

TRATAMIENTO COGNITIVO – CONDUCTUAL EN UN CASO CLÍNICO DE TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

Daniela María Cohen Miranda

Universidad Del Sinú Elías Bechara Zainúm, Seccional Cartagena

Resumen

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es un trastorno que se caracteriza por la presencia de tres categorías de síntomas típicos: déficit de atención, hiperactividad e impulsividad. En algunos casos, puede predominar la inatención sobre la hiperactividad-impulsividad o viceversa. En ese sentido, en el presente artículo se desarrolla una propuesta de intervención cognitivo conductual, la cual fue implementada con un niño de 10 años de edad con trastorno de déficit de atención con hiperactividad, quien presenta problemas de comportamiento disruptivo tanto en el ámbito escolar como en el ámbito familiar. Los objetivos del tratamiento se establecieron a partir de la identificación de signos, síntomas, análisis funcional y caracterización de situaciones problemas del paciente a lo largo del proceso de evaluación diagnóstica, con el objetivo de que este pudiese desarrollar habilidades de autocontrol y regulación emocional, a partir del entrenamiento de tres canales de intervención (canal de regulación fisiológica, canal de regulación emocional y canal de entrenamiento en autoinstrucciones (EA)). Los resultados reflejan que se consiguió disminuir la frecuencia de los comportamientos inadecuados y las conductas disruptivas que el paciente presentaba, así como instaurar y potenciar la emisión de las conductas adecuadas, que era el objetivo general que se planteaba al inicio de la intervención.

Palabras clave: déficit de atención, hiperactividad, comportamiento disruptivo.

Abstract

Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is a disorder characterized by the presence of three categories of typical symptoms: attention deficit, hyperactivity, and impulsivity. In some cases, inattention may predominate over hyperactivity - impulsivity or vice versa. In this sense, this article develops a proposal for cognitive behavioral intervention, which was implemented with a 10-year-old child with attention deficit hyperactivity disorder, who presents disruptive behavior problems both in the school environment and in the family environment. The objectives of the treatment were established from the identification of signs, symptoms, functional analysis and characterization of probability situations of the patient throughout the diagnostic evaluation process, with the aim that he could develop skills of self-control and emotional regulation, from the training of three intervention channels (physiological regulation channel, emotional regulation channel and self-instruction training channel (EA). The results reflect that it was possible to reduce the frequency of inappropriate behaviors and disruptive behaviors that the patient presented, as well as to establish and enhance the emission of appropriate behaviors, which was the general objective that was raised at the beginning of the intervention.

Keywords: attention deficit, hyperactivity, disruptive behavior.

Introducción

La definición de trastorno por déficit de atención, con o sin hiperactividad (TDA, TDAH), propuesta por la American Psychiatric Association – APA (1994) lo describe como un trastorno caracterizado por alteraciones de la atención, inquietud psicomotriz y problemas de control de impulsos, con clara interferencia en la vida (familiar, escolar y social) de la persona. De acuerdo

con la American Psychiatric Association (2014), este lo categoriza como un trastorno del neurodesarrollo que se caracteriza por un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad, más frecuente y graves de lo esperado para la edad o el nivel de desarrollo del sujeto. Franquiz y Ramos (2016), definen el trastorno por déficit de Atención con hiperactividad (TDAH) como “un trastorno del cerebro ejecutivo que provoca la incapacidad del niño para inhibir o retrasar sus respuestas, para organizar y controlar su atención, su conducta o sus emociones y para hacer frente a las demandas que se le presentan” (p. 12).

Como se puede ver, según Franquiz y Ramos (2016) el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es un trastorno que se caracteriza por la presencia de tres categorías de síntomas típicos: déficit de atención, hiperactividad e impulsividad. En algunos casos, puede predominar la inatención sobre la hiperactividad- impulsividad o viceversa, por lo cual en el DSM – V se describen los subtipos combinados, con predominio del déficit de atención o con predominio hiperactivo – impulsivo, igualmente, se especifica la gravedad actual del trastorno como leve, moderado y grave.

Teniendo en cuenta lo anterior, existen variaciones en las tasas de prevalencia del trastorno. De acuerdo con la APA (2014), la tasa de prevalencia según las encuestas de población sugiere que el TDAH ocurre en la mayoría de las culturas en aproximadamente el 5 % de los niños y el 2,5 % de los adultos. Según la Organización Mundial de la Salud - OMS (2017), a nivel mundial existe una prevalencia de este trastorno de cinco por ciento, y en el caso de México, sin tener una cifra precisa, se estima que afecta a un millón y medio de niños y niñas menores de 14 años. Por otra parte, hay estudios que las regiones con mayor variabilidad en los rangos de prevalencia son África y Suramérica, que además tienen las mayores cifras de

prevalencia, las cuales de manera general se encuentran muy por encima de la media (Llanos et al., 2019).

Cabe resaltar que, en Colombia, según el estudio de Hoai Danh Pham, publicado en el 2015, al citar el artículo del doctor Pineda del año 2001, Colombia resulta ser el país con la prevalencia de TDAH más alta a nivel mundial, con un 17,1% de la población (Llanos et al., 2019). Por consiguiente, Espina y Ortego (2016) plantean que “la prevalencia más alta se encuentra en el rango de edad de 6-9 años. Más del 80% seguirán presentando el trastorno en la adolescencia, y el 30-65% lo seguirán padeciendo en la vida adulta” (p. 17).

El TDAH se acompaña frecuentemente de otros síntomas o trastornos que pueden agravar el cuadro y dificultar su adecuado diagnóstico y tratamiento (Espina y Ortego, 2016). Así, según Franquiz y Ramos (2016) los trastornos más frecuentes con los que puede coexistir el TDAH son:

- Trastornos de conducta: Trastorno disocial (TD) y Trastorno Negativista Desafiante (TND). La mayor parte de la comorbilidad hallada en los individuos con TDAH se relaciona con problemas de conducta tales como el comportamiento negativista, conductas desafiantes, agresiones y delincuencia (Franquiz y Ramos, 2016).

Los niños con TDAH combinado con un trastorno de conducta presentan mayores problemas emocionales y del comportamiento social, mayor impulsividad y falta de autocontrol (Franquiz y Ramos, 2016).

- Trastornos ansiedad: Según la American Psychiatric Association, (2013) los trastornos de ansiedad ocurren en una minoría de individuos con TDAH, aunque es más frecuente que en la población general. Entre los diferentes tipos de trastornos de ansiedad encontramos: fobias, trastorno de ansiedad generalizada, ansiedad social, por separación, ataques de pánico y el

Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC), siendo los más frecuentes la ansiedad generalizada con alrededor de 45% y ansiedad de separación aproximadamente con el 30% (Franquiz y Ramos, 2016).

- Trastornos del estado de ánimo es destacable la baja autoestima, el pobre autoconcepto y la presencia de depresión, esta última favorecida por una experiencia frustrante y fallida a nivel cognitivo, afectivo y social (Espina y Ortego, 2016).
- Trastornos del aprendizaje: Según Espina y Ortego (2016) las dificultades escolares se manifiestan tempranamente, siendo frecuentes los problemas de lecto–escritura, matemáticas, perceptivo espaciales, motivacionales, y de lenguaje. Espina y Ortego (2016) señalan que en el fracaso escolar que presentan los niños con TDAH es importante tener en cuenta otros factores, como la experiencia afectiva, además de la atención y la memoria, pues existe una gran variabilidad en su rendimiento escolar, dependiendo del ambiente y de su estado de ánimo.

Como consecuencia de los síntomas principales, los niños con TDAH son molestos, agresivos, perturbadores, desafiantes y desobedientes. Así, la falta de habilidad de los padres para entenderlos y establecer pautas educativas adecuadas, dará lugar a un incremento de la frecuencia e intensidad de dichas conductas, produciéndose así un círculo vicioso de desobediencia, castigos, mal ambiente familiar y baja autoestima, llegando en algunos casos a convertirse en formas severas de conducta antisocial (Maciá, 2012, citado por Giménez, 2014). Entre los diferentes tipos de intervenciones psicosociales, el entrenamiento de padres es la estrategia de primera elección para el tratamiento de los problemas de conducta a edades tempranas, menores de 10-12 años (Maciá, 2012, citado por Giménez, 2014). En esta línea, diversos estudios realizados establecen los programas de entrenamiento a padres como un tratamiento eficaz que

persigue el desarrollo de habilidades y técnicas para modificar la conducta de sus hijos en casa, modificando la interacción padres-hijos, con el fin de potenciar la conducta social y disminuir las conductas desadaptativas (Maciá, 2012, citado por Giménez, 2014).

Respecto al tratamiento psicológico cognitivo – conductual del TDAH que ha demostrado una mayor eficacia es aquel que se centra en el niño, en los padres y en la escuela; utiliza programas de entrenamiento a padres y profesores con técnicas operantes tales como reforzamiento, extinción, economía de fichas, coste de respuesta, etc. Además, técnicas cognitivo-conductuales con el propio niño (entrenamiento en autocontrol, resolución de problemas, entrenamiento en autoinstrucciones, etc.) (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica del TDAH, 2017; National Collaborating Centre for Mental Health, 2009; Pelham y Fabiano, 2008).

Descripción del caso clínico

Identificación del paciente

Eduardo es un niño de 10 años que presenta déficit cognitivo leve, trastorno de déficit de atención con hiperactividad y trastorno específico de las habilidades escolares, lectura y escritura. En la actualidad, vive con ambos padres y tiene una hermana menor de 6 años de edad.

Descripción del caso

Eduardo comenzó a tener dificultades académicas y atencionales en el grado transición, evidenciadas por la madre quien en comparación con un familiar (primo), se da cuenta que el estudiante está atrasado. La madre agrega, que las dificultades académicas fueron más visibles en primero de primaria, por tal motivo es valorado por neuropsicología, quien mediante la aplicación

de la escala de inteligencia de Wechsler IV para niños (WISC IV), establece que el menor tiene un CI de 64 (extremadamente bajo) correspondiente a una discapacidad intelectual leve. Por lo tanto, le ordenan una valoración por fonoaudiología, terapia ocupacional y psicología. El niño muestra mejorías en cuanto al manejo de la frustración, irritabilidad y agresividad (TDHA). Durante la pandemia (junio 2020), la madre desescolariza al paciente y se encarga personalmente de la educación del niño. En la actualidad, el estudiante se encuentra escolarizado (Colegio Camino del Saber), persisten algunas dificultades académicas y también presenta irritabilidad, conductas impulsivas, agresivas, baja tolerancia a la frustración, percepción distorsionada de la realidad y dificultades atencionales.

Motivo de consulta

La madre del niño describe el comportamiento del paciente como irritante, impulsivo y agresivo. Refiere textualmente lo siguiente: “Él es un niño que si le pasa algo en la mañana ya se arruina el día, se amarga muy rápido, si está haciendo algo y lo interrumpen se frustra”. En cuanto a las conductas impulsivas manifiesta “Dra. él tiene un temperamento fuerte, cuando coge rabia aprieta las manos, parte el lápiz o le da a la pared, además se pone bien rojo y se va para el cuarto” refiere que, aunque el paciente evita todo contacto con personas (incluyéndose a ella) cuando está enojado, ella lo vigila: “Dra. yo estoy pendiente, me toca asomarme para ver que está haciendo porque uno nunca sabe que pueda hacer”.

La educadora diferencial por su parte manifiesta que cualquier evento es un detonante para generar una conducta inadecuada, además refiere que es disperso, tiene comportamientos paranoicos, agresivo y presenta dificultades académicas. La educadora diferencial comenta lo siguiente: “por ejemplo, él un día llegó enojado porque no durmió bien por su abuela, ya eso le dañó el día” y agrega “él cuando está enojado comienza a partir los lápices, se puya las manos,

tira las cosas al piso y a veces dice vulgaridades como “maldito”. Además, expresa frases hacia sus compañeros como: “me están leyendo la mente” o “me están espiando”.

Metodología

La evaluación del caso se realizó durante 5 sesiones, en las que participaron los padres de familia, el equipo interdisciplinar del colegio liderado por la educadora diferencial, el psiquiatra y el niño. Además, se utilizaron varios instrumentos tales como: entrevistas semiestructuradas, examen mental al paciente, registro de observación conductual y la tabla de validación de criterios diagnósticos de TDAH según el DSM –V.

Entrevista semiestructurada a padres de familia:

En la primera sesión se realiza entrevista semiestructurada a padres de familia para recolectar información detalladamente de la historia clínica del paciente desde sus inicios hasta la actualidad (Morrison, J. y Flegel, K. 2018). Además, revela aspectos relacionados con el desarrollo del niño, antecedentes significativos en el área familiar, social, académico, afectivo, etc. Igualmente, se establece el motivo de consulta y la descripción de la problemática actual del paciente. La madre es quien está a cargo del cuidado del niño desde el año pasado, ya que debido a la pandemia trabaja desde casa. La relación familiar es armónica y ambos padres participan activamente en la crianza del niño. Se evidencia antecedentes psiquiátricos en algunos miembros de la familia, la abuela materna del paciente sufre de esquizofrenia y algunos familiares del padre tienen patologías similares. Durante la entrevista, se establece como compromiso el diligenciamiento y firma del consentimiento informado y el acompañamiento a padres de familia para la observación en ambiente natural.

Entrevista semiestructurada a la docente diferencial:

Se realiza entrevista semiestructurada con docente diferencial para indagar sobre el proceso de adaptación escolar, desempeño académico, conductual y procesos cognitivos, específicamente el atencional. Además, permitió evaluar la problemática actual y establecer de manera clara las hipótesis preliminares del caso. Durante la entrevista la educadora diferencial realiza una breve descripción de la problemática actual de evaluado: Se refiere que es disperso, tiene comportamientos paranoicos, agresivo e irritables. Comenta que cualquier situación desagradable, tiende a ser un detonante para que se comporte mal (ira, rabia, indisposición). Se establece como compromiso, la realización del plan de intervención por parte de la terapeuta, la aplicación del registro conductual en el colegio por parte de la educadora diferencial y la observación e intervención con el paciente para contextualización del ambiente escolar. Los padres de familia y la educadora diferencial coinciden en afirmar que los detonantes hacen que el paciente presente frecuentes cambios de humor, cualquier detonante puede hacer que el estudiante se muestre rabioso, irritado y frustrado, lo cual afecta las relaciones interpersonales con los demás.

Entrevista semiestructurada al psiquiatra:

Se realiza una descripción general del caso del paciente y el tratamiento sugerido de acuerdo al trastorno presentado (TDAH). Cabe resaltar que en una evaluación anterior se especifica un déficit cognitivo, sin embargo, el profesional de la psiquiatría recomienda realizar revaloración de CI, ya que en la práctica no aparenta tener déficit cognitivo.

Entrevista de exploración inicial con el niño:

Se realiza entrevista inicial con el paciente, con el fin de establecer una alianza terapéutica positiva, recabar información (motivo de consulta) e intervenir terapéuticamente. Durante la entrevista inicial de exploración se observaron características generales del paciente. Además, se utilizaron técnicas como la observación directa y actividades psicopedagógicas como “el zoológico” donde se socializaron los datos curiosos de algunos animales. El paciente se muestra cordial y agradable y a medida que se van estableciendo vínculos con el terapeuta, es más expresivo. Participa activamente de la actividad, siendo capaz de recordar los aspectos más significativos de esta. Es receptivo y atiende a las explicaciones y manifiesta sentirse a gusto y recibe con buena actitud las aclaraciones e indicaciones que da la madre. Presenta excelente disposición, participa activamente de la actividad y atiende a las explicaciones dadas. En ocasiones se muestra muy disperso, a veces hace contacto visual, y presenta dificultades de articulación y pronunciación de palabras. Comprende y responde las preguntas con apoyo, presenta bajo nivel del vocabulario y su lectura es silábica.

Examen mental

Teniendo en cuenta lo descrito en el manual de psiquiatría “Humberto Rotondo” (2da edición, 1998), El examen mental carece de los procedimientos estereotipados del examen físico. Importa más la habilidad del examinador para adaptarse al paciente y a la situación creada por la sintomatología o enfermedad de éste (Perales, A. 1998).

El paciente se ubica en tiempo, espacio y persona, sin evidencia de alteraciones sensorio-perceptivas. La actitud es adecuada, es participativo, colaborador y amigable. Responde a las preguntas de manera autónoma, sin embargo, en ocasiones se requiere apoyo por parte del

acudiente ya que presenta dificultades en el lenguaje verbal (articulación). Presenta dificultad para establecer contacto visual mientras habla y en algunas ocasiones utiliza palabras en una oración sin sentido. Su atención es poco sostenida al mantener una conversación, pero selectiva cuando se le presentan estímulos visuales que le llaman la atención.

Su apariencia personal adecuada, acorde a su género, muy bien cuidado y su vestimenta corresponde a su edad cronológica. No evidencia pensamientos clínicamente significativos o alteraciones de conducta.

Registro de observación de conductas:

El registro de observación permitió obtener información conductual del estudiante en casa y colegio, ya que fue diligenciado en ambos lugares por las personas responsables de este.

El registro de observación de conductas, es un registro conductual que tiene como objetivo según Losada, J & Leiva, D. (2016), “identificar regularidades conductuales, desarrolladas en el tiempo, con el objetivo de estudiar la conducta de forma cuantitativa”. lo cual permitirá realizar el análisis topográfico de la conducta (véase figura 1).

Tabla de validación de criterios diagnósticos de TDAH según el DSM –V:

Se realiza el diligenciamiento de la tabla de validación de los criterios diagnósticos asociados al TDAH, según el DSM-V con opción de respuesta dicotómica. Esta tiene como objetivo validar síntomas clínicamente significativos relacionados con el trastorno del paciente. La tabla de validación se realizó con los padres de familia.

REGISTRO CONDUCTUAL								
NOMBRE: _____			SEMANA: _____					
ANTECEDENTES			CONDUCTA			CONSECUENCIAS		
¿DONDE ESTÁ?	¿CON QUIEN ESTÁ?	¿QUÉ OCURRE ANTES?	¿QUÉ HACE?	¿FRECUENCIA?	¿INTENSIDAD? 0 A 10	¿QUÉ HACEN LOS PADRES O EL PROFESOR?	¿QUÉ HACE EL NIÑO?	¿QUÉ HACEN LOS DEMÁS?

FIRMA DEL OBSERVADOR: _____.

Figura 1: Registro conductual.

Análisis funcional

El estudio del análisis funcional permitió identificar las variables antecedentes y consecuentes que controlaban y mantenían las conductas problema. En la Figura 2 se presenta la representación gráfica del análisis funcional del caso sobre los problemas del paciente, lo cual permitió recabar información para plantear los objetivos de la intervención terapéutica, identificar las condiciones que mantienen el comportamiento y seleccionar los medios más útiles para producir los cambios deseados y valorar, posteriormente, los resultados alcanzados.

Se evidencia, que cuando los padres del paciente demandan el cumplimiento de rutinas, reglas, normas, límites o una actividad específica que no le agrada, evita realizarlas, mostrando rebeldía, comportamientos desafiantes y agresivos. Ante estas situaciones, sus padres realizan llamados de atención y utilizan el maltrato físico como método correctivo, sin embargo, este continúa reincidiendo en las mismas conductas disruptivas. Dado que las acciones anteriormente

mencionadas no han sido eficaces para ellos, prefieren dialogar con el niño y reflexionar acerca de la situación, evitan los castigos, las agresiones físicas o los llamados de atención fuerte, ya que consideran que hablando pueden llegar a buenos términos y se evitan situaciones estresantes para ellos. Son conscientes que en ocasiones ceden a las pretensiones de él y termina haciendo lo que él quiere, lo cual se considera un mantenedor importante en la dificultad para acatar órdenes o cumplir con las normas establecidas.

Hace poco ocurrió una situación en el colegio que alarmó a los padres porque nunca se había presentado antes, refieren que el niño empezó a manifestar un vocabulario soez e inadecuado a sus compañeros porque diferían de la opinión de él, lo cual conllevó a un llamado de atención por parte de los profesores y coordinación.

En el colegio se muestra bastante disperso, tiene comportamientos paranoicos, agresivos e irritables. La educadora diferencial comenta que cualquier situación desagradable tiende a ser un detonante para que se comporte mal (ira, rabia, indisposición). Refiere que generalmente viene así desde casa, por ejemplo, hace poco llegó al colegio muy enojado porque no pudo dormir bien en la noche y así permaneció todo el día. Si los compañeros están hablando, piensa que están hablando mal de él o que le están leyendo la mente y cuando está molesto se torna agresivo y empieza a tirar las mesas y las sillas, rompe los lápices y se autoagrede (se puya con los lápices). La educadora comenta que cuando presenta comportamientos inadecuados o conductas disruptivas se dirige hacia coordinación, donde le realizan un llamado de atención.

Dentro de los antecedentes históricos se puede indicar que el paciente presenta déficit cognitivo leve, trastorno de déficit de atención con hiperactividad y trastorno específico de las habilidades escolares, lectura y escritura, lo que preocupa mucho a los padres y por lo que, en consecuencia, durante años han visitado a varios especialistas.

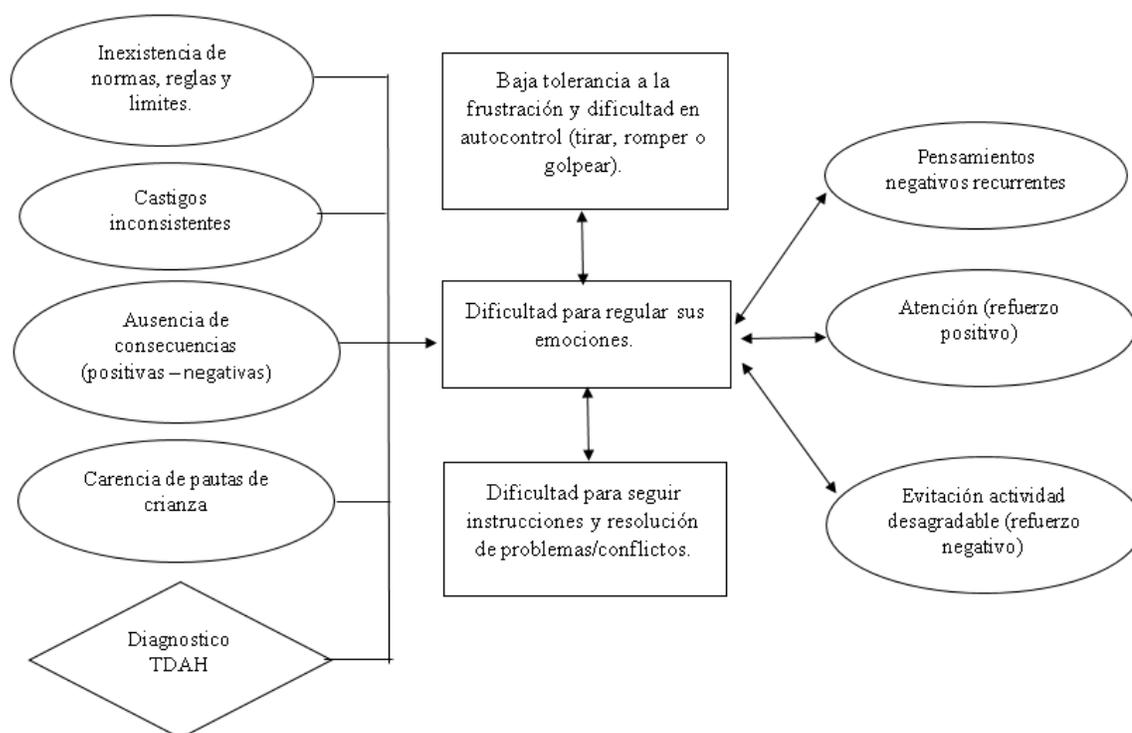


Figura 2: Representación gráfica del análisis funcional del caso.

Aplicación del tratamiento

En función de los datos proporcionados por la evaluación, se llevó a cabo una intervención cognitivo-conductual en la que se trabajó con el niño, los padres de familia y educadores. El tratamiento se llevó a cabo en un total de 23 sesiones, con una duración total de la intervención de aproximadamente 3 meses. Así, 13 sesiones fueron con el paciente, 5 sesiones con los padres de familia y 5 con la educadora diferencial, el psiquiatra y la psicóloga. La frecuencia de las intervenciones con el paciente fue de una sesión semanal, aunque en algunas ocasiones se realizaron dos encuentros por semana. Cabe resaltar que, las sesiones se realizaron de manera presencial y virtual de forma continua y permanente (incluso en vacaciones de junio), con una duración aproximada de 60 minutos cada una.

Los objetivos planteados durante las sesiones se establecieron mediante tres canales de intervención a trabajar con el paciente: canal de regulación fisiológica, canal de regulación emocional y canal de entrenamiento en autoinstrucciones (EA). Desde el canal de regulación fisiológica se estableció como objetivo general, facilitar herramientas que le permitan al paciente aprender técnicas para la regulación fisiológica y de autocontrol, con el fin de realizar ejercicios de tensión y distensión de los distintos grupos de músculos, y como objetivos específicos se encuentra: 1. Enseñar al paciente a tensionar y a relajar los músculos a través de ejercicios de relajación, que le permitan desarrollar su inteligencia emocional y mejorar su calidad de vida, 2. Psicoeducar a padres y educadores en técnicas de relajación, respiración y estrategias de autocontrol como la técnica de la tortuga. Por otra parte, el objetivo general en el canal de regulación emocional fue promover habilidades socioemocionales en el paciente que le permitan tener una expresión emocional adecuada ante las situaciones donde presente frustración o emociones desagradables como la tristeza, rabia, ira, enojo, etc. Dentro de los objetivos específicos se encuentran los siguientes: 1. Identificar y reconocer en el paciente, tanto las propias emociones como los de los demás, 2. Permitir que el paciente use las emociones para facilitar el pensamiento cuando razona o soluciona una situación específica o cualquier problema que se le presente, 3. Motivar al paciente a entender las emociones, el lenguaje emocional y los signos emocionales de él mismo y de los demás, 4. Enseñar al paciente a gestionar las emociones propias y ajenas, moderando las emociones negativas e intensificando las positivas y, 5. Entrenar a padres y educadores en técnicas operantes para incrementar o eliminar conductas como el refuerzo positivo y castigo negativo (tiempo – fuera). Por último, en el canal de entrenamiento en seguimiento de auto instrucciones, se establece como compromiso generar estrategias para el entrenamiento de auto instrucciones paso a paso y resolución de conflictos, a través de la técnica de modelado, lo cual le permita al paciente desenvolverse de manera adecuada con los demás.

Como objetivos específicos se establecieron: 1. Enseñar al paciente, padres y educadores estrategias para el entrenamiento de auto instrucciones y resolución de problemas, 2. Entrenar al paciente en la técnica del modelado para el desarrollo de habilidades y competencias sociales, 3. Psicoeducar a padres y educadores para la aplicación de la técnica de economía de fichas con el paciente.

Desde la *sesión 1 hasta la 5*, se realizó la evaluación del caso, en las cuales participaron los padres de familia, el equipo interdisciplinar del colegio liderado por la educadora diferencial, el psiquiatra y el niño. Cabe resaltar que, como se mencionó anteriormente, para la evaluación se utilizaron los siguientes instrumentos:

- Entrevistas semiestructuradas.
- Examen mental al paciente.
- Registro de observación conductual.
- Tabla de validación de criterios diagnósticos de TDAH según el DSM –V.

Sesión 6 y 7: psicoeducación con los padres de familia y el niño. Inicialmente se explica el análisis funcional del caso a los padres y se les proporciona información sobre el concepto, características etiología, pronóstico y tratamiento del TDAH. Luego, se especifican las conductas disruptivas más relevantes a modificar en el ambiente familiar. Para tener constancia sobre la evolución de las conductas disruptivas del niño en casa, se estableció como tarea a los padres de familia el diligenciamiento del registro de observación conductual, para poder medir la frecuencia, duración e intensidad de las conductas disruptivas o los comportamientos inadecuados. Además, se le brinda información al niño sobre su problema y las consecuencias del mismo y se proporcionan orientaciones acerca del cumplimiento a las reglas, normas y límites que debe cumplir en el ambiente familiar y escolar.

Sesión 8: situación especificada por la madre. Se enfatiza en una situación presentada previamente y notificada por la madre, quien solicita dialogar con el paciente. El niño refiere que el día anterior se encontraba viendo una película de terror con un primo y la hermana, pero esta última no la quería ver porque le daba mucho miedo, pero él sí la quería ver. Agrega, que su madre lo regañó, ya que por más que se le pidió que conciliaran, el niño se negó por completo, a tal punto de ofuscarse y tirar las cosas que encontraba a su alrededor. Teniendo en cuenta lo anterior, se realiza una actividad denominada “el respeto en casa” y se le pide al niño que, de acuerdo a la situación ocurrida en casa, identifique el problema o conflicto, luego que reconozca sus emociones y las de los demás, después genere soluciones o alternativas para resolver el problema, escoja o apruebe una solución adecuada, recuerde los pasos y finalmente evalúe lo ocurrido como alternativa de mejora. Cabe resaltar que, la situación presentada en casa, fue descrita en el registro conductual del paciente.

Sesión 9: Socialización del plan de intervención a padres de familia. Se realiza reunión con los padres de familia para la socialización del plan de intervención del niño. Inicialmente, se especifican los problemas blancos del paciente y luego se socializa el plan de intervención. Cabe resaltar que, dadas las necesidades del paciente se van a trabajar bajo tres canales de intervención: el primero el canal fisiológico, luego el canal de regulación emocional y por último el canal de seguimiento de auto instrucciones.

El canal fisiológico, se trabajará mediante las técnicas de relajación de Koeppen citado por Mansilla (2020), las cuales están diseñadas de una forma breve, sencilla y lúdica, pensada especialmente para niños. Esta técnica consta de 8 ejercicios de relajación, los cuales fueron divididos en tres grupos:

Grupo 1: manos, antebrazos y brazos.

Grupo 2: Frente nariz y mandíbula.

Grupo 3: Cuello, hombro, estomago, piernas y pie.

Por otro lado, está el canal de regulación emocional, el cual consta de cuatro habilidades:

- Percepción emocional.
- Asimilación emocional.
- Comprensión emocional.
- Regulación emocional.

Finalmente, se socializa el canal de seguimiento de autoinstrucciones, el cual se trabajará por medio del entrenamiento en resolución de problemas y la técnica del modelado. Los padres de familia se encuentran de acuerdo con el plan de intervención y no realizan ninguna pregunta.

Sesión 10, 11, 12 y 13: Entrenamiento al niño en el canal fisiológico. Durante estas sesiones se trabaja con el niño el canal fisiológico, a través de las técnicas de relajación de Koeppen, las cuales consisten en la realización de ejercicios de tensión y relajación de los diferentes grupos musculares para alcanzar un estado de bienestar general. Inicialmente, se realiza la socialización de cada uno de los ejercicios y se le especifica que cada grupo muscular se estará trabajando en cada una de las sesiones siguientes de esta forma:

Grupo 1. Manos, antebrazos y brazos: la intervención se realiza de manera virtual, se le explica al paciente que durante la sesión se trabajará el primer grupo muscular que comprende manos, antebrazos y brazos. Se le solicita al paciente ubicarse en un lugar adecuado donde pueda

estar bien sentado y libre de ruido. Además, se sugiere para la próxima sesión utilizar ropa cómoda. Se realizan los siguientes ejercicios:

- El juego del limón (manos y brazos).
- El gato perezoso (brazos y hombros).

Grupo 2. Frente nariz y mandíbula: Durante esta sesión virtual, se trabaja el segundo grupo muscular que comprende frente, nariz y mandíbula a través de los siguientes ejercicios:

- La tortuga escondida (hombros y cuello).
- Jugando con un chicle enorme (mandíbula).

Se utilizan ejercicios de visualización como complemento de la intervención.

Grupo 3: Cuello, hombro, estomago, piernas y pie: De acuerdo al plan de intervención establecido, en esta sesión se trabaja el tercer grupo muscular. Los ejercicios son los siguientes:

- El elefante despistado (estómago).
- La cerca (estomago).
- Caminamos por el barro (pies y piernas).

Durante la sesión, el paciente presenta excesiva inquietud motora, distracción y poca disposición para la realización de la actividad argumentando que los ejercicios eran muy difíciles para él. Se recomienda continuar con el entrenamiento de estas técnicas de relajación en casa.

Cabe resaltar que, en cada una de las sesiones se inicia la intervención haciendo una retroalimentación de los ejercicios trabajados en las sesiones anteriores. Se evidencia que el paciente recuerda el procedimiento de cada uno de ellos y muestra su interés en realizar el

entrenamiento con el tercer grupo muscular. Además, se le permite a un miembro del grupo familiar (hermana) participar de la actividad con el niño.

Sesión 14, 15, 16 y 17: Entrenamiento al niño en el canal emocional. En las siguientes sesiones se desarrolla con el niño el canal emocional, a través del modelo de Salovey y Meyer donde se propone que la inteligencia emocional está formada por cuatro habilidades las cuales se desarrollan cada una en una sesión (Miñaca et al., 2013).

Percepción emocional: Se realiza intervención para abordar el tema de las emociones. Inicialmente, se le pide al niño que identifique las emociones a través de las siguientes preguntas: ¿Qué son las emociones? ¿Cuáles son las emociones básicas? ¿Qué significan cada una de las emociones?

Con apoyo de recursos didácticos como flashcards y diapositivas se le explica el significado de cada emoción y en qué situaciones las sentimos. Por ejemplo: la alegría la sentimos cuando ocurre algo agradable para nosotros, cuéntame ¿Cuándo te has sentido feliz? Y ¿Qué sensación te produce la alegría? Paciente: el día de mi cumpleaños sorpresa me sentí muy feliz porque me regalaron mi juguete favorito. De esta manera se realiza el ejercicio con cada emoción. Finalmente, se le pide que represente a través de un dibujo, la emoción de la rabia o enojo, tristeza y miedo (cada uno en una hoja).

Asimilación emocional: al iniciar la sesión se realiza una retroalimentación de lo abordado anteriormente. El niño es capaz de identificar las emociones trabajadas (alegría, tristeza, enojo o rabia, miedo, sorpresa y asco). Luego, se realiza la socialización a partir de un cuento llamado “el monstruo de las emociones”, el cual narra la historia de varios monstruos que representan una emoción y al que el niño deberá colocarle un nombre, un color, un olor y un

sabor como producto de su imaginación para completar la historia. Al finalizar, el niño habrá construido una historia, poniendo a prueba sus pensamientos, sentimientos y emociones. La actividad se desarrolló con apoyo de diapositivas. Para finalizar, se realiza un juego de preguntas interactivo en donde se le presenta al niño una situación y este debe seleccionar la respuesta de acuerdo a lo que siente o piensa. Cabe resaltar que en esta actividad no hay respuestas incorrectas, ya que las respuestas van a depender de la habilidad que tenga el niño para razonar o solucionar una situación de acuerdo a la emoción que sienta en el momento.

Comprensión emocional: durante esta sesión, se inicia con la visualización de un video cuento llamado “la decisión de Marina”, la cual narra la historia de un niño con discapacidad que es señalado y rechazado por sus compañeros de clase. Luego, se le pide a el niño que realice una reflexión y comparta su opinión acerca de la situación presentada en la historia. Después, se realiza una actividad lúdica llamada juego de roles en donde el niño va a representar a un profesor, el cual deberá presentar posibles soluciones a situaciones que se le vayan presentado como si tuviese el rol del profesor en ese momento. Durante la intervención, el niño es capaz de comprender, reflexionar y presentar soluciones adecuadas a las problemáticas presentadas en el momento.

Regulación emocional: en esta sesión se le presentan al niño diferentes situaciones de la vida cotidiana y se le pide que, a partir del análisis y comprensión realizado, identifique las emociones, argumente el por qué se presentan, exponga posibles alternativas o soluciones y realice una reflexión final.

Sesión 18 y 19: Entrenamiento en seguimiento de auto instrucciones y resolución de conflictos. El entrenamiento en autoinstrucciones fue diseñado por Meichenbaum (1969) con el objetivo de instaurar o modificar el dialogo interno cuando lo que el individuo (niño o adulto) se

dice a sí mismo supone una interferencia en la ejecución de una tarea específica, o bien presenta dificultades para abordar adecuadamente una situación.

En el caso de los niños, el EA suele comenzarse por el aprendizaje de instrucciones concretas relacionadas con una tarea específica que se va a realizar para, posteriormente, pasar a un entrenamiento en autoinstrucciones más generales o abstractas que, en realidad, son reglas que pueden aplicarse a diferentes tareas, situaciones o acciones, y que se corresponden con los pasos del entrenamiento en solución de problemas (Meichenbaum y Goodman, 1971).

En la etapa final del plan de intervención, se realizó psicoeducación con el niño, en donde se le proporcionó información sobre el entrenamiento en autoinstrucciones, y después se practicó mediante ejercicios para posteriormente poder incorporar lo aprendido a situaciones de la vida diaria.

En esta sesión, se aborda la técnica de solución de problemas, la cual parte del hecho de que las personas somos solucionadores de problemas y que hay diferencias individuales en esta habilidad. En su formulación inicial D'Zurilla y Goldfried (1971) establecían cinco fases para el entrenamiento específico de solución de problemas:

1. Orientación general
2. Definición y formulación del problema.
3. Generación de alternativas de solución.
4. Toma de decisiones.
5. Verificación.

Esta técnica se trabajó por medio de situaciones hipotéticas, ante un posible problema se debía buscar distintas alternativas de posibles soluciones, hacer una valoración de cada

alternativa y poner en funcionamiento la más eficaz. Cabe resaltar que para resolver las situaciones, el niño debía poner en práctica las fases para el entrenamiento en solución de problemas.

Sesión 20: Entrega de reconocimiento al niño. Durante esta sesión se realiza evaluación del proceso de intervención llevado a cabo con el paciente. Se reconocen las habilidades y potencialidades del evaluado, así como también su entrega y compromiso durante cada una de las sesiones realizadas. Por otra parte, el sujeto realiza su autoevaluación y con el terapeuta se establecen compromisos de mejora. Finalmente, se entrega diploma como reconocimiento a su esfuerzo, compromiso y dedicación para con el proceso terapéutico.

Sesión 21 y 22: Psicoeducación con los padres de familia y educadora diferencial. En estas sesiones se realiza entrenamiento a los padres en técnicas operantes de modificación de conducta y estrategias psicopedagógicas a utilizar en casa o colegio. Respecto a las técnicas operantes, se seleccionaron, por un lado, el refuerzo positivo para fortalecer las conductas adecuadas ya existentes; y, por otro lado, el castigo negativo y el tiempo fuera para reducir la frecuencia y/o eliminar las conductas desadaptativas que el niño presentaba. Igualmente, se comparte información acerca de las técnicas de respiración y relajación (respiración profunda, respiración abdominal o diafragmática y relajación progresiva), técnica del modelado, técnica de entrenamiento en autoinstrucciones y resolución de conflictos. Además, se socializan algunas estrategias psicopedagógicas como la técnica de la tortuga, el semáforo y la economía de fichas.

Para terminar, los padres de familia y la educadora diferencial realizan una evaluación del proceso, teniendo en cuenta el antes y el después del plan de intervención. Se resalta que los resultados obtenidos son positivos.

Sesión 23: seguimiento al niño. En esta sesión los padres de familia rinden un breve informe acerca del estado actual del niño. Resaltan, los avances significativos que ha tenido en cuanto a su comportamiento y conducta. Presentan sus agradecimientos y se hace envío por parte del terapeuta de algunas recomendaciones para tener en cuenta en casa.

Resultados

A continuación, se muestran los resultados obtenidos de las técnicas utilizadas, por medio de una comparación global del pre - tratamiento y post – tratamiento, teniendo en cuenta los objetivos de intervención propuestos de acuerdo a las entrevistas con referentes, los registros de observación de conductas y los cuestionarios diligenciados por los padres de familia y la educadora diferencial en representación del colegio.

Con base en lo anterior, se puede observar que, en el primer objetivo relacionado con las habilidades de autocontrol, se presenta un descenso significativo en cuanto a la baja tolerancia a la frustración y a las conductas disruptivas presentadas por el paciente en casa, como romper o tirar los objetos que se encuentran a su alrededor (véase figura 3). Los padres de familia indican que, aunque la intensidad de las respuestas violentas o agresivas con los objetos ha disminuido, aún persisten, pero en menor intensidad, lo cual representa un avance en el proceso. Es importante señalar que, aun cuando en el colegio se evidencian conductas autolesivas en el paciente (véase figura 4), en el ámbito familiar no se reflejan comportamientos de este tipo.

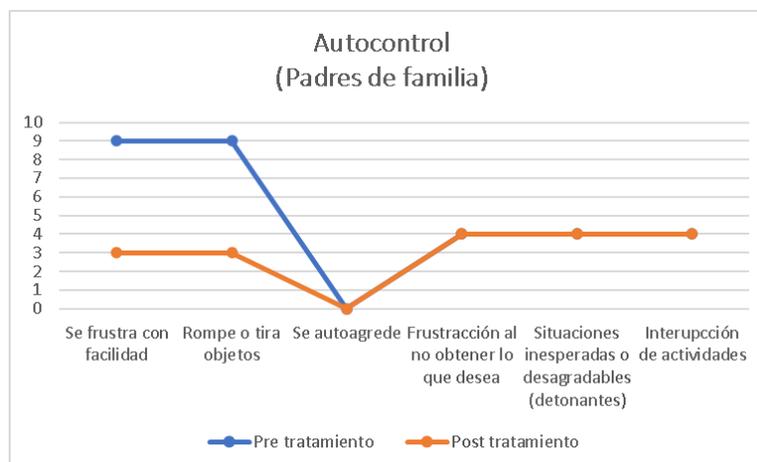


Figura 3: Resultados de Autocontrol (padres de familia).

En cuanto al manejo de la frustración, más específicamente cuando al paciente las cosas no le salían como lo esperaba o no obtenía lo que deseaba, se evidencia una leve mejoría en el colegio (véase figura 4), ya que el paciente era capaz de mantener un poco más el autocontrol en ese tipo de situaciones, dado el manejo adecuado de la docente en donde se redireccionaba el comportamiento negativo a través de unas órdenes que el paciente debía seguir, contrario a lo que ocurría en el ámbito familiar, donde ante la carencia de pautas de crianza, el paciente actuaba según su voluntad.

Se puede observar que siguen siendo las situaciones inesperadas o desagradables (véase figura 4), las causas principales para que el paciente emita una conducta disruptiva o un comportamiento negativo inmediatamente en el ambiente escolar y familiar, actuando como un detonante, en el que no ejerce el control, por lo cual se mantiene el problema.

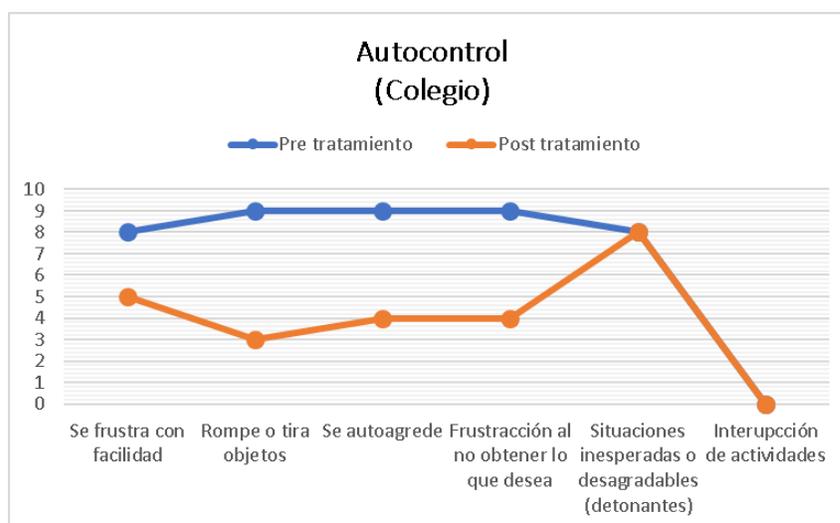


Figura 4: *Resultados de Autocontrol (colegio).*

Con respecto al segundo objetivo de regulación emocional, se observa una progresiva disminución de las respuestas emocionales del paciente (véase figura 5). En cuanto a la presencia de rabia, irritabilidad o cambios de humor frecuentes, los padres de familia indican que ha mejorado mucho. Refieren que anteriormente (pre – tratamiento) eran constantes los episodios de rabia, ira y enojo por parte del paciente, cualquier situación era un detonante para la emisión de una conducta disruptiva o de una respuesta fisiológica como apretar las manos o ponerse demasiado rojo, sin embargo, en la actualidad se evidencia que el paciente es más consciente de la emoción que siente, la asimila y la regula a través de estrategias como las técnicas de respiración aprendidas durante el tratamiento con los padres de familia. Cabe resaltar que, en el ambiente familiar la emisión de respuestas agresivas con los demás y el vocabulario inadecuado se encuentran ausentes (véase figura 5) a diferencia del ambiente escolar.

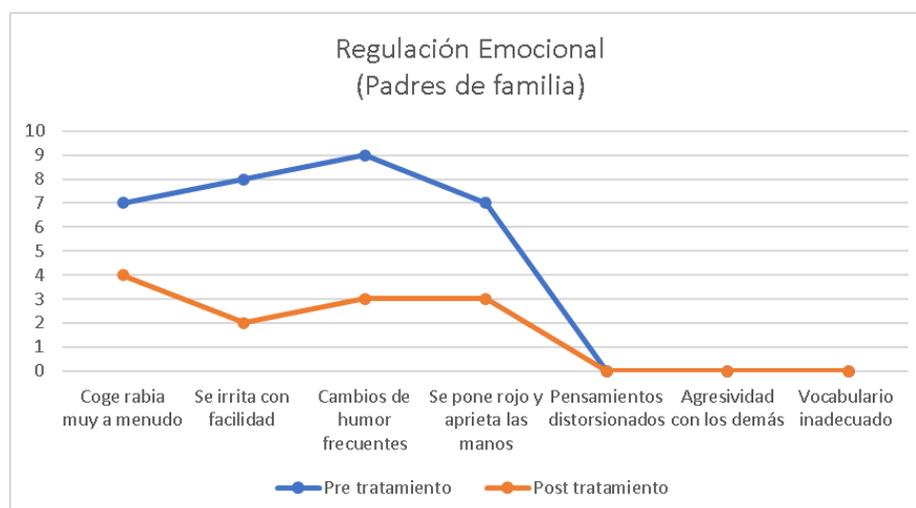


Figura 5: *Resultados de regulación emocional (padres de familia).*

Es importante aclarar que, en el colegio la emisión de respuestas violentas y/o agresivas son más frecuentes, por lo tanto, se presenta una ligera disminución de la frecuencia, duración e intensidad de las conductas disruptivas (véase figura 6), ya que el paciente se encuentra en constante interacción con los demás y cualquier situación que se presente es un detonante, debido a que este presenta constantemente pensamientos distorsionados, lo cual hace que el estado emocional de rabia o enojo permanezca en el paciente todo el día y le imposibilite la realización de actividades o compromisos escolares, lo que conlleva a que su rendimiento académico se vea afectado.

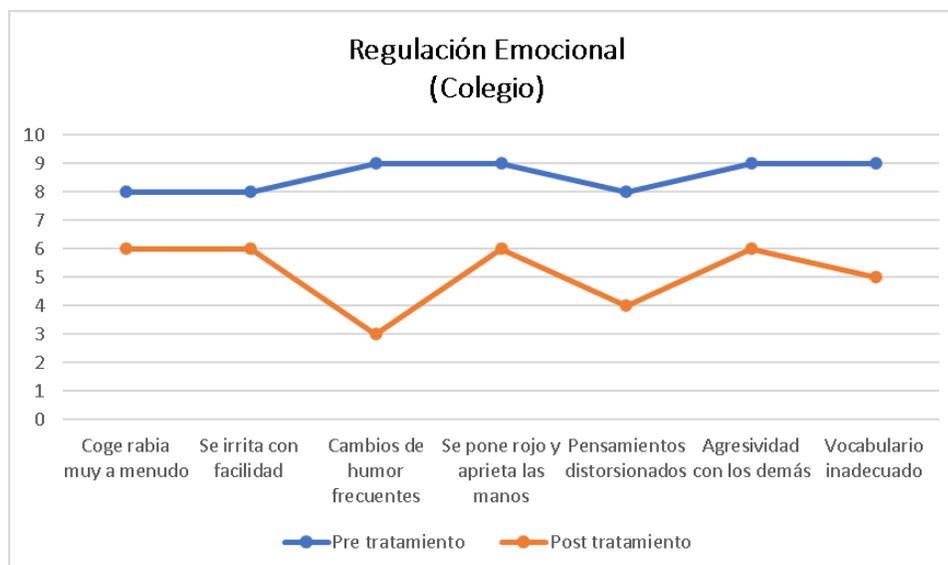


Figura 6: *Resultados de regulación emocional (colegio).*

Además, se observa cómo en el colegio se reflejan respuestas fisiológicas como pegar, empujar o en ocasiones mencionar palabras inadecuadas a los compañeros. Cabe resaltar que, de acuerdo a lo descrito por la docente diferencial, generalmente estos comportamientos se evidencian hacia niños con edades menores a la de él y las conductas no son frecuentes.

Finalmente, en el tercer objetivo de seguimiento de instrucciones, se observa una disminución en los síntomas asociados a el acatamiento de órdenes, la distracción y la resolución de conflictos en el ambiente familiar (véase figura 7). Se resalta que, aun cuando los resultados no son los esperados, ya que se pretendía disminuir la frecuencia e intensidad de los síntomas por debajo del índice 4, el paciente ha generado cambios significativos con relación a su actitud, disposición y motivación, debido a la gran colaboración por parte de los padres con el tratamiento y a que al principio de las sesiones se trabajó la empatía con el niño para crear un clima de confianza adecuado que permitiese cumplir con los objetivos establecidos.

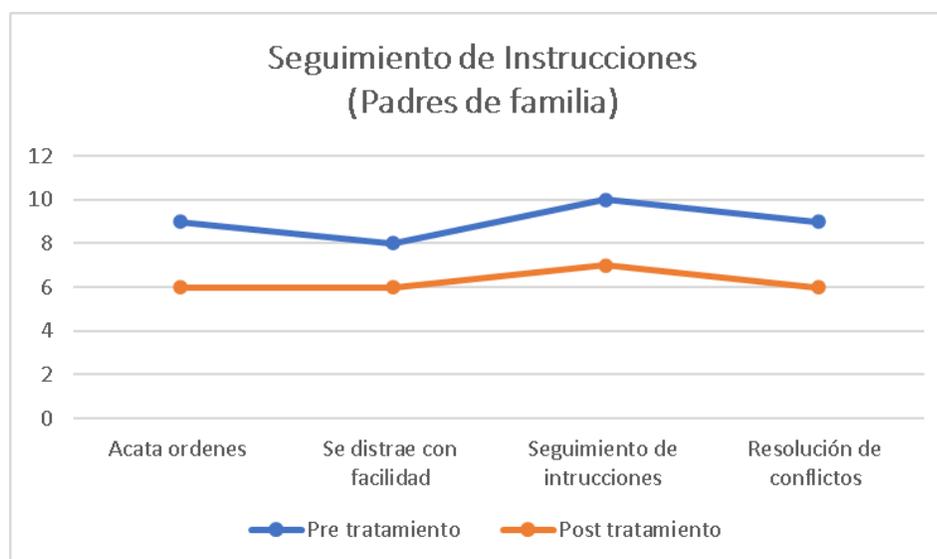


Figura 7: Resultados de seguimiento de instrucciones (padres de familia).

Igualmente, se destaca que la disminución de los comportamientos inadecuados y las conductas disruptivas en casa son debido a la nueva instauración de hábitos saludables, rutinas diarias, reglas, normas y a la utilización de técnicas de modificación de conducta (refuerzos - tiempo fuera – economía de fichas) de los padres sobre el niño.

En el contexto escolar, se ve cómo el criterio de acatamiento de ordenes no se puntúa (véase figura 8), teniendo en cuenta lo manifestado por la educadora diferencial, el niño no presenta ningún tipo de dificultad con este ítem. Por otra parte, es necesario señalar-que en cuanto a los otros criterios, se presenta una leve disminución y en el caso particular del criterio asociado con la resolución de conflictos se mantiene con la misma puntuación de 8 (véase figura 8), lo cual no lleva a realizar una reflexión y a sugerir a los padres de familia, la continuación del tratamiento enfocado en los ítems que no presentaron cambios en su puntuación de acuerdo a la evaluación realizada.

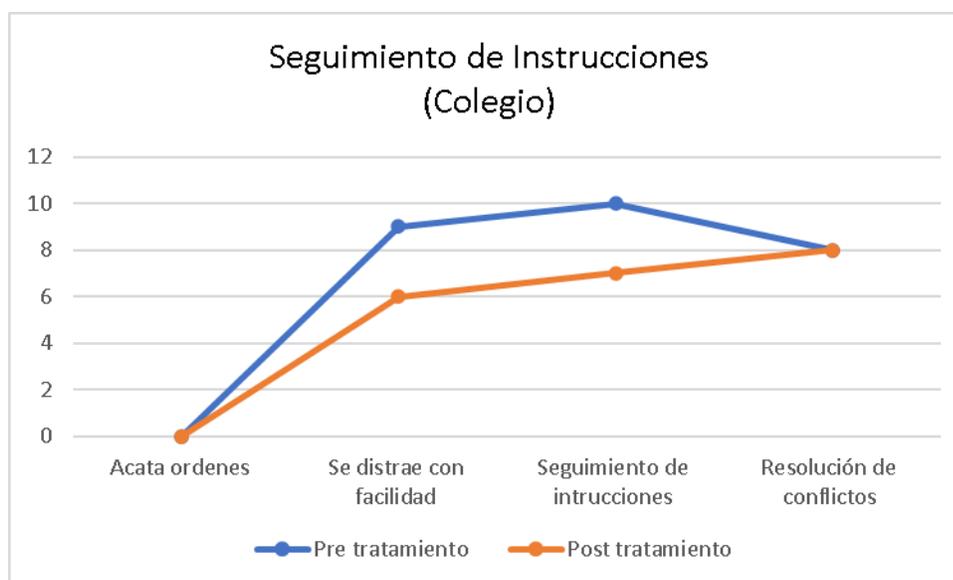


Figura 8: Resultados seguimiento de instrucciones (colegio).

Para finalizar, se puede notar que de manera general se evidencian avances en el paciente en su ambiente familiar, esto puede ser explicado debido a que la intervención realizada se dio en gran medida en el contexto familiar, debido a la contingencia sanitaria por la pandemia, lo cual dificultó que se realizara un mayor acercamiento con el colegio.

Discusión

Tras el análisis de los resultados obtenidos es posible concluir que, se ha conseguido disminuir la frecuencia de los comportamientos inadecuados y las conductas disruptivas que el paciente presentaba, así como instaurar y potenciar la emisión de las conductas adecuadas, que era el objetivo general que se planteaba al inicio de la intervención. Así mismo, se puede decir que la obtención de unos resultados significativos se debe a la consecución de los diferentes objetivos específicos que se planteaban al principio de la intervención y que permitieron abordar específicamente las problemáticas del paciente.

Se evidencia que hubo una disminución significativa en los comportamientos agresivos y/o violentos que generalmente estaban asociados a situaciones donde el paciente experimentaba mucha frustración, lo cual permitió que a partir del entrenamiento en regulación fisiológica el paciente desarrollara habilidades para mantener el autocontrol en las situaciones que lo requiriesen. López y Romero (2014) sostienen que el déficit fundamental en individuos con TDAH se localiza en la naturaleza del autocontrol, y que los problemas con la atención son una característica secundaria a este desorden. Además, se evidencia claramente una disminución en las respuestas emocionales con presencia de rabia, ira o enojo a partir del trabajo realizado en cuanto a la inteligencia emocional, por tal motivo se sostiene la idea de López y Romero, (2014), quienes plantean que las personas con TDAH no carecen de habilidades y conocimientos, sino que sus problemas de autorregulación impiden a menudo que apliquen dichos conocimientos y habilidades en el tiempo necesario y de manera correcta.

Es importante destacar que, los resultados obtenidos no hubiesen sido tan significativos sin la colaboración de los padres de familia y el colegio, quienes a partir de la psicoeducación realizada sobre la etiología y características del TDAH, y la información sobre el origen, desarrollo y mantenimiento de las conductas disruptivas en la infancia, aprendieron orientaciones sobre el trastorno e implementaron técnicas de relajación y modificación de conducta (refuerzos, tiempo fuera, economía de fichas), que permitieron la instauración de nuevos comportamientos en el paciente. Además, el entrenamiento en seguimiento de auto instrucciones, permitió que desde el contexto familiar y escolar se trabajaran diferentes situaciones problemáticas a través del manejo de contingencias y se consiguió el establecimiento de normas y rutinas en casa.

Con relación a lo anterior, se ha demostrado que la capacitación de padres es efectiva para el tratamiento de las conductas desafiantes y de oposición (López y Romero, 2014). Los

programas estandarizados de entrenamiento de padres son intervenciones a corto plazo que enseñan a los padres estrategias especializadas para abordar problemas de comportamiento clínicamente significativos, tales como atención positiva, ignorar/extinguir respuestas, el uso efectivo de recompensas y castigos, economía de fichas y el uso de pausas y tiempo fuera (time out). El entrenamiento a padres en técnicas operantes, como señalan anteriormente, es un tratamiento eficaz y bien establecido cuya principal meta es conseguir que los padres aprenden a llevar a cabo interacciones adecuadas con sus hijos reforzando las conductas adecuadas y debilitando las no deseadas (Robles y Romero, 2011). En cuanto al uso de sistemas de organización de contingencias, se puede decir que permitió la adquisición de conductas adecuadas y la eliminación de conductas inadecuadas, siendo coherente estos resultados con los obtenidos en un estudio de caso de conductas disruptivas en la infancia (Frojan et al., 2011).

En general, los resultados obtenidos muestran la eficacia de la terapia cognitivo-conductual a partir del entrenamiento a padres de familia, educadores y el trabajo con el niño y su grupo de clase. Además, diversos estudios han evidenciado los efectos terapéuticos de las técnicas cognitivo-conductuales sobre los síntomas centrales y asociados al TDAH (Giménez García, 2014; Ramírez Pérez, 2015), por lo que se cumplió la expectativa de trabajo planteada en el proceso de intervención clínica.

Referencias

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4a. ed)*. Editorial Médica Panamericana.
- American Psychiatric Asociación. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5 (5a. ed.)*. Editorial Médica Panamericana.

- Espina, A. y Ortego A. (2016). *Guía práctica para los trastornos de déficit atencional con/sin hiperactividad*. Janssen – Cilag.
- Franquiz, F. y Ramos, S. (2016). *TDAH: Revisión teórica del concepto, diagnóstico, evaluación y tratamiento*. Universidad de la laguna (España).
- Frojan, M., Montaña, F., Calero, E., Ruiz, E. (2011) Aproximación al Estudio Funcional de la Interacción Verbal entre Terapeuta y Cliente Durante el Proceso Terapéutico. *Clínica y Salud*, 22(1), 69-85.
- Giménez García, L. (2014). Tratamiento cognitivo-conductual de problemas de conducta en un caso de trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 1(1), 79-88.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre las Intervenciones Terapéuticas en el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). (2017). *Guía de Práctica Clínica sobre las Intervenciones Terapéuticas en el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)*. Recuperado de https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_574_TDAH_IACS_compl.pdf
- López, C. y Romero, A. (2014). *TDAH y trastornos del comportamiento en la infancia y la adolescencia. Clínica, diagnóstico, evaluación y tratamiento*. Ediciones Pirámide.
- Llanos L. Leónidas J. García D. González H. y Puentes P. (2019). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en niños escolarizados de 6 a 17 años. *Pediatría Atención Primaria*, 21(83), 101-108. <https://hdl.handle.net/20.500.12442/3954>
- Mansilla, C. (2020) *Técnicas de relajación de Koeppen para niños*. Colegio Polivalente San Luis Beltrán. Programa de integración escolar.

- Miñaca, M., Hervás, M. y Laprida M. (2013). Análisis de programas relacionados con la educación emocional desde el modelo propuesto por Salovey & Mayer. *Revista de educación Social*, 17(1), 3-17. <http://hdl.handle.net/10272/10243>
- Morrison, J. y Flegel, K. (2018) *La entrevista en niños y adolescentes. Habilidades y estrategias para el diagnóstico eficaz del DSM-5*. Editorial Manual Moderno.
- Perales, A (1998) *Manual de psiquiatría "Humberto Rotondo"*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina. 2ª Edición.
- Ramírez Pérez, M. (2015). Tratamiento cognitivo-conductual de conductas disruptivas en un niño con TDAH y trastorno negativista desafiante. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 2(1), 45-54.
https://www.revistapcna.com/sites/default/files/14-14_0.pdf
- Robles, Z y Romero, E. (2011) *Programas de entrenamiento para padres de niños con problemas de conducta: una revisión de su eficacia*. *Anales de Psicología*, 27(1), 86-101
URI: <https://www.redalyc.org/pdf/167/16717018011.pdf>