diferencial del colegio y docentes, basados en entrenamiento en diagnóstico de TDAH. Una de las tareas que se les dejó para aplicar en las aulas fue estructurar espacios, donde se controle al máximo los estímulos que puedan ser distractores como son las ventanas, evitar sentarlo cerca de la puerta o con los compañeritos que tiene mayor afinidad, dado que esto se evidenció que hace que se distraiga con facilidad.

Resultados del Tratamiento

Al realizar este proceso de intervención cognitivo conductual en el trastorno por déficit de atención, se logró progresivamente las metas planteadas, dado que, fue un proceso de intervención acompañado de maestros, padres de familia, educadores y profesionales en el área clínica (psicólogo y psiquiatra), con esto, se implementaron métodos psicoeducativos, técnicas de atención, técnica de regulación emocional para generar conocimiento, caracterizaciones y

aspectos sobre el trastorno, así como también observar el grado conductual en que se manifestaban los comportamientos disfuncionales del menor.

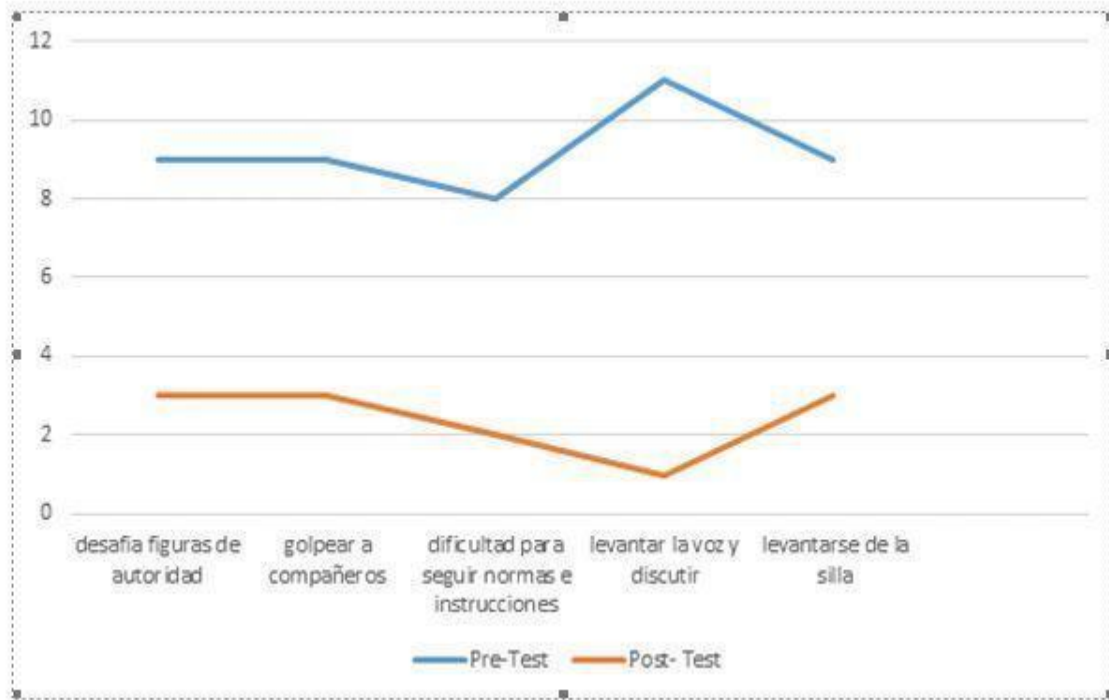
Los resultados muestran una mejoría en las conductas inadecuadas del niño, debido a los diversos métodos implementados (registros conductuales, psicoeducación, técnicas de relajación, método de contingencias, economía de fichas, entrevistas, aplicación del cuestionario EDAH) etc. Se logró en el menor apoyarse de herramientas para disminuir su estado pulsional, así como también mantenerse en estado de calma para afrontar situaciones estresantes y establecer mejores relaciones con sus padres al ser correspondido ante las dificultades presentes en el menor.

Posteriormente, para demostrar la efectividad del tratamiento y los resultados obtenidos, se realiza un seguimiento de registro conductual evaluado desde el hogar y contexto escolar, para determinar la intensidad o frecuencia en que se emitían las conductas blanco identificadas. Por tanto, se hace un registro de conductas blanco implementadas durante la semana en el contexto escolar, para evidenciar resultados obtenidos en intensidad y frecuencia de las conductas disruptivas. Se realizó un registro pretest al iniciar el tratamiento, teniendo en cuenta una escala de 0 a 12 presentando una intensidad de 9 en las siguientes conductas; desafía a figuras de autoridad, golpear a compañeros de clase, y levantarse de la silla. Dificultad para seguir normas 8 y 11 levantar tono de la voz (ver figura 3).

Con relación al postest, una vez intervenido el menor, se finaliza el tratamiento, permitiendo demostrar resultados favorables en el proceso educativo del menor. Donde se evidencia una disminución de estas conductas evaluadas en el contexto escolar y hogar, en las cuales, de 9 bajaron a 3 para desafiar a figuras de autoridad, golpear a compañeros, levantarse de la silla, levantar tono de la voz, dificultad para normas en instrucciones de 8 a bajaron 2 y levantarse de la silla de 11 bajaron a 2.

Figura 3

Pretest y postest



Al realizar la comparación de los resultados del pretest y postest, en el gráfico 3 través de los registros realizados por la madre y la docente en las conductas identificadas; desafiar figuras de autoridad, golpear compañeros, dificultad para seguir normas e instrucciones, levantar la voz y discutir, levantarse de la silla, se muestra la efectividad del tratamiento, en relación con las estrategias implementadas (psicoeducación, técnicas de psicología positiva, técnicas de relajación progresiva de Jacobson, técnicas de relajación de Koeppen y técnicas en habilidades sociales) se permite observar resultados favorables en las conductas obtenidos en el menor.

Discusión

A partir de los resultados obtenidos, se cumplieron los objetivos de intervención puesto que, padres y docentes adquirieron conocimiento sobre la etiología y características del TDAH, lo

que permitió disminución en conductas disruptivas presentes en el trastorno. Además, recibieron psicoeducación y entrenamiento en técnicas de psicología positiva, entrenamiento en relajación progresiva, técnicas en habilidades sociales, las cuales han mostrado eficacia en sus diferentes estudios. Y en uso del método economía de fichas aplicado al entrenamiento para padres se logró el establecimiento de normas y rutinas en casa.

En este sentido, Mateu y Sanahuja (2020) llevaron a cabo un estudio en niños de 6 años con TDAH, en quienes implementaron técnicas cognitivo-conductuales como la economía de fichas con el fin de cambiar el comportamiento del menor, paralelamente se ha elaborado un programa de entrenamiento emocional. Además, bajo este estudio se permite evidenciar efectos a las técnicas de regulación emocional sobre reconocimiento e identificación de emociones realizada o patrones conductuales por Fredrickson (2009) dado que se logró manifestar de manera correspondiente sus emociones, en las conductas adquiridas y acceder a enfrentar situaciones estresantes de manera automática.

Mediante el tratamiento aplicado se ha logrado en el menor, apoyarse de herramientas para disminuir su estado pulsional. Como también mantenerse en estado de calma para afrontar situaciones estresantes y establecer mejores relaciones con sus padres. Así mismo, se logró mejoría en las conductas inadecuadas, disminución en actos de agredir deliberadamente a compañeros, reducir expresiones verbales negativas o de amenazas a figuras de autoridad, guardar silencio y reconocer roles y funciones que cada uno ocupa y como se debe dirigir ante ellos. Entender normas, límites e instrucciones en hogar o entorno escolar, reconoce mayormente su cuerpo al entrar en estado de ansiedad o estrés, busca respirar de manera atenta o contraer los grupos musculares cuando hay una activación motriz y pueda devolverse en estado tranquilo para los deberes a asumir.

Los resultados indican que los niños mejoraron sus habilidades para reconocer sus emociones y las de los demás, concluyendo que la implicación de los diferentes entornos aporta a la intervención, respondiendo a las necesidades de forma adecuada, logrando evidenciar la eficacia de las técnicas utilizadas para el tratamiento del TDAH.

Por su parte, Valda et al. (2018), realizaron una investigación con metodología cualitativa en la Universidad Mayor de San Andrés, teniendo como objetivo abarcar o indagar distintas herramientas que aporten a la superación de dificultades en el proceso de aprendizaje de niños diagnosticados con trastorno por déficit de atención e hiperactividad, en las estrategias de conductas implementadas y favorecimiento del aprendizaje implementaron como técnica el ejercicio físico a las rutinas diarias, ejercicio de relajación o meditación, actividades que se relacionen de forma directa con la estimulación cognitiva con el propósito de fortalecer cada uno de los procesos psicológicos afectados por el TDAH y el uso de las técnicas cognitivo-conductuales.

Asimismo, Olivares et al. (2006) en acuerdo con Valda et al. (2018), comprueba el tratamiento cognitivo-conductual con componentes de relajación muscular progresiva, exposición en imaginación y en vivo, adecuados para tratamientos de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, como también el trastorno de ansiedad asociados a síntomas del trastorno de TDAH.

Por último, en cuanto a proyecciones futuras, se debe continuar estudiando a profundidad las variables características del TDAH y TND, en donde también incluya conocimiento a padres, docentes, niños, con información más detallada de los datos formativos y experiencias en la población con niños con TDAH , de tal modo que se adecuen a las necesidades que van surgiendo en la sociedad y en la educación en particular. Considerando los resultados que se han obtenido en el presente estudio y resultados anteriormente realizados en otras investigaciones.

Referencias

- Asociación Americana de Psiquiatría [APA]. (2014). *Guía de consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5. APA.*
- Almeida, L., Ricardo-Garcell, J., Prado, H. y Martínez, R. (2009). Alteraciones estructurales encefálicas en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad: una actualización. Primera parte. *Salud mental*, 32(6), 77-84.
- Badía, I., Pujol, B. y Abril, B. (2006). El pediatra y la familia de un niño con TDAH. *Revista pediátrica de atención primaria*, 8(4), 199-216.
- Barkley, R. y Murphy, K. R. (2011). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A clinical workbook (3rd ed.)*. 35(1),117-130. The Guilford Press.
- Bulacio, M., Vieyra, C., Álvarez, C., & Benatuil, D. (2004). Uso de la psicoeducación como estrategia terapéutica. Universidad de Buenos Aires, *Revista de artículo científico*, Vol. 19, No. 1,1-27. <https://www.redalyc.org/journal/801/80165629008/html/>
- Conde, J., & Viciano, V. (2001). Fundamentos para el desarrollo de la motricidad en edades tempranas. (2seg ed.). *Ediciones Aljibe*.
- Cunill, R. & Castells, X. (2015). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Medicina Clínica, revista clinica de medicina de familia*, 144(8), 370-375.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2015000300006
- Díez, A., Figueroa, A. & Soutullo, C. (2006). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH): comorbilidad psiquiátrica y tratamiento farmacológico alternativo al

metilfenidato. *Revista pediatria de atención primaria*, 8(S4), 35-55.

file:///C:/Users/HP/Downloads/Trastorno_por_deficit_de_atencion_e_hiperactividad.pdf

Fredrickson, B. L. (2009). *Positivity*. [Positividad]. Una investigación innovadora revela cómo aprovechar la fuerza oculta de las emociones positivas, superar la negatividad y prosperar. *Revista de psicología clinica*, (13),172-175. Editores de la Corona/Casa al Azar.
<https://www.redalyc.org/pdf/292/29232614006.pdf>

Guillet, R., & Geneti, J. (1975). *Manual de Medicina del Deporte*. Toray Masson Editorial.

Halperin, J., Trampush, J., Miller, C., Marks, D., & Newcorn, J. (2008). Neuropsychological outcome in adolescents/young adults with childhood ADHD: profiles of persisters, remitters and controls. [Resultado neuropsicológico en adolescentes/adultos jóvenes con TDAH infantil: perfiles de persistentes, remitentes y controles]. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(9), 958-966.

Jacobson E. (1929). Progressive relaxation. [Relajación progresiva]. *University of Chicago Press. Revista de informacion científica*, Vol.6 No.10.
<https://www.redalyc.org/pdf/5517/551757306019.pdf>

Jarque, S. (2012). Eficacia de las intervenciones con niños y adolescentes con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). *Anuario de psicología/The UB Journal of psychology, Revista de articulo científico*, 19-33.
<https://www.redalyc.org/pdf/970/97024524002.pdf>

Koeppen, A. (1993). Relaxation training for children. [Entrenamiento de relajación para niños]. *university of florida press. Revista de informacion científica*, (2), 14-21.
<http://ufdcimages.uflib.ufl.edu/UF/00/09/80/88/00001/relaxationtraini00proe.pdf>

Mateu, L & Sanahuja, A. (2020). Evaluación e intervención en TDAH y TND: Un caso abordado en el contexto escolar. *Revista de psicología clínica*, 7(1), 52-58.

<https://www.revistapcna.com/sites/default/files/1816-2.pdf>

Martin, G. & Pear, J. (1998). *Modification of conduct*. (8. ed.). Pearson Prentice Hall Editorial.

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

<http://200.23.113.51/pdf/25838.pdf>

Olivares, J., Rosa, A. I. & García-López, L. J. (2006). Tratamiento de un adolescente con trastorno de ansiedad generalizada. *Terapia psicológica con niños y adolescentes. Casos clínicos, Revista de psicología clínica*, 105–130.

https://www.revistapcna.com/sites/default/files/7-rpcna_vol.2.pdf

Pineda, D. A., Aguirre-Acevedo, D. C., Puerta, I. C., Pineda, D. E., & Lopera, F. (2006). Utilidad del listado de síntomas para el diagnóstico de trastorno de la atención/hiperactividad en población general y familias antioqueñas. *Psicología desde el Caribe. Revista de artículo científico*, (17), 86-102. <https://www.redalyc.org/pdf/213/21301704.pdf>

Segrin, C., & Taylor, M. (2009). *Social skill Training*. En W.T. O'Donohue, & J.E. Fisjer (Eds.), *General principles and empirically supported techniques of cognitive behaviour therapy*. John Wiley and Sons.

Valda, V., Suñuaga, R., & Coaquira, R. (2018). Estrategias de intervención para niños y niñas con TDAH en edad escolar. *Revista de psicología clínica*, 20, 119-179.

http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S2223-30322018000200010&script=sci_arttext

Willkut E. (2012). The Prevalence of DSM IV Attention- Deficit/Hyperactivity Disorder: A meta-analytic review.[La prevalencia del trastorno por déficit de atención/hiperactividad DSM IV: una revisión metaanalítica]. *Neurotherapeutics*, (9), 490-499.