

Evaluación de la medida de interferencia cognitiva en una muestra de niños entre 7 y 12 años con presencia de síntomas asociados al Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)

Ps. Carol Adriana Fernández Rivera

Directora: Ps. MSc. Lía Margarita Martínez Garrido

UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA
ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

Bucaramanga, Octubre 2010

RESUMEN GENERAL DEL INFORME DE PRÁCTICA

Evaluación de la medida de interferencia cognitiva en una muestra de niños entre 7 y 12 años con presencia de síntomas asociados al Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)

Autor: Carol Adriana Fernández Rivera

Facultad de Psicología – Especialización en Psicología Clínica

Directora: Lía Margarita Martínez Garrido

RESUMEN

Diferentes estudios hacen referencia a la presencia de déficits neuropsicológicos, cognitivos y conductuales en el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), como consecuencia de un compromiso en la activación de circuitos pre frontales corticales y subcorticales. **Objetivo.** Describir la medida de interferencia cognitiva en una muestra de niños entre 7 y 12 años con presencia de síntomas asociados al TDAH. **Sujetos y Método.** La muestra consto de 10 niños entre los 7 y 12 años de edad, de ambos géneros, remitidos por medicina general de la EPS Sanitas a la IPS Superar, a los cuales se les realizó una entrevista inicial, historia clínica, aplicación de la Check List y el STROOP; posteriormente, se realizó un proceso psicoterapéutico con técnicas cognitivo conductuales. **Resultados.** Se encontró que los niños participantes del estudio no presentan interferencia cognitiva, es decir, el análisis realizado no halló déficit significativo. Por otro lado, en el proceso psicoterapéutico se evidenciaron cambios en el comportamiento de los niños a partir de las técnicas cognitivo conductuales, tales como: disminución de la impulsividad, control emocional, obediencia, atención sostenida, entre otros.

Palabras clave: Interferencia cognitiva, déficit de atención, hiperactividad, evaluación, intervención cognitivo conductual.

Summary of the report of practical

Evaluation measure of cognitive interference in a sample of children between 7 and 12 years with symptoms associated with the disorder attention deficit with hyperactivity (ADHD)

Author: Carol Adriana Fernandez Rivera

Faculty of Psychology - psychology clinic specialization

Director: Lia Margarita Martinez Garrido

SUMMARY

Different studies relate to the presence of neuropsychological cognitive deficits and behavioural disorder attention deficit and hyperactivity (ADHD), as a result of a compromise in the activation of prefrontal cortical and subcortical circuits. Objective. Describe the measurement of cognitive interference in a sample of children between 7 and 12 years with symptoms associated with ADHD. Subjects and methods. The exhibition featured 10 children between 7 and 12 years with symptoms associated with ADHD. Subjects and methods. The exhibition featured 10 children between 7 and 12 years of age, gender, forwarded by general practitioners the Sanitas EPS to the IPS SUPERAR, which was made them an initial interview, medical history, implementation of the Check List and the STROOP; subsequently conducted a psychotherapeutic process with cognitive behavioural techniques. Results. Found that the participant children study shows no cognitive interference, i.e. the analysis found no significant deficits On the other hand, in the process psychotherapeutic is demonstrated changes in the behaviour of the technical cognitive behavioural, such as children: decreased impulsivity, emotional control, obedience, sustained, attention among others.

Keywords: cognitive interference, deficits in attention, hyperactivity, assessment, intervention cognitive behavioural.

INTRODUCCION

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), se ha convertido en un problema significativo dentro del ámbito de los trastornos de la conducta en el niño, no sólo por ser una de las categorías diagnósticas que aparece con más frecuencia en la población clínica en edad escolar, y por su característica de trastorno crónico, sino porque, considerada en términos de disfuncionalidad, es una de las alteraciones psicológicas infantiles que más dificultades de adaptación y conflictos interpersonales genera (Hinshaw citado por Beltrán, 2004); además de ser uno de los problemas clínicos y de salud pública más importantes, a nivel infantil, lo que ha motivado y despertado gran interés por su estudio en los últimos años.

El TDAH se manifiesta de forma distinta en cada etapa de la vida, en alguna medida, por el desarrollo del lóbulo frontal; por lo cual, durante la infancia, y antes de los 7 años de edad, los niños que lo padecen suelen ser especialmente hiperactivos e impulsivos, para después comenzar a reflejar las consecuencias del déficit de atención, dificultades de aprendizaje y otros síntomas asociados, ya que los procesos cognitivos afectan más a los niños en edades inferiores, es decir, en los primeros años de vida (Vaquerizo, 2005). A partir de esto, es posible evidenciar dificultades que comienzan a presentarse en el contexto escolar y, por lo tanto, a afectar el desempeño en las diferentes tareas a las cuales es expuesto el niño para solucionar problemas de la vida diaria.

Morales y Meneses (2003) revelan que el TDAH es, tal vez, uno de los trastornos del neurodesarrollo más estudiado por los investigadores en los últimos años, aunque aún no existe consenso total sobre cuál es el déficit cognitivo primario que subyace a su sintomatología. En diversos trabajos, como los realizados por Gorenstein (1989), Cárter (1995) y Ben-Artzy (1996) se ha demostrado que los niños diagnosticados con trastornos de la atención e hiperactividad presentan procesos muy pobres en cuanto a sus funciones cognitivas, especialmente alteraciones a nivel de las funciones ejecutivas (inhibición de las respuestas y memoria de trabajo) (Cardo, 2008).

El objetivo del presente trabajo fue evaluar a niños con síntomas de TDAH, mediante tareas que permiten valorar distintos elementos que integran el proceso de

atención, enfocándose básicamente en la evaluación de un subproceso de la atención, como lo es la medida de interferencia. En este sentido, es importante estudiar la medida de interferencia cognitiva en niños, especialmente en la población infantil con síntomas de TDAH, para así determinar el funcionamiento cognitivo que participa en la resolución de problemas, en la creatividad y en el procesamiento de la información, y el cual está facilitado por un conjunto de funciones ejecutivas que coordina la consecución de un objetivo, como son la flexibilidad y la regulación cognitiva. Específicamente, vienen ocupando el papel de facilitadores en la toma de decisiones (intencionalidad), en seleccionar y conservar la información (representación), y finalmente organizan de manera lógica la planificación de la acción. Principalmente sus componentes fundamentales son filtrar la información irrelevante (supresión de interferencias) e inhibir respuestas predominantes o no adecuadas (inhibición) que enmascaran o dificultan la competencia del niño.

En el caso de los niños con TDAH, se encuentra que tienen muchas dificultades para focalizar y mantener la atención mientras juegan o realizan tareas escolares o cotidianas, se les dificulta seguir las reglas e instrucciones y se olvidan, con frecuencia, de información relevante para la solución de problemas. De esta manera, se puede entonces determinar cómo las funciones antes mencionadas se encuentran alteradas en niños con síntomas asociados al trastorno y si están interfiriendo en su funcionamiento cognitivo. (Vaquerizo, 2005).

Todo lo anterior, sustenta la importancia de la realización del presente trabajo; además de la queja, cada vez mayor, de padres y maestros, sobre niños con presencia de síntomas asociados al TDAH, siendo de esta manera, una necesidad latente el buscar los medios que favorezcan resultados óptimos para el manejo de estos niños. Sumado a esto, es relevante considerar la pertinencia del trabajo teniendo en cuenta que son numerosos los casos de pacientes diagnosticados con este trastorno, y que hoy en día se muestra un interés marcado, en el campo científico, hacia su estudio, ocupando un lugar destacado tanto en la clínica como en el ámbito de las neurociencias. Finalmente, la edad en la cual se encuentran los niños de la muestra con la que se trabajó, es una etapa en la que se produce uno de los mayores avances en el desarrollo de las funciones ejecutivas, funciones que comúnmente se

encuentran afectadas en niños con TDAH, de esta forma se está aportando al conocimiento sobre la manifestación de éstas en el trastorno y, por lo tanto, a su abordaje y posibles propuestas de intervención para el manejo y recuperación de las mismas.

Ahora bien, en lo que refiere a Superar, es necesario resaltar que al detectar cuáles de los niños que ingresaron a consulta psicológica, en el marco de este estudio, presentan síntomas asociados al TDAH, se optimizan los recursos como profesionales y se amplían las perspectivas de mejoramiento de la calidad de vida tanto de los niños como de los padres de familia. De la misma forma, se espera que con el trabajo se pueda abrir una perspectiva más amplia en educación a la IPS y EPS, y así poder brindar información relevante que no se ha tomado en cuenta con la importancia que ésta amerita, toda vez que estas instituciones pueden facilitar, a través de sus servicios profesionales y programas de intervención, una calidad de vida en sus pacientes (niños). También, la IPS y EPS tendrán mucha más facilidad de ejercer intervenciones, en estos menores, si se llevan a cabo los correspondientes procedimientos que implican una adecuada evaluación con ellos; esto a su vez generará cambios importantes para las entidades educativas y por supuesto al entorno familiar, ya que se orienta sobre la comprensión y el manejo de este trastorno; permitiendo de esta forma avances académicos, personales y a nivel comportamental en los niños afectados por la problemática.

A nivel conceptual, el TDAH, en primera instancia, se describe como un patrón mantenido de inatención y/o hiperactividad-impulsividad, cuyos síntomas, según los criterios del DSM-IV (1994) deben presentarse en dos o más ambientes, antes de los siete años de edad y causar un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral. El DSM-IV clasifica tres subtipos de TDAH en función del patrón sintomático predominante en los últimos seis meses: tipo combinado (TDAH-C), tipo con predominio del déficit de atención (TDAH-I) y tipo con predominio hiperactivo-impulsivo (TDAH-H) (López et al., 2010). De la misma forma, investigadores como Cornejo, Osio, Sánchez, Carrizosa, Sánchez, Grisales, Parra y Holguín (2005) plantean que el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es un síndrome neurológico, que se caracteriza especialmente por hiperactividad, impulsividad e inatención; inadecuados para el grado de desarrollo del niño. Estos mismos autores advierten, además, que este es el

problema de comportamiento más conocido durante la infancia y de la misma manera es en este periodo donde se establecen los trastornos más frecuentes de la época escolar, constituyéndose en dificultades amplias, ya que se da en edades tempranas, es por esto que influye en la vida diaria del niño y existe la posibilidad de que continúe a lo largo de la vida.

En lo que refiere a las causas, Quintana y Bonilla (2003) han propuesto factores genéticos, neurobiológicos, neuromorfológicos, neurofisiológicos, prenatales y perinatales patológicos, así como factores desfavorables del medio ambiente y alimenticios.

Vaquerizo (2005) expone que el TDAH se manifiesta de forma distinta en cada etapa de la vida, en parte por el particular desarrollo del lóbulo frontal. Antes de los 7 años los niños con TDAH suelen ser especialmente hiperactivos e impulsivos; sin embargo, advierte que después de esa edad la conducta se modula y comienzan a reflejarse las consecuencias del déficit de atención, dificultades de aprendizaje y otros síntomas.

De acuerdo con Acosta (2000) el TDAH es, en la actualidad, el trastorno mental crónico más frecuente en la población escolar, y representa el primer motivo de consulta en los Servicios de Salud Mental de Niños. Adicionalmente, Cardo (2008) corrobora esta información, aclarando que los síntomas del trastorno por déficit de atención/hiperactividad tienen un gran impacto en el desarrollo del individuo y que por lo tanto interfieren notablemente en su funcionamiento social, emocional y cognitivo, causando una importante disfuncionalidad no sólo en el niño, sino también en el grupo de compañeros y en su familia.

En concordancia con lo anteriormente expuesto, Cardo (2008) define entonces al trastorno de hiperactividad con déficit de atención, como el trastorno compuesto por problemas más complicados debido a su precoz aparición, a su naturaleza multifacética y crónica, y sobre todo por las consecuencias en el funcionamiento del sujeto en los distintos contextos en los que se desenvuelve su vida diaria, teniendo en cuenta que es considerado como un síndrome neurobiológico distinguido por la presencia de un desarrollo inapropiado de los mecanismos que regulan la atención, la reflexividad y la actividad del individuo.

Dado que es un trastorno ampliamente complicado, Miranda (1999) asegura que progresivamente se está llegando a la toma de conciencia de que este diagnóstico exige indudablemente una aproximación clínica, en el que se debe hacer uso de diferentes procedimientos de evaluación. Tal como se desprende de las guías recientes de la Academia Americana de Psiquiatría Infantil y Adolescente (1997) la actitud indicada es realizar una evaluación comprensiva, que incluya, además del examen médico, una minuciosa historia de los síntomas específicos del TDAH, los criterios del DSM-IV, la utilización de escalas de estimación conductual, la evaluación psicoeducativa y las observaciones en la escuela, entre otros.

Igualmente, existen diversas formas que permiten proporcionar un diagnóstico acertado del TDAH; sin embargo, una forma precisa de llegar a él es la evaluación de las funciones cerebrales frontales, las cuales incluyen: las funciones atencionales (estado de alerta, atención sostenida y la discriminación atencional), el control de impulsos, el control de interferencia y la flexibilidad cognitiva (Miranda, 1999). Puentes-Rozo, Barceló-Martínez y Pineda (2008) plantean que el principal déficit cognitivo en el TDAH es una disfunción en la inhibición de conductas, y que este déficit probablemente interfiere con la función de internalización de las conductas y del lenguaje; es decir, hay una afectación en lo que se denominan “funciones ejecutivas lingüísticas”.

Las funciones ejecutivas, básicamente tienen que ver con todas aquellas actividades mentales autodirigidas que ayudan al individuo a resistir la distracción, a fijarse unas metas nuevas más adecuadas que la respuesta inicial y a dar los pasos necesarios para alcanzarlas (Orjales, 2000). En esta medida, Anderson citado por Romero (2006) propone un modelo explicativo sobre el desarrollo de las funciones ejecutivas en la infancia. De acuerdo con este modelo de las funciones ejecutivas pueden dividirse en cuatro factores: a) flexibilidad cognitiva, que incluye la atención dividida, la memoria de trabajo (MT), la transferencia conceptual y la utilización de la retroalimentación; b) establecimiento de metas, compuesto por el razonamiento conceptual, la planificación y la organización estratégica.; c) procesamiento de la información, que podría entenderse como la eficiencia, la fluidez y la velocidad de procesamiento y; d) control atencional, con inclusión de la atención selectiva,

resistencia a la interferencia, la autorregulación, la automonitorización y la velocidad de procesamiento.

En términos generales, Bausela (s.f) incluye habilidades vinculadas a la capacidad de organizar y planificar una tarea, seleccionar apropiadamente los objetivos, iniciar un plan y sostenerlo mientras se ejecuta, inhibir las distracciones, cambiar de estrategias de modo flexible si el caso lo requiere, autorregular y controlar el curso de la acción para asegurarse que la meta propuesta pueda lograrse. En síntesis, estas habilidades serían la organización, anticipación, planificación, inhibición de respuestas inadecuadas y/o automáticas, memoria de trabajo, flexibilidad cognitiva, autorregulación del comportamiento, atención en el procesamiento no automático de la información, solución de problemas, control de impulsividad y estabilidad comportamental; constituyendo requisitos importantes para resolver problemas de manera eficaz y eficiente, siendo llevados a cabo por el sistema directivo (Beviridge, Jarrold & Pettit, 2002).

Desde una perspectiva didáctica, se considera que el sistema directivo está compuesto de *dos bloques*: (i) en el *primero* de ellos, estarían las subfunciones de iniciación, anticipación, planificación y establecimiento de metas, monitorización de la conducta, prospectiva de las consecuencias, flexibilidad mental mediante *feedback*, y la secuenciación temporal; (ii) en el *segundo bloque* estarían las que involucran las capacidades que tienen un funcionamiento independiente, o bien funcionan en conjunto con las anteriores, como por ejemplo, aquellas que modulan, activan o inhiben la capacidad atencional (Barroso & León-Carrión, 2002); que vendrían siendo, en términos del presente estudio, las asociadas con la interferencia cognitiva.

Artigas, Nonell y Riagau (2003) exponen que cuando se da lugar a las alteraciones cognitivas en el TDAH, aparecen las llamadas disfunciones ejecutivas, dentro de las cuales se pueden mencionar: incapacidad para generar conductas con una finalidad, incapacidad para resolver problemas de forma planificada y estratégica, inhabilidad para prestar atención a distintos aspectos de un problema al mismo tiempo, dificultad para direccionar la atención de forma flexible, incapacidad de inhibir tendencias espontáneas que conducen a un error, incapacidad para retener en la memoria de trabajo la información esencial para una acción, incapacidad para captar lo esencial de una situación compleja, poca resistencia

a la distracción e interferencia, incapacidad para mantener una conducta durante un periodo de tiempo relativamente largo e inhabilidad para organizar y manejar el tiempo. De manera general, las investigaciones realizadas sobre el TDAH coinciden en señalar que el déficit primario se debe a una disfunción ejecutiva, esto ha hecho que gran parte de los estudios realizados bajo el marco teórico de la Neuropsicología asuman un problema en la corteza prefrontal. De este modo, se entiende que el TDAH puede ser una disfunción del lóbulo frontal, un retraso en la maduración del funcionamiento frontal y una disfunción de los subsistemas fronto-subcorticales (Romero, Maestú, González, Romo & Andrade, 2006).

En lo relacionado con el tratamiento, se encuentra que el manejo se ha dado desde diferentes campos como son el farmacológico, el comportamental y el neuropsicológico. A nivel farmacológico, Díaz (2006) expone que el tratamiento, especialmente el asociado con los psicoestimulantes, es eficaz tanto en la hiperactividad como en la mejora de los aspectos cognitivos implicados en el TDAH, como lo son el déficit de atención, la mejora de las funciones ejecutivas, la memoria de trabajo y la impulsividad. El mecanismo de acción de los fármacos eficaces para el TDAH busca actuar incrementando la disponibilidad de dopamina y/o noradrenalina en el espacio intersináptico. En lo comportamental, Ives (2006) propone la práctica de procesos terapéuticos de enfoque conductual combinado con el tratamiento farmacológico, ya que advierte que esta práctica ha obtenido mayores beneficios que la medicación sola. Esta autora, hace referencia sobre la terapia del comportamiento, con el fin de preparar a los padres con técnicas específicas para mejorar la conducta del niño y de esta manera promover un ambiente estructurado con normas y consecuencias claras y consistentes. Finalmente, en cuanto al tratamiento neuropsicológico, Portellano (2005) argumenta que con éste se buscan mejorar los procesos cognitivos que se encuentran alterados en esta población, como son: atención sostenida, resistencia a la interferencia, flexibilidad mental, memoria de trabajo, capacidad para monitorizar la conducta, etc.

En resumen, la intervención busca que el niño sea capaz de alcanzar por sí mismo una total autonomía en la regulación de su comportamiento, autocontrol, adaptación a las normas sociales, autonomía física, respecto a los hábitos de la vida diaria, orden y colaboración, y autonomía cognitiva, relacionada específicamente con la mejora en la

capacidad para separar la información relevante de la irrelevante, autoevaluación de su rendimiento o conducta y autocorrección, a fin de adecuar sus respuestas a las demandas del ambiente (Calderón, 2001; Kazdin, Siegel & Bass 1992).

Teniendo en cuenta entonces estos antecedentes, es propio que de la misma manera que se interviene este trastorno a nivel farmacológico y psicológico (cognitivo-conductual), se realice un tratamiento neuropsicológico, buscando mejorar los procesos cognitivos que se encuentran alterados en esta población.

MÉTODO

Participantes

La muestra estuvo conformada por 10 niños entre los 7 y 12 años de edad, de ambos géneros, remitidos por medicina general de la EPS Sanitas a la IPS Superar.

Criterios de Inclusión

- Tener edad comprendida entre 7 y 12 años.
- Presentar 6 o más síntomas asociados con el TDAH, de acuerdo con los criterios diagnósticos establecidos por el DSM-IV e identificados en la Check List.
- Firma del consentimiento informado por partes de los padres, tutores o responsables del niño.

Criterios de exclusión

- Tener antecedentes neurológicos graves.
- Presentar dificultades cognitivas asociadas con trastornos diferentes al TDAH.
- No saber leer.
- Presentar problemas visuales o auditivos no corregidos que impidan la ejecución del Test de Stroop.

Consideraciones éticas

El presente estudio estuvo en concordancia con las normas Colombianas para la investigación dispuestas por el Ministerio de Salud en la resolución N° 008430 de 1993. Se empleó un consentimiento informado escrito, en el cual se explicaron los objetivos, procedimiento, beneficios y riesgos del proyecto; así mismo, se especificó la participación voluntaria, la confidencialidad de la información obtenida y la posibilidad de retirarse del estudio en cualquier momento sin dar justificaciones. Teniendo en cuenta que en el presente proyecto la muestra estuvo conformada por menores de edad, fueron los padres de familia quienes firmaron este documento en constancia de su autorización voluntaria e informada.

Instrumentos

Ficha de Ingreso: Recolecta datos importantes como el estado actual del paciente, antecedentes psiquiátricos, enfermedades neurológicas, enfermedades de la madre durante el embarazo, etc. Todo lo anterior con el fin de conocer información pertinente que pueda alterar los resultados del estudio (criterios de inclusión y de exclusión).

Check List para TDAH: Es una escala que evalúa los comportamientos de atención y actividad motora, cuyo objetivo es el diagnóstico unidimensional o categórico, y que se construye de acuerdo con los síntomas del Criterio A del DSM IV para el diagnóstico del TDAH y puede ser aplicable a padres y maestros (Pineda et al., 1999). La escala está compuesta por 18 ítems que corresponden a los síntomas de TDAH y están distribuidos de la siguiente forma: 9 de ellos para inatención, 6 para hiperactividad y 3 para impulsividad. La puntuación asignada a los ítems puede ser (0) casi nunca, (1) algunas veces y (3) casi siempre y la puntuación mínima para la escala total es 0 y la máxima es 54 de acuerdo con la escala estandarizada en población Colombiana por Pineda, Castellanos, Henao, Lopera y Palacio (2001).

Test de Colores y Palabras Stroop: El efecto Stroop, originalmente descrito por su descubridor John R. Stroop, en 1935, se refiere a la interferencia que se produce en el sujeto cuando realiza una prueba en la que debe indicar el color de la tinta con la que está escrita una palabra, que no coincide con su significado (Stroop-PC). Esta prueba precisa la ejecución en un proceso controlado de una tarea novedosa, mientras se debe impedir la intrusión de un proceso automático. El Stroop-PC es una medida de funcionamiento ejecutivo que fue originariamente desarrollada como medida de atención selectiva y flexibilidad-rigidez cognitiva, que determina la capacidad para inhibir-controlar una respuesta dominante. En este contexto, la flexibilidad cognitiva consiste en la capacidad para cambiar de forma rápida y apropiada, de un pensamiento o acción a otro, de acuerdo con la demanda de la situación; mientras que la rigidez se refleja en la dificultad para ignorar distracciones y/o la inhabilidad para inhibir respuestas verbales incorrectas, asociándose a una menor capacidad para inhibir o controlar respuestas automáticas. Es un instrumento que valora la flexibilidad cognitiva y la tendencia a la distractibilidad. Consta de tres subtest, en el primero (lectura de palabras), el niño debe leer tan rápidamente como pueda 100 palabras-color (rojo, azul y verde) impresas en negro en una secuencia aleatoria, y se establece una tendencia de respuesta; en el segundo (lectura de colores), el niño debe leer los colores de 100 signos (cuatro aspas) que se colorean en rojo, azul o verde; y en el tercero (palabra/color), al niño se le presentan 100 palabras impresas en un color diferente al que indica la palabra (p. ej., la palabra verde se imprime en tinta roja), con objeto de evaluar los efectos de la interferencia en el sujeto, ya que el niño debe leer la palabra y no nombrar el color en el que se imprime (Golden, 1994).

Procedimiento

Un primer contacto con la institución fue establecido para presentar la propuesta y obtener el consentimiento respectivo del director para el desarrollo del proyecto. Después, la preselección de los participantes fue realizada mediante la valoración psicológica en el primer contacto con el paciente, en la cual se le manifestó a los padres de los menores acerca de las problemáticas observadas relacionadas con el TDAH, de éstos se seleccionaron alrededor de 20 casos de niños, entre los 7 y 11 años, que se sospechó podían

estar asociados al TDAH, de los cuales los padres de familia respondieron el Cuestionario de la Check List para TDAH y a la Historia Clínica, y, de acuerdo al perfil arrojado preestablecido por criterios de inclusión y exclusión, fue seleccionada la muestra final de 8 niños, quienes presentaban las puntuaciones más altas para el cuestionario. Posteriormente, se llevó a cabo la firma del consentimiento informado, dándoles a conocer a los padres de los menores la finalidad de los resultados obtenidos y la participación voluntaria en el estudio, seguido del proceso de evaluación individual con los niños, aplicando el Test de Colores y Palabras Stroop para evaluar la medida de interferencia. Finalmente, se analizaron y discutieron los resultados hallados.

RESULTADOS

Para el análisis de los resultados de la presente investigación, se diseñó una base de datos en Excel® para la organización de la información; posteriormente, ésta fue exportada al programa estadístico SigmaStat® 3.5, donde se llevó a cabo el procesamiento respectivo de los datos. El análisis se realizó a partir de estadística descriptiva, utilizando para esto distribución de frecuencias, medidas de tendencia central (media), medidas de variabilidad (desviación estándar, error estándar, máximo y mínimo); y, estadística inferencial a partir de análisis de varianza (ANOVA) con una $p < 0.05$.

Definición de las Variables de Desempeño en el Test de Colores y Palabras Stroop

El desempeño para establecer la capacidad de interferencia cognitiva en los niños de la muestra evaluada, se midió teniendo en cuenta las variables Palabra, Color, Palabra-Color e Índice de interferencia pertenecientes al Test de Colores y Palabras Stroop (Tabla 1).

Tabla 1

Variables de desempeño en el Test de Colores y Palabras Stroop

Variable	Descripción
Palabra	Número de palabras correctas (ROJO, VERDE, AZUL), leídas en la primera lámina.
Color	Número de colores correctos en filas de X (ROJO, VERDE, AZUL), leídos en la segunda lámina.
Palabra-Color	Número de nombres de colores correctos (ROJO, VERDE, AZUL), leídos en la tercera lámina.
Índice de Interferencia	Valor total obtenido de restar Palabra-Color a Palabra-Color Estimada.

Nota. Palabra-Color estimada es el valor obtenido de multiplicar Palabra por Color y dividirlo en Palabra más Color. El Índice de Interferencia permite identificar la capacidad del sujeto para clasificar información de su entorno y reaccionar selectivamente a esa información.

Descripción de la Muestra

Las características demográficas de la muestra se presentan a través de distribuciones de frecuencias, teniendo en cuenta la frecuencia y el porcentaje para la muestra total, el género y la edad. La muestra total estuvo conformada por 10 niños (100%), de los cuales 9 (90%) pertenecían al género masculino y 1 al género femenino (10%). En cuanto a la edad, 3 niños (30%) tenían 7 años, 3 (30%) 8 años, 1 (10%) 9 años, 2 (20%) 10 años, y 1 (10%) 12 años.

Tabla 2.

Características demográficas de la muestra

	Frecuencia	Porcentaje
Participantes	10	100
Masculino	9	90
Femenino	1	10
Siete	3	30
Ocho	3	30
Nueve	1	10
Diez	2	20
Doce	1	10

Nota. La categoría participantes corresponde al total de la población de la muestra. Las categorías Siete, Ocho, Nueve, Diez y Doce corresponden a cada una de las edades de los niños de la muestra.

Análisis del Desempeño en el Test de Colores y Palabras Stroop

El análisis del desempeño en el Test de Colores y Palabras Stroop, se realizó aplicando tanto estadística descriptiva (media, desviación estándar, error estándar, máximo y mínimo) como estadística inferencial (ANOVA de una vía, paramétrica o no paramétrica –Kruskal-Wallis-según fuera el caso).

Los resultados arrojados por el análisis descriptivo, muestran que para la variable Palabra los niños de la muestra obtuvieron una media de $104,800 \pm 4,024$; para la variable Color la media hallada fue de $75,400 \pm 3,751$; en Palabra-Color la media fue de $48,100 \pm 0,994$; y, la Interferencia presenta una media de $5,00 \pm 2,165$ (Figura 1). El valor máximo y mínimo obtenido por la muestra evaluada fue: para Palabra 123, 86, respectivamente; para Color, 87, 45, respectivamente; para Palabra-Color, 54, 43, respectivamente; y, para Interferencia, 21, -2, respectivamente (Tabla 3).

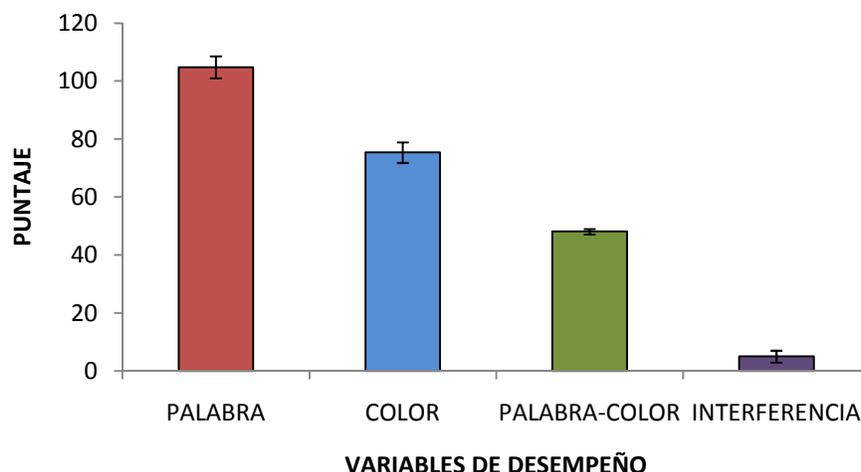


Figura 1. Puntaje obtenido en las variables de desempeño del Test de Colores y Palabras Stroop, número de palabras, número de colores y número de Palabra – color leídos, (media±EEM) en los niños pertenecientes a la muestra. Análisis estadístico descriptivo (media y error estándar de la media).

Tabla 3.

Desempeño en el Stroop

	Muestra	Media	Desviación	Error	Máximo	Mínimo
Palabra	10	104,800	12,726	4,024	123,000	86,000
Color	10	75,400	11,862	3,751	87,000	45,000
Palabra-Color	10	48,100	3,143	0,994	54,000	43,000
Interferencia	10	5,000	6,848	2,165	21,000	-2,000

Nota. El análisis estadístico se realizó a partir de la puntuación directa obtenida por los niños en cada una de las variables de desempeño del Stroop, ya que dicho test fue utilizado en una muestra investigativa y que no tiene datos normalizados para el contexto colombiano.

Tabla 4.

Promedio de Palabras, Color y Palabra – Color Leídos por los participantes de la Muestra

Estímulos Formulados por el STROOP		Promedio
Palabra	100	67%
Color	100	48.9%
Palabra-Color	100	27.2%

Nota: Palabra, color, palabra – color hace referencia a las variables de desempeño en el test de colores y palabras STROOP que en promedio fueron leídas por los participantes de la investigación.

En lo que refiere al análisis estadístico inferencial, el ANOVA de una vía paramétrico, mostró, al comparar las edades de los niños de la muestra con respecto a las variables de desempeño del Test de Stroop, que no hubo diferencia estadísticamente significativa entre los diferentes grupos de edades en Palabra $F(2,5)=0,495$, $p=0,637$; Palabra-Color $F(2,5)=1,714$, $p=0,271$; e Interferencia $F(2,5)=0,315$, $p=0,743$ (Figura 2). Por otro lado, el análisis de varianza no paramétrico (Kruskal-Wallis) tampoco identificó diferencia estadísticamente significativa entre los grupos en la variable Color ($H=7,098$, $p=0,131$) (Figura 2).

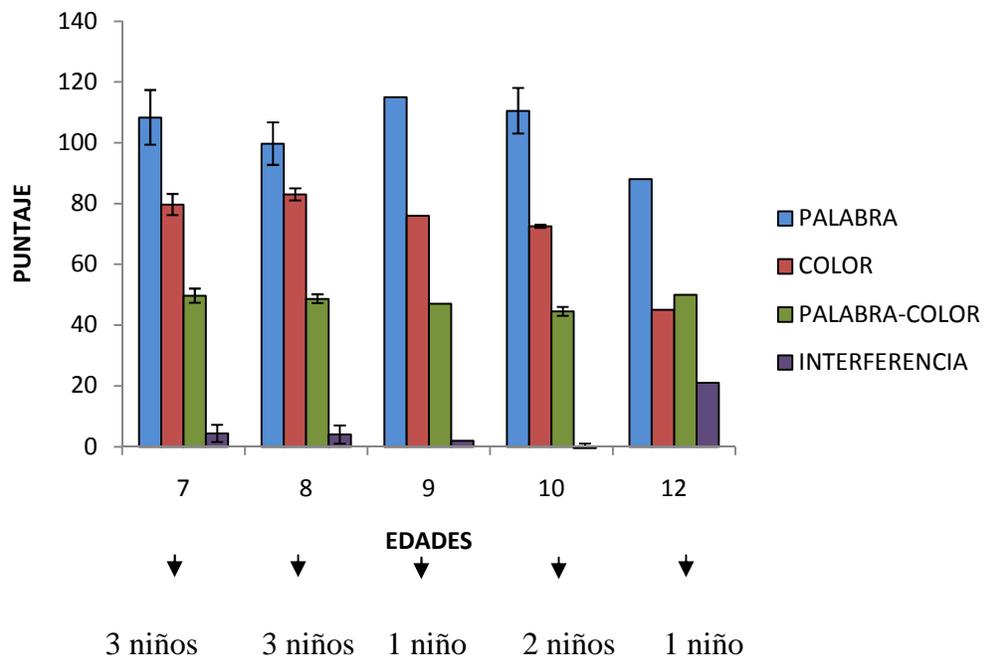


Figura 2. Puntaje obtenido en las variables de desempeño del Test de Colores y Palabras Stroop ($\text{media} \pm \text{EEM}$), comparado entre los diferentes grupos de edades de los niños pertenecientes a la muestra. ANOVA de una vía paramétrico y no paramétrico (Kruskal-Wallis).

DISCUSION

En la investigación, se encontró que los niños participantes del estudio no presentaron en la evaluación, medida de interferencia cognitiva alta, no se halló algún déficit significativo que demostrara lo planteado inicialmente, en cuanto a la presencia de interferencia cognitiva en niños con síntomas asociados al TDAH. Más concretamente, los resultados no coinciden con otros estudios, que aún utilizando el mismo instrumento diagnóstico y un margen equivalente de edad, demuestran la presencia de daño cerebral o de predominio del déficit de atención. López et al. (2010).

Barkley, (1997), Nigg, (2001), Pennington y Ozonoff (1996) (citados por Filippetti & Mías 2009), en sus investigaciones y revisiones, demuestran que en los niños con TDAH existe la presencia de un rendimiento pobre en pruebas sensibles a un correcto funcionamiento frontal y subcortical, lo cual refiere dificultades a nivel neurológico.

Teniendo en cuenta lo anterior, es importante incluir la ejecución de la prueba Stroop, que evalúa procesos relacionados con la atención enfocada o dividida. MacLeod (1991) argumenta que la prueba Stroop revela dos operaciones disociables, la primera, relacionada con una forma de procesamiento automático, y la segunda, con el procesamiento no automático o controlado. La idea básica es que el procesamiento de algunas dimensiones del estímulo requiere el empleo de mayores recursos de atención que el procesamiento de otras; por ejemplo, nombrar el color de la tinta con que está impresa una palabra requiere más recursos atencionales que la lectura de una palabra. Por ello se afirma que la lectura de palabras es un proceso automático, en cambio nombrar el color de la tinta impresa es un proceso controlado. Bajo este punto de vista la característica fundamental de la prueba Stroop (la interferencia), ocurre porque las palabras son leídas automáticamente; en cambio, la denominación del color no ocurre de una manera

automática, sino que el procesamiento de esta dimensión requiere de un sistema de control que es ejercido por los mecanismos ligados a la atención selectiva.

De la misma manera, es importante mencionar que el mismo manual del Stroop (Golgen, 1994) expresa que pueden existir variables externas que influyen en los resultados y llevando a tener puntajes normales, como fue el caso de los niños de la muestra del presente estudio, sin que esto necesariamente indique que no hay disfunción. Tal resultado se argumenta a partir de que muchos niños que son sometidos a terapia ocupacional o intervención psicológica mejoran sus rendimientos como producto del entrenamiento. Ives (2006)

Teniendo en cuenta lo anterior, se plantean algunas explicaciones que pueden estar relacionadas a los resultados encontrados y que no coinciden con lo planteado inicialmente; en primer lugar, no se descarta el hecho de que en la mayoría de los niños participantes del estudio exista lo que Luria (1973) llama predominio hiperactivo – impulsivo, es decir, el déficit de atención no está directamente relacionado con el TDAH del menor, por lo tanto no hay evidencia alguna de la presencia de interferencia cognitiva. Esto teniendo en cuenta que no se hizo análisis por subtipo de TDAH. La segunda consideración, puede estar directamente relacionada con el tratamiento de terapia ocupacional que han recibido los menores durante meses, incluso años, así como un posterior entrenamiento específico y directo en los menores a partir de terapias psicológicas, lo que pudo producir mejoras en el puntajes normales en el desempeño del test, concordando con lo planteado en otras investigaciones basadas en la intervención psicológica de niños con TDAH (Pisterman, McGrath, Firestone, Goodman, Webster & Mallory, 1989; Whalen, 1993; Anastopoulous, Shelton, DuPaul & Guevremont, 1993).

Es posible también que los resultados no hayan sido los esperados debido a que la muestra utilizada fue muy pequeña (10 niños), lo que se convierte en un sesgo que no permite identificar diferencias, del mismo modo influye, la cantidad de niños pertenecientes al estudio y sus diferentes edades y/o las cantidades de niños por edades.

Por otra parte, se considera apropiado plasmar información significativa respecto a algunos aportes que fundamentan la investigación, respecto al tratamiento cognitivo

conductual, esta forma parte de un grupo de menores que se encuentran entre las mismas edades que las de los participantes del estudio y que presentan el mismo diagnóstico de TDAH y a los cuales se les realizó intervención psicológica de corte cognitivo conductual y quienes al finalizar los tratamientos presentaron cambios notorios y significativos a nivel cognitivo, comportamental, social y emocional. Teniendo en cuenta que un objetivo planteado era comprobar la eficacia del entrenamiento para niños con TDAH. Los resultados obtenidos tras la intervención y durante la fase de seguimiento muestran una serie de cambios en los niños a los cuales se les realizó dicho tratamiento. En este sentido, los padres perciben mejoras en la conducta de sus hijos tras la intervención. Estos cambios se manifiestan en el descenso del número de problemas de comportamiento que atribuyen a sus hijos, especialmente en el número total de problemas. Asimismo, se aprecia una disminución de las conductas relacionadas con el TDAH: Oposicionismo, desatención e hiperactividad-impulsividad. Igualmente, en la escala de Autocontrol también se observan mejoras significativas tras la intervención y en el seguimiento. Por otro lado, pero no ajeno, los profesores informan de mejoras, a corto plazo, en la conducta de los niños que han participado en el tratamiento. Estos cambios se ponen de manifiesto en el descenso del número total de problemas y de problemas externalizantes. Dichos cambios también indican una disminución de las conductas relacionadas con el TDAH tras la intervención (menor desatención, hiperactividad-impulsividad y conducta oposicionista).

Por ende, los resultados, a partir de las valoraciones proporcionadas por padres y profesores, permiten mantener una actitud positiva respecto a las posibilidades que ofrece el tratamiento cognitivo-conductual en la intervención con niños con TDAH.

RECOMENDACIONES

- Un aspecto importante a tener en cuenta es el tiempo con el que se dispone a la hora de realizar un proceso de evaluación e intervención, ya que este no es suficiente. Dentro del proceso de práctica sería oportuno ampliar las horas con el fin de alcanzar mayores logros, aproximadamente a 200 horas.
- Mantener la continuidad de la propuesta, a partir de procesos de intervención que permitan el acompañamiento a mediano y largo plazo a la población evaluada, es decir, más allá de una descripción y/o evaluación, realizar intervención en los procesos y atención a la familia (procesos de psicoeducación).
- La muestra seleccionada para llevar a cabo las intervenciones debería ser con un número mayor de muestra, que evite sesgar los resultados de la investigación y permita obtener mejores resultados.
- Implementar programas de promoción e intervención, especialmente en colegios y entidades promotoras de salud, con el fin detectar a tiempo niños con síntomas asociados al TDAH y así poder intervenirlos y abordarlos adecuadamente.
- Por último, es de gran importancia que las EPS no limiten el número de sesiones que el paciente requiere para un óptimo tratamiento, ya que en la actualidad ofrecen 20 sesiones al año, cada una de 30 minutos, siendo éste un tiempo muy corto si se tiene en cuenta que los procesos con niños con TDAH son largos e involucran a su familia.

REFERENCIAS

Acosta, M. (2000). Aspectos neurobiológicos del déficit de atención/hiperactividad. Estado actual del conocimiento. *Revista de Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias, 1*, 3-19.

Artigas, J. (2003). Comorbilidad en el trastorno de hiperactividad por déficit de atención. *II Congreso Internacional de Neuropsicología en Internet*

Bausela, E. (s.f). Implicaciones de las conexiones cortico y subcorticales del lóbulo frontal en la conducta humana. *Universidad Autónoma de San Luís Potosí*. México.

Beltrán, F. (2004). Hiperactividad: Estrategias de intervención en ambientes educativos. *Artículo publicado el 10 de marzo. Universidad Veracruzana.*

Calderón, C. (2001). Resultados de un programa de tratamiento cognitivo-conductual para niños con Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Anuario de Psicología, 32*(4), 79-98

Cardo, E. (2008). Trastorno por déficit de atención/hiperactividad: estado de la cuestión y futuras líneas de investigación. *Revista de Neurología, 46* (6), 365-372

Cornejo, J., Osio, O., Sánchez, Y., Carrizosa, J., Sánchez, G., Grisales, H., Castillo, H., & Holguín, J. (2005). Prevalencia del trastorno por déficit de atención-hiperactividad en niños y adolescentes colombianos. *Revista de Neurología, 40* (12), 716-722.

Díaz, J. (2006). Tratamiento farmacológico del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente, 6*(1), 20-43.

Golden, C. (1994). Stroop Test de Colores y Palabras. Manual. Madrid: Publicaciones de psicología aplicada.

Ives, L. (2006). Intervenciones no farmacológicas en el entorno familiar de niños con trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad. *Revista Pediatría de Atención Primaria, 8* (4), 57-67

López, J., Serrano, I., Del Llano, J., Sánchez, J., Alberola, S., & Sánchez, M. (2010). Utilidad del test de Stroop en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista Neurología, 50*, 333-340

Miranda, A. (1999). Trastorno de hiperactividad con déficit de atención: polémicas actuales acerca de su definición, epidemiología, bases etiológicas y aproximaciones a la intervención. *Revista de Neurología*, 28 (2), 182-188.

Morales, G., & Meneses, S. (2003). Evaluación de procesos atencionales y funciones ejecutivas en niños con trastorno de la atención con hiperactividad. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 5, 138 -158

Orjales, I. (2000). Déficit de atención con hiperactividad: el modelo híbrido de las funciones ejecutivas de Barkley. *Revista Complutense de Educación*, 2(1), 71-84

Portellano, J. (2005). Introducción a la neuropsicología. *McGrawHill/ Internacional de España, S.A.U*

Pineda, D.A., Castellanos, F., Henao, G., Lopera, F. & Palacio, J. (2001). Confirmación de la alta prevalencia del trastorno por déficit de atención en una comunidad colombiana. *Revista de Neurología*, 32(3), 217-222.

Puentes, P., Barceló, E., & Pineda, D. (2008). Características conductuales y neuropsicológicas de niños de ambos sexos, de 6 a 11 años, con trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*, 47(4), 175-184

Romero, D., Maestú, F., Gonzales, J., Romo, C., & Andrade, J. (2006). Disfunción ejecutiva en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad en la infancia. *Revista de Neurología*, 47 (4), 175 -184

Vaquerizo, J (2005). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). *Revista de Neurología*, 40(1), 25-32

ANEXOS

ANEXO 1. ACTIVIDADES DEL PLAN DE INTERVENCIÓN DESARROLLADO COMO COMPLEMENTO AL PROCESO DE PRÁCTICA

Estas técnicas fueron utilizadas con algunos niños del estudio después de haberles aplicado el STROOP.

Actividad	Técnica	Estrategia
Lista de reforzadores significativos para el niño	Cognitivo Conductual	Se determinan los premios que se le darán al menor de acuerdo a los avances significativos en su comportamiento.
Economía de fichas	Cognitivo Conductual	Se establece un sistema de refuerzo mediante la utilización de unas pequeñas fichas o tarjetas para premiar las conductas que se desean establecer.
Uso de recompensas y castigos	Cognitivo Conductual	Se usan reforzadores positivos y negativos, de acuerdo a los resultados que se vayan dando en cuanto a la modificación o no de su conducta inatenta.
Establecimiento de horas específicas para tareas específicas	Cognitivo Conductual	Se maneja un horario que el menor conozca y que lo pueda relacionar con la labor de determinadas tareas, con el fin de hacerlo de manera más ordenada y consecutiva.
Modificación del plan de estudio	Cognitivo Conductual	Implica el cambio en los hábitos que el menor utilizaba, como el sitio donde realiza sus actividades, la hora y que el escenario esté libre de distracción.

Normas para la obediencia	Cognitivo Conductual	Esta actividad es realizada tanto con el menor como con sus acudientes, ya que son observaciones y aclaraciones respecto a conductas que se deben modificar desde el hogar. Todo lo relacionado a como darle una orden, ser específicos y suficientemente claros.
Modificación de conductas negativas	Cognitivo Conductual	Frente a la aparición de conductas impulsivas en el menor, se le explica que lo que acaba de hacer no está bien y cuáles pueden ser las posibles consecuencias de su comportamiento perturbador.
Tiempo fuera o de reflexión	Cognitivo Conductual	Éste se le aplica al niño cuando comete un error, se le pedirá que se siente en un sitio específico durante unos minutos para que reflexione en cuanto al comportamiento inadecuado que acaba de presentar. Una vez haya pasado el tiempo, se podrá ir a otro sitio de la casa, es decir, se levanta el castigo.
Establecimiento de registros diarios	Cognitivo Conductual	Se lleva a cabo comentando los resultados con el niño e intentando reforzar siempre las conductas favorables con refuerzos sociales.
Actividades de comprensión de lectura	Cognitivo Conductual	Se le facilita al menor material que incluya textos, cuentos e historias, para realizar las respectivas lecturas y finalmente relatar lo leído y responder a ciertas preguntas para poder determinar si comprendió lo leído o no.

Instrucciones autodirigidas

Cognitivo Conductual

Definir y comprender la tarea o el problema, planificar una estrategia general para aproximarse al problema, enfocar la atención en la tarea, seleccionar una respuesta o solución, y evaluar el desempeño

ANEXO 2. FICHA TECNICA

FECHA:

DATOS DEMOGRÁFICOS DEL NIÑO:

Nombre Completo

Fecha de Nacimiento:

Día

Mes

Año

Edad: Género:

Remitido por:

Nombre del padre/acudiente:

HISTORIA DEL DESARROLLO

¿Se presentó algún problema de salud durante el embarazo? Si: No:

¿Cuál?

Nacimiento: A término: Prematuro:

¿Qué complicaciones se presentaron durante el parto?:

Preferencia manual: Diestra: Zurda: Ambidiestro:

¿Cómo fue el desarrollo motor?

Gatear: Caminar: Correr: Trepar:

DATOS MÉDICOS

¿Se han presentado problemas médicos en el niño que hayan requerido hospitalización? Si
No

¿Cuál?:

¿Se ha presentado en el niño alguna enfermedad neurológica importante? Si: No:

Para esta pregunta, si la respuesta fue afirmativa, marque con una X la(s) enfermedad(es) presentada(s):

Epilepsia Trauma Cráneo Encefálico Tumor Cerebral Meningitis

Encefalitis Convulsión Poliomieltis causa

Otras:

¿Actualmente el niño presenta algún problema médico?: Si No

¿Cuál?:

Medicamento que recibe:

Dosis: Permanencia:

Otros medicamentos que ha recibido relacionados con el problema médico actual:

¿El niño presenta algún tipo de alteración visual? Sí No ¿El niño usa gafas?
Sí No

¿Cuál?:

¿El niño presenta algún tipo de alteración auditiva? Sí No

¿Cuál?:

HISTORIA ESCOLAR

Año Escolar Actual: Colegio:

Años Escolares Perdidos:

Presenta dificultades en alguna de las siguientes áreas y/o asignaturas: (marcar con una X):

Matemáticas: Lectura: Escritura: Ortografía: Geografía:
Comprensión:

Otras:

Tiene dificultades para relacionarse con sus compañeros y/o amigos: Si No

OBSERVACIONES:

ANEXO 3. CONSENTIMIENTO INFORMADO

1. INTRODUCCIÓN

A usted señor (a) _____ Representante legal de _____ le estamos invitando a participar en un estudio de investigación sobre la medida de interferencia cognitiva en una muestra de niños entre 7 y 11 años con presencia de síntomas asociados al Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), como requisito para la Especialización en Psicología Clínica de la UPB.

Primero, nosotros queremos que usted conozca que:

- ✓ La participación es absolutamente voluntaria.
- ✓ Esto quiere decir que si usted lo desea puede negarse a participar o retirarse del estudio en cualquier momento sin tener que dar explicaciones.
- ✓ Los beneficios que usted recibirá no son de tipo económico
- ✓ Es importante que usted comunique a la investigadora cualquier opinión o inquietud que presente sobre la participación de su hijo en el estudio.

2. INFORMACIÓN SOBRE EL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

A continuación se describirá en detalle en qué consiste el estudio de investigación. Antes de tomar cualquier decisión de participación, por favor, tómese todo el tiempo que necesite para preguntar, averiguar y discutir, con la investigadora, los aspectos relacionados con este estudio.

Propósito

El propósito de este estudio es llevar a cabo la descripción de la medida de interferencia mediante la aplicación de la prueba STROOP, que mide procesos cognitivos tales como atención, memoria de trabajo, flexibilidad cognitiva, interferencia cognitiva e inhibición, en niños con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). Para este estudio se evaluarán niños entre los 7 y 12 años de edad, remitidos por expertos en el diagnóstico y tratamiento del trastorno. Para lograr este propósito se aplicará un instrumento a los padres de los menores, con el fin de escoger la muestra, esta prueba es la **CheckList**, también se aplicará, a los niños, el **Test de Colores y Palabras STROOP** para evaluar el efecto de interferencia y la atención.

Procedimiento

Se ha llevado a cabo un proceso de selección en el cual un profesional de la salud ha remitido a su hijo a psicología por cumplir con los síntomas asociados al TDAH y por ser un buen candidato para participar en el estudio y es por ello que se le está brindando la información relacionada con éste, de igual forma debe recordar que cualquier inquietud que tenga sobre la investigación será solucionada. Se realizará una entrevista para obtener datos de identificación del niño y antecedentes de salud importantes. Luego, se procederá a

la evaluación de su hijo. Si usted requiere un informe sobre los resultados de las evaluaciones del desempeño de su hijo y del proceso de intervención, puede solicitarlo por escrito y se le hará entrega del mismo, este informe sólo le será entregado a usted.

Riesgos

De acuerdo con la resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud, no existe ningún tipo de riesgo por hacer parte del estudio, esto quiere decir que durante su participación en el estudio su hijo no correrá ningún riesgo a nivel médico, ni se realizará ningún tipo de intervención clínica o procedimiento invasivo.

Beneficios

Los estudios de investigación como éste, producen conocimientos que pueden ser aplicados para la evaluación futura de otras personas, en otros contextos, con otras costumbres, condiciones sociales, características psicológicas, edades y niveles socio económicos. Por esta investigación ni usted, ni su hijo recibirán beneficio económico, sin embargo si su hijo participa en el estudio será valorado e intervenido a nivel psicológico, lo cual le permite obtener una orientación con respecto a la conducta del menor y su evolución; además es gracias a la contribución de personas como usted que será posible que se puedan comprender mejor aspectos relacionados con el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, específicamente con procesos de evaluación, manejo e intervención de los niños que lo padecen.

Reserva de la información

La información que usted aportará a través de los cuestionarios y la entrevista durante esta investigación será absolutamente confidencial y no será proporcionada a ninguna persona diferente a usted bajo ninguna circunstancia.

Derecho a retirarse del estudio de investigación

Es importante que usted tenga claro que puede retirarse del estudio en el momento que desee, sin embargo, los datos obtenidos hasta ese momento seguirán formando parte del estudio, a menos que usted solicite por escrito que su identificación e información sea borrada de nuestra base de datos.

Información médica no prevista

Durante el desarrollo de este estudio es posible que se obtenga información acerca de la conducta de su hijo(a) no prevista, si esta información se considera importante para el cuidado, el bienestar y la salud de su hijo, nosotros le recomendaremos el especialista adecuado y en este caso, nuestra investigación NO cubre los costos de dicha atención. Si nosotros tenemos información relevante acerca de la conducta de su hijo, ésta será suministrada de manera personal, asimismo, si usted obtiene información por parte de otros médicos de alguna enfermedad o aspectos importantes que no conocía antes de vincularse a este estudio, por favor contáctenos pues podría ser importante para nuestro estudio.

3. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Después de haber leído completamente toda la información contenida en este documento con respecto al proyecto:

Descripción de la medida de interferencia cognitiva en una muestra de niños entre 7 y 12 años con presencia de síntomas asociados al Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), habiendo dispuesto de tiempo suficiente para reflexionar sobre las implicaciones de mi decisión libre, consiente y voluntariamente manifiesto que he decidido autorizar la participación de _____ de quien soy el representante legal o tutor, dada su imposibilidad de firmar este documento con completa autonomía por tratarse de un menor de edad.

Adicionalmente, autorizo que la información de la historia clínica y los registros del desempeño en tareas cognoscitivas, de mi representado legal sean utilizados en otras investigaciones futuras.

En constancia, firmo este documento de consentimiento informado, en la ciudad de _____ el día _____ del mes de _____ del año _____.

Nombre, firma y documento de identidad del **padre, madre o representante legal:**

Nombre: _____ Firma: _____

Cédula de ciudadanía #: _____ de _____

Nombre, firma y documento de identidad del **investigador:**

Nombre: _____ Firma: _____

Cédula de ciudadanía #: _____ de _____

ANEXO 4. TEST DE COLORES Y PALABRAS STROOP

ROJO	AZUL	VERDE	ROJO	AZUL
VERDE	VERDE	ROJO	AZUL	VERDE
AZUL	ROJO	AZUL	VERDE	ROJO
VERDE	AZUL	ROJO	ROJO	AZUL
ROJO	ROJO	VERDE	AZUL	VERDE
AZUL	VERDE	AZUL	VERDE	ROJO
ROJO	AZUL	VERDE	AZUL	VERDE
AZUL	VERDE	ROJO	VERDE	ROJO
VERDE	ROJO	AZUL	ROJO	AZUL
AZUL	VERDE	VERDE	AZUL	VERDE
VERDE	ROJO	AZUL	ROJO	ROJO
ROJO	AZUL	ROJO	VERDE	AZUL
VERDE	ROJO	AZUL	ROJO	VERDE
AZUL	AZUL	ROJO	VERDE	ROJO
ROJO	VERDE	VERDE	AZUL	AZUL
AZUL	AZUL	ROJO	VERDE	ROJO
ROJO	VERDE	AZUL	ROJO	VERDE
VERDE	ROJO	VERDE	AZUL	AZUL
ROJO	AZUL	ROJO	VERDE	ROJO
VERDE	ROJO	VERDE	AZUL	VERDE

ROJO	AZUL	VERDE	ROJO	AZUL
VERDE	VERDE	ROJO	AZUL	VERDE
AZUL	ROJO	AZUL	VERDE	ROJO
VERDE	AZUL	ROJO	ROJO	AZUL
ROJO	ROJO	VERDE	AZUL	VERDE
AZUL	VERDE	AZUL	VERDE	ROJO
ROJO	AZUL	VERDE	AZUL	VERDE
AZUL	VERDE	ROJO	VERDE	ROJO
VERDE	ROJO	AZUL	ROJO	AZUL
AZUL	VERDE	VERDE	AZUL	VERDE
VERDE	ROJO	AZUL	ROJO	ROJO
ROJO	AZUL	ROJO	VERDE	AZUL
VERDE	ROJO	AZUL	ROJO	VERDE
AZUL	AZUL	ROJO	VERDE	ROJO
ROJO	VERDE	VERDE	AZUL	AZUL
AZUL	AZUL	ROJO	VERDE	ROJO
ROJO	VERDE	AZUL	ROJO	VERDE
VERDE	ROJO	VERDE	AZUL	AZUL
ROJO	AZUL	ROJO	VERDE	ROJO
VERDE	ROJO	VERDE	AZUL	VERDE

ANEXO 5. CHECK LIST

Fecha:

Nombre del padre/acudiente:

Nombre del/la niño(a):

Nombre de la institución:

Grado:

Por favor, seleccione con una “X” los criterios que usted considere que el (la) niño (a) presenta, de acuerdo con la frecuencia con la que ocurren: Nunca (N), Algunas Veces (AV), Muchas Veces (MV) y Casi Siempre (CS).

	FRECUENCIA			
INATENCIÓN				
	N	AV	MV	CS
1. No presta atención a los detalles y comete errores por descuido en sus tareas.				
2. Tiene dificultades para mantener la atención en las tareas y en los juegos.				
3. No parece escuchar lo que se le dice.				
4. No sigue instrucciones o no termina las tareas en la escuela o los oficios en la casa a pesar de comprender las órdenes.				
5. Tiene dificultades para organizar sus actividades.				
6. Evita hacer tareas o cosas que le demanden esfuerzos.				
7. Pierde sus útiles o las cosas necesarias para hacer sus actividades.				
8. Se distrae fácilmente con estímulos irrelevantes.				
9. Olvidadizo en las actividades de la vida diaria.				
PUNTUACIÓN				
HIPERACTIVIDAD – IMPULSIVIDAD				
10. Molesta moviendo las manos y los pies mientras está sentado.				
11. Se levanta del puesto en la clase o en otras situaciones donde debe estar sentado.				

12. Corretea y trepa en situaciones inadecuadas.				
13. Dificultades para relajarse o practicar juegos donde deba permanecer quieto.				
14. Está permanentemente en marcha, como si tuviera un motor por dentro.				
15. Habla demasiado.				
16. Contesta o actúa antes de que se le terminen de formular las preguntas.				
17. Tiene dificultades para hacer filas o esperar turnos en los juegos.				
18. Interrumpe las conversaciones o los juegos de los demás.				
PUNTUACIÓN				
CLASIFICACIÓN				

PREGUNTAS	SI	NO
¿Algunos de estos síntomas estaban presentes antes de los 7 años?		
¿Algunos de estos síntomas se presentan tanto en la escuela como en la casa?		
¿Estos síntomas le traen dificultades en las relaciones sociales o familiares, o en el rendimiento académico?		
¿El niño/a presenta algún trastorno identificado por un médico?		

Observaciones del Evaluador:

--

ANEXO 6. INFORME INDIVIDUAL DE LOS NIÑOS PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO

Se plantea un tratamiento con enfoque cognitivo conductual, el cual busca disminuir la frecuencia e intensidad de los síntomas y facilitar estrategias para su control. La terapia de conducta trabaja con la hipótesis de que el comportamiento de los niños y de los adultos se puede modificar trabajando directamente sobre él mediante asociaciones adecuadas. La idea que justifica este enfoque es que se hacen las cosas en función de las consecuencias que se reciben. Miranda (2000), asegura que los pacientes que reciben este tipo de terapia obtienen los siguientes efectos positivos:

- Aumento de atención y mejora del rendimiento académico.
- Mejor autocontrol de la actividad motora excesiva.
- Mejora de la interacción social, como consecuencia del control de la impulsividad.

Por otra parte, los métodos cognitivos centran la atención en trabajar con los procesos cognitivos y los procesos mentales que regulan la conducta para ayudar al niño a ser autónomo e incrementar su autocontrol. En este sentido, se destacan entonces algunas técnicas utilizadas en la terapia cognitivo conductual (Anexo 1).

PLAN DE TRATAMIENTO: Se les explica a los padres, adaptando la información a sus posibilidades de comprensión, en qué consiste el trastorno, insistiendo en la naturaleza involuntaria de la gran mayoría de los síntomas, se informa sobre cómo la psicología enseña a minimizarlos o disminuirlos, de la misma manera se les debe aclarar cómo la conducta de ellos puede influir negativa o positivamente en el comportamiento de su hijo. Con lo anterior, se busca dotar a los padres de un mínimo de habilidades en el manejo de contingencias y proporcionarles conocimientos básicos de cómo pueden manejar las conductas disruptivas en casa y de esta manera producir en el ámbito familiar los reajustes ambientales necesarios que mejoren las condiciones estimulares que sean consideradas como favorecedoras o mantenedoras de la hiperactividad.

Se les recomienda iniciar tratamiento cognitivo conductual con los menores. En terapia se propone la realización de las técnicas (Anexo 1).

FORMULACIÓN DE CASO 1

Fecha: Febrero 17 de 2010.

Nombres y apellidos: C.A.F.A.

Fecha de nacimiento: 26 de Abril de 2002.

Edad: 8 Años.

Género: Masculino

Nivel académico: 4º Primaria.

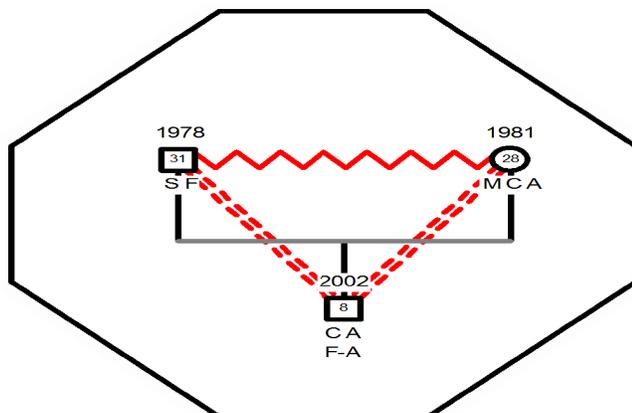
Motivo de consulta:

“Lo que pasa es que ya estoy desesperada con el comportamiento de C.A.F.A, todo los días estamos discutiendo porque no me quiere hacer caso, pensé que de pronto tenía un problema en el oído y que tal vez no me escuchaba pero no, porque él se sienta a ver televisión y se concentra, dura todo un día sentado frente al televisor, cada vez que le doy una orden me dice que sí, que lo hace inmediatamente, pero nunca hace lo que le pido, para que haga las tareas me tengo que sentar con él y ayudarle porque se quiere levantar del comedor todo el tiempo”.

Consumo actual de medicamentos: SI X NO ___

Cuáles: Ritalina

Estructura familiar:



Relaciones familiares (canales de comunicación, pautas de crianza, conflictos y actividades en el hogar):

Las relaciones que se establecen en el contexto familiar de C.A.F.A, son conflictivas, debido a las constantes discusiones que tienen por su desobediencia, la cual a su vez ha generado conflictos internos con sus padres.

Antecedentes familiares:

Padre, con diagnóstico de Trastorno Afectivo Bipolar y madre Depresiva.

Dinámica (figuras de autoridad, toma de decisiones, manejo del poder):

La principal figura de autoridad en el hogar es la madre, ella es quien trabaja y se encarga de los gastos familiares, el papá del menor, debido a su trastorno psiquiátrico, presenta crisis seguidas.

Antecedentes personales (psíquicos, consultas por hospitalización):

Diagnosticado por Psiquiatría con TDAH.

Conductas sociales y emocionales (aceptación de figuras de autoridad y normas, empleo de la mentira y manipulación):

C.A.F.A, expresa que se siente bien en algunas ocasiones en el colegio, pero cuando puede jugar con sus compañeros, la mayoría de juegos que practica son de contacto físico, le parece aburrido tener que entrar a clases, se distrae fácilmente e interrumpe a sus compañeros con el fin de distraerlos también.

EXAMEN MENTAL

PORTE Y ACTITUD: Sin alteración.

ATENCIÓN: Alterada.

ORIENTACIÓN: Sin alteración.

PENSAMIENTO: Sin alteración.

MEMORIA: Alterada.

SENSOPERCEPCIÓN: Sin alteración.

SUEÑO: Sin alteración.

LENGUAJE: Alterado.

CONCIENCIA: Sin alteración.

AFECTO: Sin alteración.

CONDUCTA MOTORA: Alterada.

INTELIGENCIA: Sin alteración.

JUICIO Y RACIOINIO: Sin alteración.

VALORACION MULTIAXIAL

EJE I: TDAH.

EJE II: No presenta

EJE III: No presenta

EJE IV: Dificultades en sus relaciones interpersonales debido a su mal comportamiento.

EJE V: C.A.F.A es un niño funcional entre un 60 – 70%

Intervención Realizada:

Se ha realizado un total de 52 sesiones, durante aproximadamente 10 meses, en la cual, también ha sido fundamental la intervención con la madre del menor, con el fin de brindarle psicoeducación en el trastorno y además explicarle en que consiste la terapia y como debe realizar desde la casa la implementación de algunas técnicas. Básicamente las técnicas utilizadas con C.A.F.A fueron:

- Economía de fichas
- Uso de recompensas y castigos
- Actividades para propiciar la concentración.
- Establecimiento de horas específicas para tareas específicas.
- Modificación del plan de estudio.
- Expresión de emociones.
- Programa de modificación de conductas negativas.
- Tiempo Fuera.

- Enseñar estrategias de auto-instrucción y de resolución de problemas
- Establecimiento de registros diarios.
- Instrucciones auto dirigidas.

Resultados de la intervención realizada a partir de las técnicas Cognitivo Conductuales como Actividad complementaria al proceso de práctica:

Área Comportamental: Disminución significativa de algunos síntomas detectados al inicio de la valoración, en general se puede decir que hay una mejoría importante en cuanto al control de la impulsividad. Con el tratamiento implementado, se consiguió que el menor fuera capaz de alcanzar por sí mismo una total autonomía en la regulación de su comportamiento (autocontrol, adaptación a las normas sociales, etc.), por otra parte, logró obtener mayor autonomía física, referida está en términos de hábitos de la vida diaria, orden, colaboración, etc.

Área Social: De la misma manera mejoró notablemente las habilidades sociales.

Área Emocional: En el área emocional se perciben algunas situaciones conflictivas que están relacionadas a la relación con su padre, ya que es muy agresivo y no hay un manejo adecuado de las órdenes por parte del padre, provocando esto sentimientos de tristeza en el menor.

Área Cognitiva: Mejoría importante en el rendimiento académico, en cuanto al déficit de atención, se presentan avances valiosos, mejoró la capacidad para separar la información relevante de la irrelevante.

FORMULACIÓN DE CASO 2

Fecha: 16 de Febrero de 2010.

Nombres y apellidos: D.F.E.M.

Fecha de nacimiento: Mayo 28 de 1999.

Edad: 10 Años.

Género: Masculino

Nivel académico: 5° Primaria.

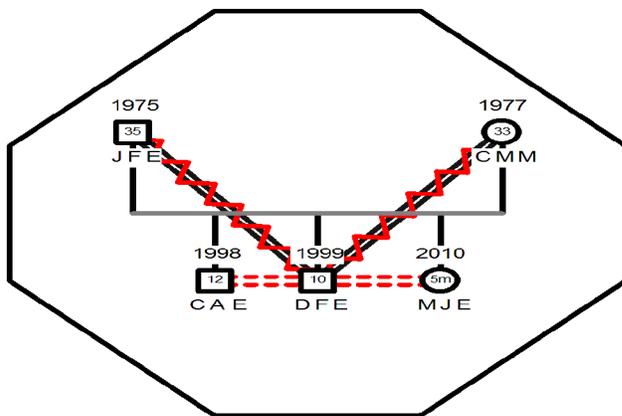
Motivo de consulta:

“Bueno, la verdad es que ya no sé qué hacer con mi hijo, le hablo, le doy consejos, lo tratamos súper bien en la casa, pero su comportamiento cada día es peor, parece que tuviera un motor por dentro, hace cosas terribles con los hermanitos, en estos días le quemó los zapatos a su hermano mayor, a la hermanita le hace maldades, en el colegio ha desmejorado notablemente su comportamiento, y las quejas de los profesores han sido muy frecuentes últimamente, ya no sé qué más hacer porque siento que me va a volver loca, he tenido muchos problemas con mi esposo por su culpa”.

Consumo actual de medicamentos: SI X NO ___

Cuáles:Ritalina

Estructura familiar:



Relaciones familiares (canales de comunicación, pautas de crianza, conflictos y actividades en el hogar):

Las relaciones que se establecen en el contexto familiar de D.F.E.M, se han tornado muy conflictivas por sus cambios comportamentales, su madre y padre son personas muy afectuosas y aún en esos momentos de conflictos familiares, a causa de su mal comportamiento, intentan ser lo más prudentes posibles, dándole un buen trato; sin embargo, el menor no mejora su actitud, por lo cual han tenido que castigarlo en varias ocasiones.

Antecedentes familiares:

Ninguno.

Dinámica (figuras de autoridad, toma de decisiones, manejo del poder):

La principal figura de autoridad en el hogar es el padre, aunque como él trabaja todo el día, esta función es llevada a cabo por su madre.

Antecedentes personales (psíquicos, consultas por hospitalización):

Diagnóstico de Hiperactividad, emitido por el psiquiatra.

Conductas sociales y emocionales (aceptación de figuras de autoridad y normas, empleo de la mentira y manipulación):

D.F.E.M, asegura sentirse cómodo y tranquilo, al parecer aún no ha comprendido los conflictos que ha generado por su comportamiento inadecuado.

EXAMEN MENTAL

PORTE Y ACTITUD: Sin alteración.

ATENCION: Alterada.

ORIENTACIÓN: Sin alteración.

PENSAMIENTO: Sin alteración.

MEMORIA: Alterada.

SENSOPERCEPCIÓN: Sin alteración.

SUEÑO: Sin alteración.

LENGUAJE: Alterado.

CONCIENCIA: Sin alteración.

AFECTO: Sin alteración.

CONDUCTA MOTORA: Sin alteración.

INTELIGENCIA: Sin alteración.

JUICIO Y RACIOINIO: Sin alteración.

VALORACION MULTIAXIAL

EJE I: TDAH.

EJE II: No presenta

EJE III: No presenta

EJE IV: Dificultades en sus relaciones interpersonales debido a su mal comportamiento.

EJE V: D.F.E.M es un niño funcional entre un 60 – 70%

Intervención Realizada:

Se ha realizado un total de 4 sesiones, durante aproximadamente 1 mes, las técnicas que se han utilizado con D.F.E.M han sido las siguientes:

- Tiempo Fuera.
- Enseñar estrategias de auto-instrucción y de resolución de problemas
- Normas para la obediencia
- Economía de fichas

Resultados de la intervención realizada a partir de las técnicas Cognitivo Conductuales como Actividad complementaria al proceso de práctica:

Área Comportamental: El menor ha recibido tratamiento psicológico de aproximadamente 4 sesiones, tiempo en el cual se elaboraron estrategias en solución de conflictos, sin embargo se debe aclarar que fue dispendioso que el menor las ejecutara ya que era muy impulsivo, además el proceso se suspendió abruptamente ya que por su mal comportamiento se evidencia disfuncionalidad dentro de su núcleo familiar, al punto de desencadenar depresión en su madre quien actualmente aún se encuentra hospitalizada en una clínica psiquiátrica.

Área Social: Conflictos constantes con sus pares debido a que quiere ser el líder de su grupo, pero no permite que sus compañeros opinen o tomen decisiones. Por otra parte, los conflictos a nivel familiar cada vez son más constantes, lo cual ha generado distanciamiento con sus hermanos, ya que lo ven como el culpable del estado actual de su madre.

Área Emocional: El menor se percibe afectado notablemente por el estado de su madre, sin embargo no dimensiona la gravedad de la situación, es decir, en este punto el paciente no es consciente de lo que se ha generado a nivel familiar por su mal comportamiento.

Área Cognitiva: En lo referente a su actitud en el aula de clases, según relata su profesor, ha mejorado notablemente en cuanto a atender a sus explicaciones, sin embargo manifiesta que molesta mucho a sus compañeros y se levanta de su silla con cualquier excusa. El rendimiento escolar ha mejorado por ende, ha recuperado varias asignaturas que ya había perdido con anterioridad.

FORMULACIÓN DE CASO 3

Fecha: 9 de Mayo de 2010.

Nombres y apellidos: D.L.S.S

Fecha de nacimiento: 31 de Enero de 2002.

Edad: 8 Años.

Género: Masculino

Nivel académico: 2º Primaria.

Motivo de consulta:

“Pues la verdad es que él ya lleva 3 años en Terapia Ocupacional, porque en el colegio tiene bastantes problemas, los profesores siempre me han dado quejas de él, que es muy inquieto, que no presta atención en clase, pero yo creo que él lo que necesita es psicología porque no sé de qué manera tratarlo ni como hablarle, no me hace caso en nada de lo que le digo, me dice que no tiene tareas y después me mandan notas del colegio que no está llevando las tareas asignadas, se la pasa haciendo otras cosas en la casa menos orden, juega con todo lo que encuentra, me desbarata los radios, los juguetes de pila de sus hermanos se los ha dañado, para volverlos a arreglar”

Consumo actual de medicamentos: SI _____ NO X

Cuáles: _____

D.L.S.S asegura sentirse aburrido porque los compañeros de clase se alejan de él, tal vez porque la profesora lo regaña mucho.

EXAMEN MENTAL

PORTE Y ACTITUD: Sin alteración.

ATENCION: Alterada.

ORIENTACIÓN: Sin alteración.

PENSAMIENTO: Sin alteración.

MEMORIA: Sin alteración.

SENSOPERCEPCIÓN: Sin alteración.

SUEÑO: Sin alteración.

LENGUAJE: Sin alteración.

CONCIENCIA: Sin alteración.

AFECTO: Sin alteración.

CONDUCTA MOTORA: Sin alteración.

INTELIGENCIA: Sin alteración.

JUICIO Y RACIOINIO: Sin alteración.

VALORACION MULTIAXIAL

EJE I: TDAH.

EJE II: No presenta

EJE III: No presenta

EJE IV: Dificultades en sus relaciones interpersonales debido a su mal comportamiento.

EJE V: D.L.S.S es un niño funcional entre un 60 – 70%

Resultados de la intervención realizada a partir de las técnicas Cognitivo Conductuales como Actividad complementaria al proceso de práctica:

No se ha iniciado el tratamiento psicológico, solo se ha realizado la evaluación y aplicación de la prueba, sin embargo recibe terapia ocupacional hace aproximadamente 2 años. Se espere iniciar la intervención con el menor y sus tutores próximamente.

Área Cognitiva: La terapeuta ocupacional del menor, refiere que consiguió avances importantes durante el proceso terapéutico, se cerró dicho proceso por los avances que se dieron durante la intervención, disminuyó la cantidad de quejas de los docentes en cuanto a su déficit de atención, asimila más rápido la información que se le da y la sistematiza de manera organizada. Las actividades que inicia las termina y programa las de mayor relevancia en su orden de necesidades y prioridades.

FORMULACIÓN DE CASO 4

Fecha: Enero 18 de 2010

Nombres y apellidos: J.M.D.R

Fecha de nacimiento: 16 diciembre de 1997

Edad: 12 años

Género: Masculino

Nivel académico: 6° Bachillerato

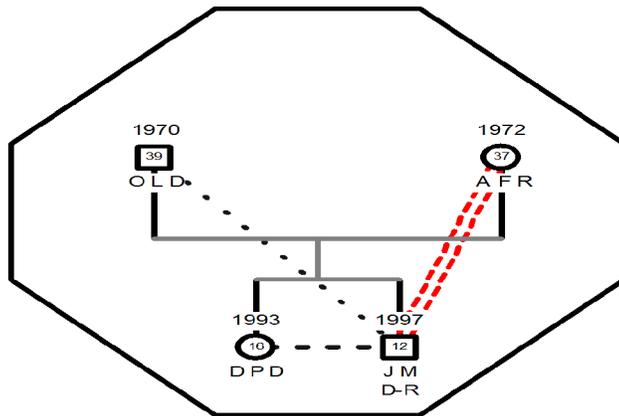
Motivo de consulta:

“La verdad es que ya no sabemos que más hacer con J.M, es desatento, desobediente, quiere estar jugando todo el tiempo, probando cosas, sale con unos inventos que no sabemos de dónde los escucha o si es que él ya tiene la mente tan amplia que de verdad se los inventa el, quiere hacer cosas con fuego, baterías, todo el tiempo está haciendo un invento nuevo en la casa, y pues hasta los vecinos nos han dado quejas porque también involucra a los niños del conjunto en esas y pues los papás no están de acuerdo en eso”

Consumo actual de medicamentos: SI X NO ____

Cuáles: Ritalina

Estructura familiar:



Relaciones familiares (canales de comunicación, pautas de crianza, conflictos y actividades en el hogar):

Las relaciones que se establecen en el contexto familiar de J.M.D.R, son agradables, mientras esta juicioso, pero para que eso ocurra le deben prometer premios o cuando está castigado, de lo contrario la casa es un caos completo.

Antecedentes familiares:

Ninguno

Dinámica (figuras de autoridad, toma de decisiones, manejo del poder):

La principal figura de autoridad en el hogar es el padre, pero la madre viene a hacer parte fundamental de esta, ya que es quien esta durante todo el día en la casa.

Antecedentes personales (psíquicos, consultas por hospitalización):

Diagnosticado por Psiquiatría de TDAH.

Conductas sociales y emocionales (aceptación de figuras de autoridad y normas, empleo de la mentira y manipulación):

J.M.D.R, expresa que se siente bien, que él no ve ningún problema, que mientras el rinda en el colegio todo está bien. Reconoce que la mayoría de las veces desobedece, no solo a sus padres si no a los demás adultos que lo rodean (profesores).

EXAMEN MENTAL

PORTE Y ACTITUD: Sin alteración.

ATENCION: Alterada.

ORIENTACIÓN: Sin alteración.

PENSAMIENTO: Sin alteración.

MEMORIA: Alterada.

SENSOPERCEPCIÓN: Sin alteración.

SUEÑO: Sin alteración.

LENGUAJE: Sin alteración.

CONCIENCIA: Sin alteración.

AFECTO: Sin alteración.

CONDUCTA MOTORA: Alterada.

INTELIGENCIA: Sin alteración.

JUICIO Y RACIOINIO: Sin alteración.

VALORACION MULTIAXIAL

EJE I: TDAH.

EJE II: No presenta

EJE III: No presenta

EJE IV: Dificultades en sus relaciones interpersonales debido a su mal comportamiento.

EJE V: J.M.D.R es un niño funcional entre un 60 – 70%

Intervención Realizada:

Se ha realizado un total de 21 sesiones, durante aproximadamente meses, en el cual sus padres han estado involucrados, con el fin de utilizadas con J.M.D. R fueron:

- Economía de fichas
- Uso de recompensas y castigos
- Actividades para propiciar la concentración.
- Programa de modificación de conductas negativas.
- Tiempo Fuera.

- Enseñar estrategias de auto-instrucción y de resolución de problemas
- Establecimiento de registros diarios.
- Instrucciones auto dirigidas.

Resultados de la intervención realizada a partir de las técnicas Cognitivo Conductuales como Actividad complementaria al proceso de práctica:

Área Comportamental: Prima la impulsividad sobre la hiperactividad, es un poco acelerado en ejecutar las ordenes que se le dan, sin haberlas escuchado completamente, básicamente se refiere al hecho de no pensar o procesar bien la información que se le da, lo cual ha dificultado un poco lo referente a la obediencia.

Área Social: La relación con sus pares es disfuncional debido a su mal comportamiento, ocasionando inconvenientes con los compañeros de clase o con sus vecinos, puesto que organiza actividades que generan desorden y caos.

Área Emocional: Refiere que a veces se siente triste porque sus amigos lo rechazan, aunque considera no saber porque, ya que cree que su actitud es buena. No acepta explicaciones que se hagan de su mal comportamiento.

Área Cognitiva: En lo referente a su actitud en el aula de clases, según relata su profesor, ha mejorado notablemente en cuanto a atender a sus explicaciones, sin embargo manifiesta que molesta mucho a sus compañeros y se levanta de su silla con cualquier excusa. El rendimiento escolar ha mejorado, ha recuperado varias asignaturas que ya había perdido con anterioridad. En su casa, tarda mucho tiempo en obedecer para sentarse a hacer sus tareas. Sin embargo, ha mejorado la secuencia en sus actividades, sin dejarlas incompletas. Prefiere jugar, pero juegos en los que tenga que competir y en repetidas ocasiones tiene conflictos con sus compañeros. Se enfada cuando no salen las cosas como él quiere y/o cuando los niños no quieren jugar con él. Se observa entonces que el menor ha obtenido resultados óptimos a nivel de sus procesos cognitivos, como aprendizaje, memoria y atención, sin embargo es de suma importancia dejar claro que el componente emocional y comportamental se está trabajando actualmente. Por lo cual en él predomina más su hiperactividad e impulsividad que la inatención.

FORMULACIÓN DE CASO 5

Fecha: Junio 2 de 2010

Nombres y apellidos: J.E.G.T

Fecha de nacimiento: 26 de Octubre de 2000

Edad: 9 años

Género: Masculino

Nivel académico: 5° Primaria.

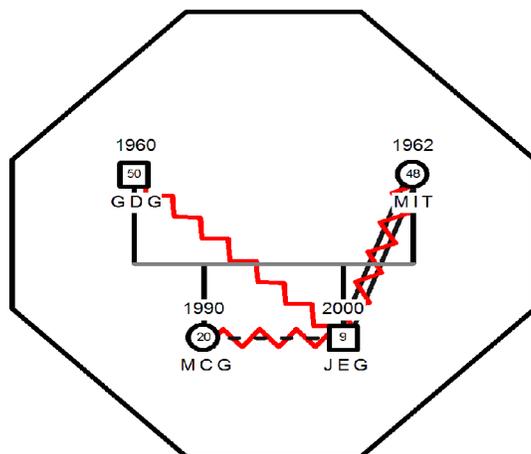
Motivo de consulta:

“Bueno, la verdad es que ya estamos desesperados con J.E, lo tratamos bien y no se comporta como debe, lo castigamos y tampoco, entonces ya no sabemos cómo tratarlo”

Consumo actual de medicamentos: SI NO X

Cuáles: _____

Estructura familiar:



Relaciones familiares (canales de comunicación, pautas de crianza, conflictos y actividades en el hogar):

Las relaciones que se establecen en el contexto familiar de J.E.G.T, son demasiado hostiles la mayoría de las veces porque siempre está haciendo algo que le molesta a alguien, por lo

cual la comunicación se ha tornado agresiva, en la medida que se opta por gritar, ya que sus padres dicen que pareciera que no escuchara.

Antecedentes familiares:

Ninguno

Dinámica (figuras de autoridad, toma de decisiones, manejo del poder):

La principal figura de autoridad en el hogar es el padre, sin embargo es importante mencionar que el menor permanece solo en casa ya que sus dos padres trabajan todo el día.

Antecedentes personales (psíquicos, consultas por hospitalización):

Ninguno

Conductas sociales y emocionales (aceptación de figuras de autoridad y normas, empleo de la mentira y manipulación):

J.E.G.T dice sentirse cómodo como es, que es divertido, porque la mayor parte del tiempo es aburrido ya que permanece solo, entonces por eso hace cosas que le den emoción, dice además que le hace más caso a su papá, porque él le habla mejor y en él puede confiar, mientras que su madre lo grita mucho.

EXAMEN MENTAL

PORTE Y ACTITUD: Sin alteración.

ATENCION: Alterada.

ORIENTACIÓN: Sin alteración.

PENSAMIENTO: Sin alteración.

MEMORIA: Alterada.

SENSOPERCEPCIÓN: Sin alteración.

SUEÑO: Sin alteración.

LENGUAJE: Sin alteración.

CONCIENCIA: Sin alteración.

AFECTO: Sin alteración.

CONDUCTA MOTORA: Sin alteración.

INTELIGENCIA: Sin alteración.

JUICIO Y RACIOINIO: Sin alteración.

VALORACION MULTIAXIAL

EJE I: TDAH.

EJE II: No presenta

EJE III: No presenta

EJE IV: Dificultades en sus relaciones interpersonales debido a su mal comportamiento.

EJE V: J.E.G.T es un niño funcional entre un 60 – 70%

Resultados de la intervención realizada a partir de las técnicas Cognitivo Conductuales como Actividad complementaria al proceso de práctica:

El menor no recibió tratamiento psicológico, la intervención que recibió fue solo de terapia ocupacional durante 17 meses, debido a su bajo rendimiento académico, cuyo aspecto fue sobrevalorado por sus padres, obviando el componente comportamental.

La terapia que recibió el menor, le permitió corregir ciertos hábitos de estudio, pudo mejorar o reforzar su rendimiento académico sustancialmente y fortalecer habilidades que lo llevaron triunfar donde antes había un fracaso escolar. Lo cual generó satisfacción en sus padres, por la evidente mejoría del menor a nivel cognitivo.

FORMULACIÓN DE CASO 6

Fecha: Febrero 08 de 2010

Nombres y apellidos: L.A.M.A

Fecha de nacimiento: Agosto 31 de 2002

Edad: 7 años

Género: Masculino

Nivel académico: 3° Primaria.

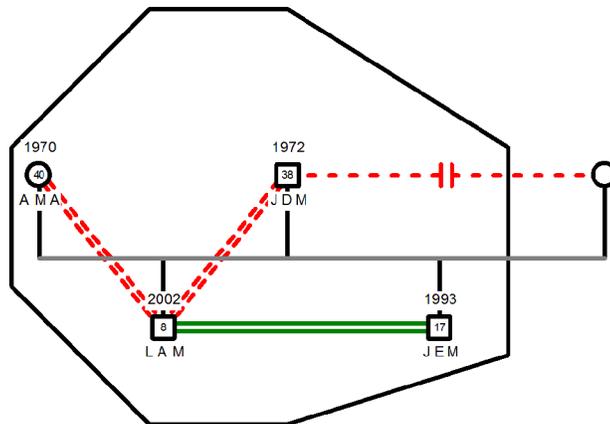
Motivo de consulta:

“Él ya ha estado en psicología varias veces pero nunca hemos seguido el proceso por diferentes motivos, pero ahora llego un punto en el que las cosas que él hace, creemos que no son normales, nos preguntamos ¿de dónde sacara eso? Todo el tiempo está preguntando psicológico y haciendo cosas que a nosotros nunca se nos hubieran ocurrido. En el colegio los profesores ya no se lo soportan, así que nos dijeron que tenía que empezar tratamiento para que lo dejaran continuar estudiando ahí y que si no mejoraba ya no lo recibían más y nos tocaba buscar otro colegio que nos lo reciba”

Consumo actual de medicamentos: SI X NO ___

Cuáles: Ritalina

Estructura familiar:



Relaciones familiares (canales de comunicación, pautas de crianza, conflictos y actividades en el hogar):

Las relaciones que se establecen en el contexto familiar de L.A.M.A, se tornan demasiado hostiles, toda vez que cualquier cosa que se le deba decir al menor, solo funciona a través de los gritos, es decir, se le dice en varias ocasiones y de buena manera pero no obedece, finalmente lo gritan y si obedece. Vive con su medio hermano de 16 años, quien es un poco rebelde y quiere imitar conductas de él también. Su comportamiento hiperactivo ha sido igual desde que tenía aproximadamente 3 años.

Antecedentes familiares:

Ninguno

Dinámica (figuras de autoridad, toma de decisiones, manejo del poder):

La principal figura de autoridad en el hogar es el padre, sin embargo debido a su trabajo, entonces es su madre quien lleva esta labor mayormente, aunque, en los últimos meses ha sido dejado al cuidado de otras personas, debido a la enfermedad actual de su madre, la cual la obliga a ausentarse del hogar muy a menudo para realizarse las quimioterapias.

Antecedentes personales (psíquicos, consultas por hospitalización): Diagnosticado por Psiquiatría con TDAH.

Conductas sociales y emocionales (aceptación de figuras de autoridad y normas, empleo de la mentira y manipulación):

L.A.M.A, manifiesta que todo lo que él hace es bueno, que él no se inventa nada, dice que los locos son sus papás que creen que él no es normal, que muchas cosas que él hace se las dice un fantasma y el diablo que duerme debajo de su cama. Es así como se detecta que el menor presenta conductas mitómanas y manipuladoras para llamar la atención de sus padres.

EXAMEN MENTAL

PORTE Y ACTITUD: Sin alteración.

ATENCION: Alterada.

ORIENTACIÓN: Sin alteración.

PENSAMIENTO: Alterado.

MEMORIA: Alterada.

SENSOPERCEPCIÓN: Sin alteración.

SUEÑO: Alterado.

LENGUAJE: Alterado.

CONCIENCIA: Sin alteración.

AFECTO: Sin alteración.

CONDUCTA MOTORA: Alterada.

INTELIGENCIA: Sin alteración.

JUICIO Y RACIOINIO: Sin alteración.

VALORACION MULTIAXIAL

EJE I: TDAH.

EJE II: No presenta

EJE III: No presenta

EJE IV: Dificultades en sus relaciones interpersonales debido a su mal comportamiento.

EJE V: L.A.M.A es un niño funcional entre un 60 – 70%

Resultados de la intervención realizada a partir de las técnicas Cognitivo Conductuales como Actividad complementaria al proceso de práctica:

Durante la información recogida en la valoración psicológica, se detectó que el menor ya había recibido terapia ocupacional, alrededor de un año y 2 meses, por un déficit de atención, sugerido por su maestra, sin embargo es remitido nuevamente a psicología, ya que su comportamiento no ha sido el mejor desde sus primeros años, dándosele mayor importancia al aspecto educativo, obviando el comportamental y emocional.

El menor asistió a la valoración y 2 citas de psicología donde solo se pudo realizar el proceso de evaluación, ya que el menor no volvió, al intentar conocer los motivos de la deserción, se confirmó que la razón de ausencia al tratamiento fue el estado de salud de la madre.

Área Cognitiva: Los resultados obtenidos son basados en las terapias ocupacionales, recibidas con anterioridad, mejoró significativamente el rendimiento académico, pudo fijar más su atención y cambiar los hábitos de estudio que llevaba desde preescolar.

FORMULACIÓN DE CASO 7

Fecha: Marzo 23 de 2010

Nombres y apellidos: S.C

Fecha de nacimiento: Abril05 de 2003

Edad: 7 Años

Género: Masculino

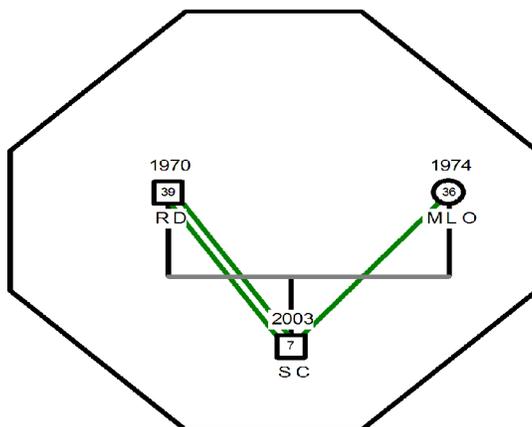
Nivel académico: 2° Primaria

Motivo de consulta:

“Definitivamente ya no sabemos que más hacer con él, en la casa siempre es una lucha para que haga caso, para que se esté quieto y no moleste tanto a su hermana, no hace tareas cuando tiene que hacerlas, entonces al otro día se levanta diciendo que tiene una tarea que hacer, y nos toca a todos ponernos a correr para hacerle la tarea. Todas las noche haya que pelear con él para que se acueste temprano porque quiere es estar jugando y trepándose en todas partes, con los niños del colegio y del conjunto se la pasan haciendo travesuras y todo el tiempo me llaman a la casa a darme quejas y a decirme que me presente en el colegio”.

Consumo actual de medicamentos: SI __NO X

Estructura familiar:



Relaciones familiares (canales de comunicación, pautas de crianza, conflictos y actividades en el hogar):

Las relaciones que se establecen en el contexto familiar de S.C son buenas en general, el inconveniente que ve la familia, es la falta de compromiso del menor con sus responsabilidades, y es eso lo que hace que se agote la paciencia de sus padres y entren a discutir unos con otros.

Antecedentes familiares:

Ninguno

Dinámica (figuras de autoridad, toma de decisiones, manejo del poder):

La principal figura de autoridad en el hogar es el padre, pero la madre viene a hacer parte fundamental de esta, ya que es quien esta durante todo el día en la casa.

Antecedentes personales (psíquicos, consultas por hospitalización):

Ninguno

Conductas sociales y emocionales (aceptación de figuras de autoridad, normas, empleo de la mentira y manipulación):

A menudo no presta atención a los detalles, tiene errores por descuido y el trabajo escolar suele ser sucio y desordenado, tiene dificultades para mantener la atención, a menudo, parece no escuchar cuando se le habla directamente, parece tener la mente en otro lugar o como si no oyera. No obedece lo que sus padres o maestros le piden y es en ese momento cuando empiezan las dificultades y los llamados de atención.

EXAMEN MENTAL

PORTE Y ACTITUD: Sin alteración.

ATENCIÓN: Alterada.

ORIENTACIÓN: Sin alteración.

PENSAMIENTO: Sin alteración.

MEMORIA: Alterada.

SENSOPERCEPCIÓN: Sin alteración.

SUEÑO: Sin alteración.

LENGUAJE: Sin alteración.

CONCIENCIA: Sin alteración.

AFECTO: Sin alteración.

CONDUCTA MOTORA: Alterada.

INTELIGENCIA: Sin alteración.

JUICIO Y RACIOINIO: Sin alteración.

VALORACION MULTIAXIAL

EJE I: TDAH.

EJE II: No presenta

EJE III: No presenta

EJE IV: Dificultades en sus relaciones interpersonales debido a su mal comportamiento.

EJE V: S.C es un niño funcional entre un 70 – 80%

Resultados de la intervención realizada a partir de las técnicas Cognitivo Conductuales como Actividad complementaria al proceso de práctica:

Área Comportamental: el menor fue valorado por psicología, con el fin de iniciar la intervención Cognitivo Conductual para modificar el comportamiento hiperactivo e impulsivo, pero ha sido muy difícil la programación de dichas citas por el horario de estudio del menor y porque sus padres no han adquirido aún un compromiso real y significativo de lo que este comportamiento amerita.

Área Cognitiva: El menor recibe tratamiento de terapia ocupacional hace más o menos 3 años con la misma terapeuta, quien manifiesta que su principal dificultad es mantener su atención en una sola actividad, sin embargo, a lo largo de estos años, ha habido avances importantes, comparados a los que presentaba el menor al momento de ingresar por primera vez.

FORMULACIÓN DE CASO 8

Fecha: Junio 02 de 2010

Nombres y apellidos: A.M.R

Fecha de nacimiento: Diciembre 24 de 1999

Edad: 10 años

Género: Masculino

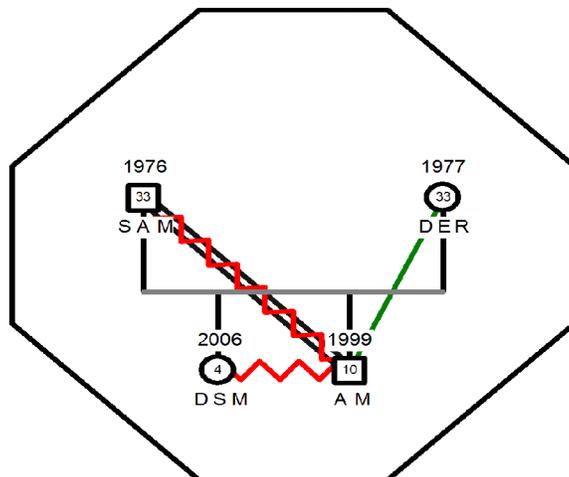
Nivel académico: 4° Primaria.

Motivo de consulta: “En realidad ha sido imposible conseguir que A.M.R, se quede quieto, obedezca y permanezca en actitud de respeto frente a sus profesores y en la casa. Le hemos prometido premios si se porta bien, lo hemos castigado cuando no cumple, pero a él le da igual, no le importa si lo tenemos castigado, se pone a hacer otras cosas y ya, es más, cuando está castigado es cuando más molesta a su hermana, no la deja en paz, su papá es el más tranquilo para hablar con él, lo sienta en las piernas y todo, pero a él eso le da igual”

Consumo actual de medicamentos: SI ___NOX

Cuáles: _____

Estructura familiar:



Relaciones familiares (canales de comunicación, pautas de crianza, conflictos y actividades en el hogar):

Las relaciones que se establecen en el contexto familiar de A.M.R, son agradables, mientras esta juicioso, pero para que eso ocurra le deben prometer premios o cuando está castigado, de lo contrario la casa es un caos completo.

Antecedentes familiares:

Ninguno

Dinámica (figuras de autoridad, toma de decisiones, manejo del poder):

La principal figura de autoridad en el hogar son el padre y la madre en la misma proporción.

Antecedentes personales (psíquicos, consultas por hospitalización): Presenta diagnóstico de TDAH por psiquiatría.

Conductas sociales y emocionales (aceptación de figuras de autoridad y normas, empleo de la mentira y manipulación): El menor presenta muchos inconvenientes a nivel de relaciones interpersonales con sus compañeros de clase, al punto que se siente rechazado, porque por su mal comportamiento ha involucrado a otros niños y esto les ha generado problemas a todos.

EXAMEN MENTAL

PORTE Y ACTITUD: Sin alteración.

ATENCION: Alterada.

ORIENTACIÓN: Sin alteración.

PENSAMIENTO: Sin alteración.

MEMORIA: Alterada.

SENSOPERCEPCIÓN: Sin alteración.

SUEÑO: Sin alteración.

LENGUAJE: Sin alteración.

CONCIENCIA: Sin alteración.

AFECTO: Sin alteración.

CONDUCTA MOTORA: Sin alteración.

INTELIGENCIA: Sin alteración.

JUICIO Y RACIOINIO: Sin alteración.

VALORACION MULTIAXIAL

EJE I: TDAH.

EJE II: No presenta

EJE III: No presenta

EJE IV: Dificultades en sus relaciones interpersonales debido a su mal comportamiento.

EJE V: A.M.R es un niño funcional entre un 70 – 80%.

Resultados de la intervención realizada a partir de las técnicas Cognitivo Conductuales como Actividad complementaria al proceso de práctica:

El menor recibe tratamiento de terapia ocupacional hace 9 meses, fue valorado por psicología, sin embargo no se ha iniciado ningún proceso terapéutico.

Área Cognitiva: Su desempeño académico ha sido favorable, al punto que se siente más seguro del resultado de sus actividades, las realiza solo, se programa en sus actividades con mayor relevancia, dejando para un segundo plano las menos importantes. Mejoro además, los hábitos de estudio.

FORMULACIÓN DE CASO 9

Fecha: Enero 21 de 2010

Nombres y apellidos: J.T.C.L

Fecha de nacimiento: Noviembre 24 de 2002

Edad: 8 Años

Género: Femenino

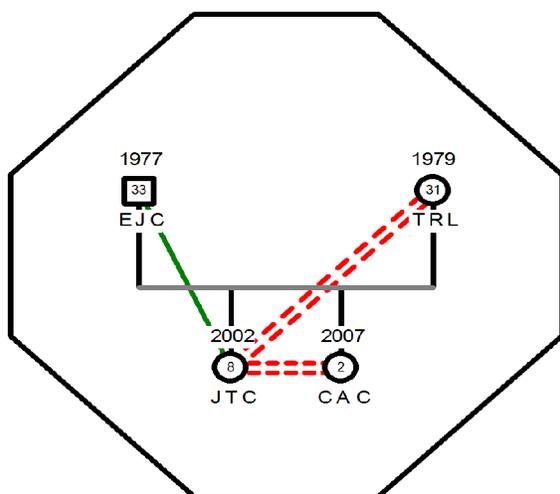
Nivel académico: Tercero Primaria

Motivo de consulta: “Lo que pasa es que fuimos a una cita médica que tenía la niña y la doctora se demoró en atendernos, cuando entramos a la cita, la niña le dijo a la doctora que ella estaba aburrida de esperar, que ella odiaba que la hicieran esperar, que por eso nunca hacia filas en el colegio para comprar la merienda, la doctora aprovecho y me pregunto sobre el comportamiento de ella en la casa y en el colegio y le dije que era igual, que ella solo hace lo que ella quiere, todo el tiempo está corriendo y haciendo lo prohibido, por eso nos remitieron para psicología”

Consumo actual de medicamentos: SI ___NOX

Cuáles: _____

Estructura familiar:



Relaciones familiares (canales de comunicación, pautas de crianza, conflictos y actividades en el hogar):

Las relaciones que se establecen en el contexto familiar de J.T.C.L, son un poco conflictivas, ya que la mayor parte del tiempo está discutiendo con su madre debido a su mal comportamiento.

Antecedentes familiares:

Ninguno

Dinámica (figuras de autoridad, toma de decisiones, manejo del poder):

La principal figura de autoridad en el hogar son el padre y la madre en la misma proporción, los dos se dividen el cuidado de sus hijos ya que trabajan en diferentes jornadas.

Antecedentes personales (psíquicos, consultas por hospitalización):

Ninguno.

Conductas sociales y emocionales (aceptación de figuras de autoridad y normas, empleo de la mentira y manipulación): La menor tiene problemas con la obediencia en el colegio y en su casa, constantemente sus padres reciben quejas de su mal comportamiento en el aula de clase y de la misma manera es en el hogar.

EXAMEN MENTAL

PORTE Y ACTITUD: Sin alteración.

ATENCIÓN: Alterada.

ORIENTACIÓN: Sin alteración.

PENSAMIENTO: Sin alteración.

MEMORIA: Sin alteración.

SENSOPERCEPCIÓN: Sin alteración.

SUEÑO: Sin alteración.

LENGUAJE: Sin alteración.

CONCIENCIA: Sin alteración.

AFECTO: Sin alteración.

CONDUCTA MOTORA: Sin alteración.

INTELIGENCIA: Sin alteración.

JUICIO Y RACIONIO: Sin alteración.

VALORACION MULTIAXIAL

EJE I: TDAH.

EJE II: No presenta

EJE III: No presenta

EJE IV: Dificultades en sus relaciones interpersonales debido a su mal comportamiento.

EJE V: J.T.C.L es una niña funcional entre un 70 – 80%

Intervención Realizada:

Se ha realizado un total de 36 sesiones, durante aproximadamente 4 meses, en los cuales, también se realizaron procesos de psicoeducación e intervención con los padres de la menor, estas actividades por su parte han sido valiosas, ya que sus padres demuestran bastante interés en la pronta mejoría de su hija. Las técnicas utilizadas con J.T.C.L han sido:

- Economía de fichas
- Uso de recompensas y castigos
- Actividades para propiciar la concentración.
- Establecimiento de horas específicas para tareas específicas.
- Modificación del plan de estudio.
- Expresión de emociones.
- Programa de modificación de conductas negativas.
- Tiempo Fuera.
- Enseñar estrategias de auto-instrucción y de resolución de problemas
- Establecimiento de registros diarios.
- Instrucciones auto dirigidas.

Resultados de la intervención realizada a partir de las técnicas Cognitivo Conductuales como Actividad complementaria al proceso de práctica:

Área Comportamental: Logró ejercer un autocontrol de su actividad motora excesiva, como un requisito indispensable para que emerja la conducta atencional, modificación de determinadas conductas mediante el establecimiento de un programa de refuerzos en que se le indique al niño la razón y forma de conseguirlos. Además, tiene la capacidad de

conciencia de que la conducta debe ser ordenada y debe obedecer a motivaciones personales y sociales.

Área Social: Aprendió a generar y desarrollar habilidades sociales y de solución de problemas interpersonales. Así mismo, se percata que pueden surgir problemas y ser capaz de reconocerlos. Posee, entonces la capacidad de generar diferentes soluciones u opciones al enfrentar un problema, y crear una serie de posibilidades para resolverlas, por ende, tiene relaciones interpersonales más satisfactorias.

Área Emocional: La menor realiza tareas de autoinstrucciones del modelo (guía externa), con ejemplos basados de niños con buen comportamiento que mantienen buenas relaciones interpersonales, esto lo realiza dándose instrucciones en voz alta, susurrando las instrucciones, guiándose por su lenguaje interno.

Área Cognitiva: Facilidad en atender y procesar la información. Destreza para entender las instrucciones y operar mentalmente con información verbal o numérica. Es decir, presenta habilidades a la hora de organizar la información y actuar sobre la misma de una forma efectiva.

FORMULACIÓN DE CASO 10

Fecha: Enero 29 de 2010

Nombres y apellidos: J.A.T.H

Fecha de nacimiento: Mayo 10 de 2002

Edad: 8 años

Género: Masculino

Nivel académico: Cuarto Primaria

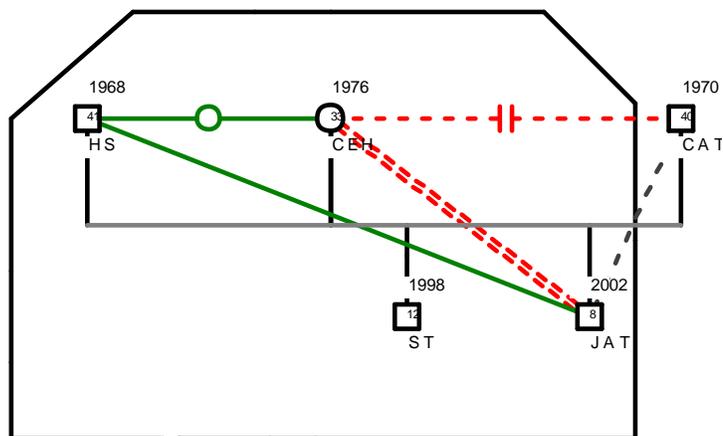
Motivo de consulta: “Es un poco difícil, porque son muchas cosas, J.A, es un niño muy tierno y muy inteligente, pero yo primero le tengo que decir las cosas muchas veces para que me obedezca, quiere estar todo el día en la calle con los vecinos y si es posible no se baña, ha llegado al punto de hacerse popis en los pantalones por no dejar de jugar, ya le han hecho todos los exámenes para ver si algún problema de control de esfínteres y no, eso le

pasa solo por estar jugando, aparte de todo pues no hace las tareas y ya cuando se tiene que ir para el colegio empieza a gritar que tiene tareas, y nos toca ponernos a ayudarle a hacer las tareas.”

Consumo actual de medicamentos: SI X NO ___

Cuáles: Ritalina

Estructura familiar:



Relaciones familiares (canales de comunicación, pautas de crianza, conflictos y actividades en el hogar):

Las relaciones que se establecen en el contexto familiar de J.A.T.H, son conflictivas, toda vez que maneja un comportamiento perturbador que ha sido imposible darle manejo. Las normas en casa se manejan por igual para los dos hermanos, sin embargo el manifiesta que la mayoría del tiempo la carga es más para él.

Antecedentes familiares:

Ninguno

Dinámica (figuras de autoridad, toma de decisiones, manejo del poder): El manejo de poder en el hogar es llevado a cabo por la madre del menor ya que son padres separados,

sin embargo las decisiones que se deben tomar en cuanto a los menores, se llevan a cabo por los dos padres, ya que manejan buena comunicación.

Antecedentes personales (psíquicos, consultas por hospitalización): Presenta diagnóstico de TDAH por psiquiatría.

Conductas sociales y emocionales (aceptación de figuras de autoridad y normas, empleo de la mentira y manipulación): A nivel de comportamiento presenta serios conflictos familiares e interpersonales, ya que no tolera las ordenes y pretende hacer lo que para él sea más gratificante.

EXAMEN MENTAL

PORTE Y ACTITUD: Sin alteración.

ATENCIÓN: Alterada.

ORIENTACIÓN: Sin alteración.

PENSAMIENTO: Sin alteración.

MEMORIA: Alterada.

SENSOPERCEPCIÓN: Sin alteración.

SUEÑO: Sin alteración.

LENGUAJE: Sin alteración.

CONCIENCIA: Sin alteración.

AFECTO: Sin alteración.

CONDUCTA MOTORA: Sin alteración.

INTELIGENCIA: Sin alteración.

JUICIO Y RACIONIO: Sin alteración.

VALORACION MULTIAXIAL

EJE I: TDAH.

EJE II: No presenta

EJE III: No presenta

EJE IV: Dificultades en sus relaciones interpersonales debido a su mal comportamiento.

EJE V: J.A.T.H es un niño funcional entre un 70 – 80%

Intervención Realizada:

Se ha realizado un total de 44 sesiones, durante aproximadamente 5 meses, en el que se ha involucrado a los padres y hermano mayor del menor, a pesar que sus padres están separados, mantienen buenas relaciones por el bienestar emocional de sus hijos, esto se dio a partir de la valoración inicial, cuando se percibió un ambiente un poco hostil entre los padres del menor, por lo cual se les recomendó que asistiera al proceso y poder establecer parámetro en la mejora del menor, las técnicas utilizadas con J.A fueron:

- Economía de fichas
- Uso de recompensas y castigos
- Actividades para propiciar la concentración.
- Establecimiento de horas específicas para tareas específicas.
- Modificación del plan de estudio.
- Expresión de emociones.
- Modificación de conductas negativas.
- Tiempo Fuera.
- Enseñar estrategias de auto-instrucción y de resolución de problemas
- Establecimiento de registros diarios.
- Instrucciones auto dirigidas.
- Lista de reforzadores significativos para el niño
- Normas para la obediencia

Resultados de la intervención realizada a partir de las técnicas Cognitivo Conductuales como Actividad complementaria al proceso de práctica:

Área Comportamental: Evolución del funcionamiento adaptativo, mejoría en la regularización del tono emocional, buena y sanas habilidades interpersonales y sociales. Y una notable mejoría en relación al control de esfínteres. Se debe recalcar el hecho de que el menor logró hacer procesos de autoevaluación de su conducta, autocorrección realizada

mediante la selección de estrategias de comportamiento más adecuadas para las situaciones concretas.

Área Social: Al iniciar las sesiones se debe establecer reglas que estipulen que no se aceptan soluciones inmaduras y poco realistas, pudiéndose emplear el costo de respuestas para disminuir dichas contestaciones, y a través de un dialogo entre el niño y el terapeuta se analiza cómo piensa el niño, y se le guía en la solución de problemas sociales que pueden ser propuestos por el propio niño.

Área Emocional: presenta respuestas sociales adecuadas y rápidas, reaccionan con asertividad y con sentimientos de tranquilidad. Por esta razón se considera importante el entrenamiento que recibió el niño en el uso de algunas técnicas de autocontrol y relajación.

Área Cognitiva: Se estimuló y entreno al menor, para capacitarlo en la mejoría de sus problemas de atención y en el control de impulsos, por esto desarrollo habilidades y potencialidades y mejoro su desempeño en las diferentes áreas afectadas (atención, concentración, autoestima, organización, planificación, etc.) por este trastorno, y estas habilidades aprendidas fueron llevadas a la práctica de manera natural, permitiéndole una sana adaptación a su medio ambiente.

ANEXO 8. INFORME INDIVIDUAL DE LOS NIÑOS A LOS CUALES SE LES REALIZÓ PROCESO DE INTERVENCIÓN ADICIONAL

Los pacientes que participaron en este proceso, son menores que no participaron del estudio a los que se les realizó tratamiento Cognitivo Conductual, durante varios meses, y con los cuales se obtuvo resultados óptimos.

Las técnicas utilizadas durante la intervención, fueron:

Normas para la obediencia: es importante manejar esta actividad, dado que los niños con TDAH presentan un alto grado de dificultad para obedecer, por lo tanto esta actividad es realizada tanto con la menor como con sus acudientes, ya que son observaciones y aclaraciones que deben modificar desde el hogar. Todo lo relacionado a como darle una orden, ser específicos y suficientemente claros.

Expresión de emociones: la técnica se realiza con la menor con la intención de encontrar factores que generan en ella inconformismo y sentimientos de tristeza por el rechazo que siente de sus amigos de colegio y vecinos, ésta se hace para facilitar en ella la expresión de esos sentimientos y para que no los inhiba al punto de producir baja autoestima.

Economía de fichas: programa en donde debe quedar claro qué conductas serán las que obtendrán ganancias y cuales pérdidas, normas que rigen las ganancias, pérdidas e intercambios con los reforzadores.

Actividades para mejorar la atención: asociadas con rompecabezas, concéntrese, sopas de letras, encontrar diferencias, laberintos, crucigramas, etc.

Actividades para mejorar la motricidad: ésta se realizaron mediante la utilización de dibujos, trazos, escritura y pintura.

Programa de modificación de conductas negativas: frente a la aparición de conductas impulsivas en la menor, se le explica que lo que acaba de hacer no está bien y cuáles pueden ser las posibles consecuencias de su comportamiento perturbador.

Tiempo fuera o de reflexión: éste se le aplica al niño cuando comete un error, se le pedirá que se siente en un sitio específico durante unos minutos para que reflexione en cuanto al comportamiento inadecuado que acaba de presentar. Una vez haya pasado el tiempo se podrá ir a otro sitio de la casa, es decir, se levanta el castigo.

Enseñar estrategias en resolución de problemas: se establecen pautas de comportamiento adecuadas que reemplacen las inadecuadas, esto se realiza a partir de la reflexión teniendo como base situaciones problema o conflictos reales y se solucionan de manera asertiva; así, más adelante, en otras situaciones, las podrá manejar de la misma manera.

Establecimiento de registros diarios: se lleva a cabo comentando los resultados con el niño e intentando reforzar siempre las conductas favorables con refuerzos sociales.

Actividades de comprensión de lectura: se le facilita a la menor material que incluya textos, cuentos, historias, para realizar las respectivas lecturas y finalmente relatar lo leído y responder a ciertas preguntas para poder determinar si comprendió lo leído o no.

Instrucciones autodirigidas: definir y comprender la tarea o el problema, planificar una estrategia general para aproximarse al problema, enfocar la atención en la tarea, seleccionar una respuesta o solución, y evaluar el desempeño.

FORMULACIÓN DE CASO 1

Fecha: 01 de Diciembre de 2009.

Nombres y apellidos: S.A.L.P.

Lugar y fecha de nacimiento: 15 de marzo de 2003.

Edad: 7 años.

Nivel académico: 1° primaria.

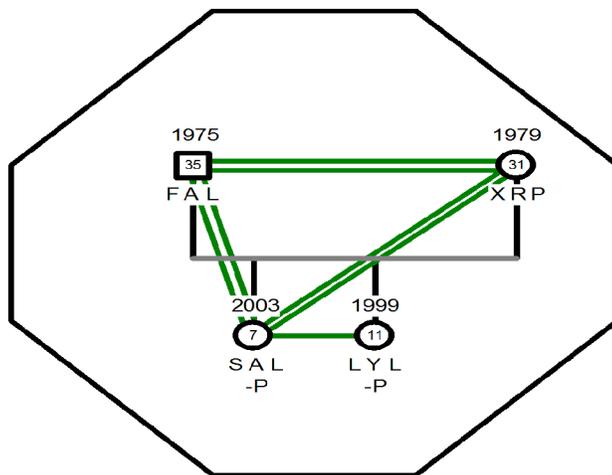
Motivo de consulta:

La menor ingresa a valoración psicológica el 01 de diciembre de 2009 acompañada de su madre, quien manifestó preocupación ya que no notaba avances a nivel académico por la menor, recibe constantes quejas por parte de la docente de la niña, la cual le manifiesta que ésta presenta una dificultad a nivel de aprendizaje y atención dispersa.

Consumo actual de medicamentos: SI X NO ____

Cuáles: Ritalina

Estructura familiar:



Relaciones familiares (canales de comunicación, pautas de crianza, conflictos y actividades en el hogar):

Las relaciones que se establecen en el contexto familiar de S.A.L.P.en general son buenas. S.A.L.P, mantiene una relación cercana con su madre al igual que con su padre y hermana, así mismo afirma que ésta relación ha mejorado, ya que anteriormente era muy conflictiva.

Antecedentes familiares:

Ninguno.

Dinámica (figuras de autoridad, toma de decisiones, manejo del poder):

La principal figura de autoridad en el hogar es el padre, aunque como él trabaja todo el día, esta función es llevada a cabo por su madre.

Antecedentes personales (psíquicos, consultas por hospitalización):

Ninguno.

Conductas sociales y emocionales (aceptación de figuras de autoridad y normas, empleo de la mentira y manipulación):

S.A.L.P manifiesta sentirse satisfecha con las relaciones que tiene con sus compañeros de la escuela, pero que en ocasiones la excluyen porque no rinde en las materias.

EXAMEN MENTAL

PORTE Y ACTITUD: Sin alteración.

ATENCION: Alterada.

ORIENTACIÓN: Sin alteración.

PENSAMIENTO: Sin alteración.

MEMORIA: Alterada.

SENSOPERCEPCIÓN: Sin alteración.

SUEÑO: Sin alteración.

LENGUAJE: Sin alteración.

CONCIENCIA: Sin alteración.

AFECTO: Sin alteración.

CONDUCTA MOTORA: Sin alteración.

INTELIGENCIA: Sin alteración.

JUICIO Y RACIOINIO: Sin alteración.

VALORACION MULTIAXIAL

EJE I: TDAH.

EJE II: No presenta

EJE III: No presenta

EJE IV: Dificultades en sus relaciones interpersonales debido a su mal comportamiento.

EJE V: S.A.L.P. Es una niña funcional entre un 70 – 80%

Resultados de la intervención realizada a una muestra distinta de los niños pertenecientes al estudio a los cuales se les realizó tratamiento Cognitivo Conductual y atención a la familia:

Área Comportamental: Generó destrezas que le facilitan pensar en las posibles consecuencias de sus comportamientos, del mismo modo, se lograron avances respecto a la capacidad en la búsqueda de alternativas disponibles para la solución de problemas determinados. Se generaliza esta misma aplicación a otros ambientes en los que haya conflicto, en este caso, a nivel familiar, con su hermano menor y su madre específicamente.

Área Social: Presenta relaciones interpersonales con sus pares, docentes y familia, de manera adecuada, ya que la desobediencia fue uno de los patrones que se extinguió en los inicios de la terapia.

Área Emocional: Aprendizaje en el manejo de emociones e impulsos, mediante algunas palabras que el niño memorizó, tales como SILENCIO, CALMA, FACIL, DESPACIO, SUAVE, y luego debe respirar profundamente y decir las de una manera lenta y personal, siempre que se observe que realiza alguna actividad sin analizarla o de manera impulsiva. Finalmente se generaliza esta técnica para tareas que se lleven a cabo en casa o en la escuela.

Área Cognitiva: Aprendizaje de algunas técnicas de estudio que generan avances académicos, junto con la elaboración de programas de estimulación de la atención con automonitoreos, de esta manera, el menor puede notar cambios y/o modificaciones y continuar con la que mejor le dé resultados.

FORMULACIÓN DE CASO 2

Fecha: 30 de Junio de 2009.

Nombres y apellidos: K.N.S.R.

Fecha de nacimiento: 19 de Abril de 2001.

Edad: 9 años.

Nivel académico: 3° Primaria.

Antecedentes familiares:

Ninguno.

Dinámica (figuras de autoridad, toma de decisiones, manejo del poder):

La principal figura de autoridad en el hogar es la mamá, aunque como ella trabaja todo el día y en ocasiones no almuerza en casa; además, después de su jornada laboral estudia y cuando llega a casa K.N.S.R ya está durmiendo, ésta función es llevada a cabo por la abuela materna, en mayor parte.

Antecedentes personales (psíquicos, consultas por hospitalización):

La menor tiene diagnóstico médico de parálisis cerebral espástica, por lo cual en varias ocasiones ha estado hospitalizada.

Conductas sociales y emocionales (aceptación de figuras de autoridad y normas, empleo de la mentira y manipulación):

K.N.S.R. manifiesta sentirse incomoda y rechazada por sus compañeros del colegio y por sus vecinos, ya que le dicen que no quieren compartir tiempo con ella porque no corre rápido. Dentro de la casa, no cumple normas de autoridad, está en un periodo de constante desobediencia y pataletas.

EXAMEN MENTAL

PORTE Y ACTITUD: Sin alteración.

ATENCIÓN: Alterada.

ORIENTACIÓN: Sin alteración.

PENSAMIENTO: Sin alteración.

MEMORIA: Sin alteración.

SENSOPERCEPCIÓN: Sin alteración.

SUEÑO: Sin alteración.

LENGUAJE: Sin alteración.

CONCIENCIA: Sin alteración.

AFECTO: Sin alteración.

CONDUCTA MOTORA: Alterada por su condición física.

INTELIGENCIA: Sin alteración.

JUICIO Y RACIOINIO: Sin alteración.

VALORACION MULTIAXIAL

EJE I: TDAH.

EJE II: No presenta

EJE III: Parálisis Cerebral espástica.

EJE IV: Dificultades en sus relaciones interpersonales debido a su mal comportamiento.

EJE V: K.N.S. Es una niña funcional entre un 50 – 60%

Resultados de la intervención realizada a una muestra distinta de los niños pertenecientes al estudio a los cuales se les realizo tratamiento Cognitivo Conductual y atención a la familia:

El proceso con la menor aún continua, y a pesar de ser a largo plazo y de su enfermedad orgánica, ha habido avances importantes.

Área Comportamental: Inicialmente, se realizan modificaciones en el comportamiento, específicamente en términos de obediencia y de pataletas, con reforzadores positivos (premios) y a medida que se veían los cambios de comportamientos, se pasó a realizar elogios, abrazos y felicitaciones, como reforzador positivo, en tanto la menor comprendía, que su comportamiento debía ser mejor, por el simple hecho de pertenecer a una familia en la que existían reglas y entendía que habían normas y autoridad. De este modo, su familia, también entendió la diferencia entre ordenar y exigir respeto, con la sana convivencia, la bondad y la ganancia del respeto, a medida que la menor lo asimilaba.

Área Social: Utiliza la relajación y la técnica de resolución de problemas.

Área Emocional: La menor esta entrenada en identificar las emociones que le invaden y le inducen a comportarse de ese modo, y busca de forma conjunta terapeuta-niño estrategias que le faciliten parar antes de actuar.

Área Cognitiva: desde los inicios de su tratamiento, las técnicas han sido favorables, en tanto que la menor, promovió el año escolar, se han dado adelantos importantes, en cuanto a

atención, memoria, hábitos de estudio, incremento de la motivación para realizar sus tareas, comprensión de las mismas y ejecución de actividades con mayor facilidad y destreza.

FORMULACIÓN DE CASO 3

Fecha: 30 de Julio 2009.

Nombres y apellidos: J.H.H.

Fecha de nacimiento: 20 de Julio de 2002.

Edad: 8 Años.

Nivel académico: 1ºPrimaria.

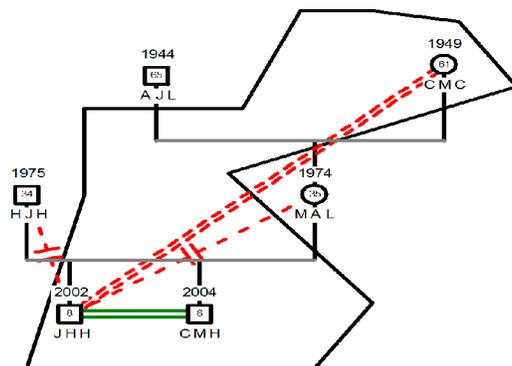
Motivo de consulta:

Al menor se le realiza la valoración psicológica el 30 de Julio de 2009 y en los siguientes días se inicia con la intervención psicológica, se hace remisión para que reciba tratamiento interdisciplinario con Terapia Ocupacional, debido a que se encuentra que el niño presenta dificultad en el ámbito escolar. El menor ingresa a consulta remitido por Medicina General; sin embargo, es en el colegio donde le hacen la solicitud a la abuela para que éste reciba la terapia, con el fin de buscar mejoría en las falencias que presenta: bajo rendimiento académico desde sus inicios escolares, dificultad en áreas de lectoescritura y un marcado déficit de atención, se distrae fácilmente cuando su profesora está explicando en clases.

Consumo actual de medicamentos: SI ___ NO X

Cuáles: _____

Estructura familiar



Relaciones familiares (canales de comunicación, pautas de crianza, conflictos y actividades en el hogar):

Las relaciones que se establecen en el contexto familiar de J.H.H en general son un poco difíciles, el niño vive con su abuela materna, ella es la encargada de su cuidado y quien actualmente tiene la custodia del menor. Por su avanzada edad, la abuela se siente cansada, el niño no le obedece y debe repetirle muchas veces sus obligaciones y deberes académicos. También vive con su hermano menor, con el cual mantienen buena parte de tiempo compartiendo.

Antecedentes familiares:

Ninguno.

Dinámica (figuras de autoridad, toma de decisiones, manejo del poder):

Desde que J.H.H. tenía 4 años de edad, es su abuela la que tiene la custodia y por lo tanto, es ella quien toma las decisiones en el hogar.

Antecedentes personales (psíquicos, consultas por hospitalización):

Ninguno.

Conductas sociales y emocionales (aceptación de figuras de autoridad y normas, empleo de la mentira y manipulación):

J.H.H expresa que se siente cómodo y satisfecho con sus compañeros de estudio, con los cuales se involucra en juegos y actividades de integración en el aula de clases. También manifiesta que en ocasiones su comportamiento inadecuado le ha generado conflictos con algunos de sus pares y de sus vecinos, pero que son cosas sencillas que pasan rápido, relata además sentirse líder de un grupo pequeño, en el que en ocasiones hacen travesuras dirigidas por él mismo. Diferente, es a la relación con su abuela, ya que se le dificulta obedecerle, al punto que le contesta de mala manera, en este aspecto se denota el comportamiento agresivo del menor y la dificultad en obedecer órdenes.

EXAMEN MENTAL

PORTE Y ACTITUD: Sin alteración.

ATENCION: Alterada.

ORIENTACIÓN: Alterada.

PENSAMIENTO: Sin alteración.

MEMORIA: Alterada.

SENSOPERCEPCIÓN: Sin alteración.

SUEÑO: Sin alteración.

LENGUAJE: Alterado.

CONCIENCIA: Sin alteración.

AFECTO: Sin alteración.

CONDUCTA MOTORA: Alterada.

INTELIGENCIA: Sin alteración.

JUICIO Y RACIOINIO: Sin alteración.

VALORACION MULTIAXIAL

EJE I: TDAH.

EJE II: No presenta

EJE III: No presenta

EJE IV: Dificultades en sus relaciones interpersonales debido a su mal comportamiento.

EJE V: J.H.H. Es un niño funcional entre un 70 – 80%

Resultados de la intervención realizada a una muestra distinta de los niños pertenecientes al estudio a los cuales se les realizó tratamiento Cognitivo Conductual y atención a la familia:

Área Comportamental: Aumentó la capacidad de autocontrol en el manejo de la rabia, se entrenó al niño a reconocer las señales internas y externas que desencadenan la rabia y así desarrolló estrategias cognitivas y comportamentales para su manejo, con este entrenamiento, el menor registra qué situaciones reales con los compañeros le generan rabia para analizar qué actuaciones puede tener.

Área Social: El menor es consciente de sus dificultades en el ámbito de relación social y le gustaría poder cambiar la situación. Su especial forma de razonar ante las demandas que impone la sociedad y un humor muy particular hacen que él se sienta más cómodo jugando sólo como forma de evitar conflictos.

Área Emocional: Pese a los problemas evidentes con su entorno, no parece afectado emocionalmente.

Área Cognitiva: Capacidad para crear estrategias delante de cualquier problema, adecuada concentración, desarrollo óptimo en atender, comprender y procesar la información verbal, ya sea con palabras o números. Procesamiento secuencial apropiado.

FORMULACIÓN DE CASO 4

Fecha: 17 de Septiembre de 2009.

Nombres y apellidos: A.F.L.S.

Fecha de nacimiento: 7 de Mayo 2002.

Edad: 9 Años.

Nivel académico: 4º Primaria.

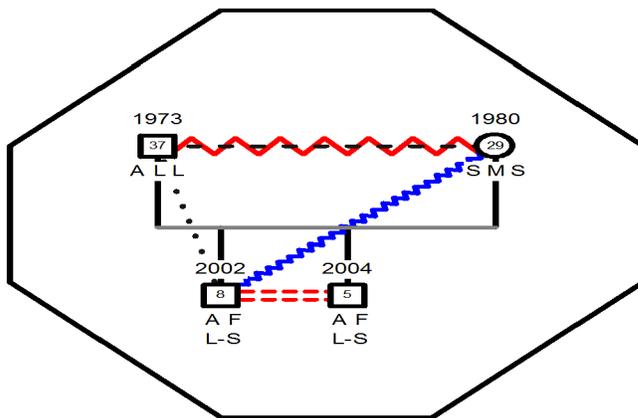
Motivo de consulta:

Menor de 7 años y 4 meses que ingresó a valoración psicológica acompañado de su madre quien manifiesta preocupación por los cambios comportamentales de éste, y a nivel académico déficit de atención. De la misma manera, se le dificulta un poco la lectura y escritura, presenta fallas de ortografía muy evidentes. No puede mantener su atención fija durante más de 5 minutos, se distrae con facilidad en el salón de clases.

Consumo actual de medicamentos: SI ___ NO X

Cuáles: _____

Estructura familiar



Relaciones familiares (canales de comunicación, pautas de crianza, conflictos y actividades en el hogar): Las relaciones que se establecen en el contexto familiar de A.F.L.S. en general son bastante conflictivas, especialmente con su madre, a la cual se refiere negativamente debido a recuerdos que le generan miedo (comentarios que la madre hacía respecto a fantasmas que se los iban a llevar y sobre todo cuando su mamá le decía que ella no era su mamá. Esto desencadenó en el menor, rechazo hacia ella.

Antecedentes familiares:

Ninguno.

Dinámica (figuras de autoridad, toma de decisiones, manejo del poder):

La principal figura de autoridad en el hogar es el padre, aunque como él trabaja todo el día, esta función es llevada a cabo por su madre, que aunque tampoco está todo el día en la casa, porque también trabaja, es la que más tiempo está con él, pero no ejecuta esta labor de manera adecuada, ya que evita tener contacto con sus hijos, dice que hubiera preferido no haberlos tenido.

Antecedentes personales (psíquicos, consultas por hospitalización):

Ninguno.

Conductas sociales y emocionales (aceptación de figuras de autoridad y normas, empleo de la mentira y manipulación):

A.F.L.S. Manifiesta no sentirse a gusto en las relaciones interpersonales, dice que no tiene amigos, ni quiere tenerlos, solo mantiene contacto con un par de primos, la relación con su hermano menor también es conflictiva, discuten muchos por sus objetos personales.

EXAMEN MENTAL

PORTE Y ACTITUD: Sin alteración.

ATENCIÓN: Alterada.

ORIENTACIÓN: Sin alteración.

PENSAMIENTO: Sin alteración.

MEMORIA: Alterada.

SENSOPERCEPCIÓN: Sin alteración.

SUEÑO: Sin alteración.

LENGUAJE: Sin alteración.

CONCIENCIA: Sin alteración.

AFECTO: Sin alteración.

CONDUCTA MOTORA: Sin alteración.

INTELIGENCIA: Sin alteración.

JUICIO Y RACIOINIO: Sin alteración.

VALORACION MULTIAXIAL

EJE I: TDAH.

EJE II: No presenta

EJE III: No presenta

EJE IV: Dificultades en sus relaciones interpersonales debido a su mal comportamiento.

EJE V: A.F.L.S. Es un niño funcional entre un 70 – 80%

Resultados de la intervención realizada a una muestra distinta de los niños pertenecientes al estudio a los cuales se les realizó tratamiento Cognitivo Conductual y atención a la familia:

Área Comportamental: Autocontrol de la impulsividad y/o agresividad. Adiestramiento en técnicas de solución de problemas, del mismo modo, aumento la habilidad para mantener la atención., mediante la aplicación de técnicas de Relajación.

Área Social: Mejoró su capacidad para interactuar, relacionarse con sus iguales, basado en el entrenamiento en habilidades sociales.

Área Emocional: Reconoce en él capacidades diferentes a las de los demás, pero no se siente inferior. El hecho de que, puntualmente, se produzcan conflictos con sus compañeros, no despierta en él signos de ansiedad o depresión y cuando se siente un poco bajo de ánimo realiza autoevaluaciones positivas que incrementan su autoestima.

Área Cognitiva: Mediante el establecimiento de un programa conductual se logró reforzar las conductas de atención en clase y colaboración positiva, estableciendo contingencias positivas (reforzadores) o negativas (coste de la respuesta). Se recomendó que el menor se sentara en un punto del aula lejos de elementos distractores (ventanas, compañeros problemáticos). De este modo, se reforzó su conducta mediante el halago verbal o la concesión de puntos para un regalo futuro (economía de fichas).

FORMULACIÓN DE CASO 5

Fecha: 31 Marzo de 2009

Nombres y apellidos: Y.S.N

Fecha de nacimiento: Agosto 18 de 2000

Edad: 8 Años.

Nivel académico: 1º Primaria.

Motivo de consulta:

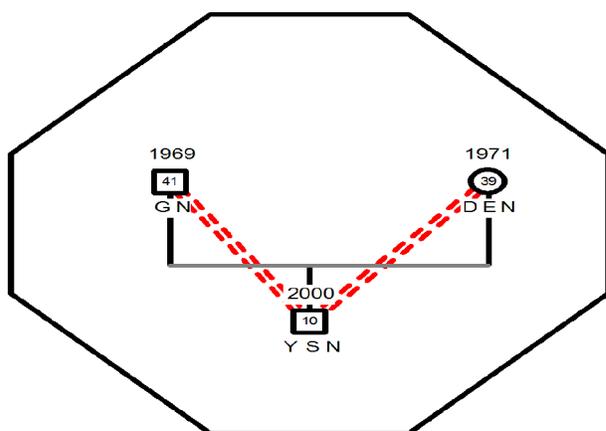
Menor que ingresa a valoración psicológica el 31 de marzo de 2009, acompañado por su madre y remitido por médico general por sugerencia de su profesora de clases.

La madre del menor se encuentra bastante preocupada ya que asegura que su hijo no ha podido leer ni escribir. Curso el grado de transición, preescolar y primero, y ahora lo repitenuevamente (1°), sin embargo la madre menciona que siempre ha tenido dificultades académicas. Ya había recibido tratamiento psicológico y fonoaudiológico durante 1 año.

Consumo actual de medicamentos: SI ___ NO X

Cuáles: _____

Estructura familiar



Relaciones familiares (canales de comunicación, pautas de crianza, conflictos y actividades en el hogar): Las relaciones que se establecen en el contexto familiar de Y.S.N. en general son bastante conflictivas, con sus dos padres, ya que deben estar absolutamente pendientes de él, porque su mal comportamiento ha ocasionado dificultades en el colegio y en el lugar donde vive, ya que hace maldades la mayor parte del tiempo.

Antecedentes familiares:

Ninguno.

Dinámica (figuras de autoridad, toma de decisiones, manejo del poder): Las reglas establecidas en el hogar son tomadas por los dos padres, aunque su papá permanezca más tiempo afuera por su trabajo.

Antecedentes personales (psíquicos, consultas por hospitalización):

Ninguno.

Conductas sociales y emocionales (aceptación de figuras de autoridad y normas, empleo de la mentira y manipulación): últimamente, le han descubierto que dice muchas mentiras, especialmente en lo académico, miente en cuanto a trabajos y evaluaciones, por lo cual le fue mal en la última entrega de boletines, adicional a eso, su comportamiento en el colegio es demasiado problemático, en la casa y en el barrio.

EXAMEN MENTAL

PORTE Y ACTITUD: Sin alteración.

ATENCIÓN: Alterada.

ORIENTACIÓN: Alterada

PENSAMIENTO: Sin alteración. .

MEMORIA: Alterada.

SENSOPERCEPCIÓN: Sin alteración.

SUEÑO: Sin alteración.

LENGUAJE: Alterado.

CONCIENCIA: Sin alteración.

AFECTO: Sin alteración.

CONDUCTA MOTORA: Sin alteración.

INTELIGENCIA: Sin alteración.

JUICIO Y RACIOINIO: Sin alteración.

VALORACION MULTIAXIAL

EJE I: TDAH.

EJE II: No presenta

EJE III: No presenta

EJE IV: Dificultades en sus relaciones interpersonales debido a su mal comportamiento.

EJE V: Y.S.N. Es un niño funcional entre un 70 – 80%

Resultados de la intervención realizada a una muestra distinta de los niños pertenecientes al estudio a los cuales se les realizo tratamiento Cognitivo Conductual y atención a la familia:

El tratamiento Cognitivo – Conductual con el menor, consta de 62 sesiones cada una de 30 minutos, dos veces por semana aproximadamente, las técnicas que se utilizaron con el menor fueron realizadas tanto en terapia como desde su casa, con instrucciones hechas a la mamá, con el fin de entenderlas y aplicarlas adecuadamente.

Área Comportamental: Capaz de decidir sobre qué es lo que tiene que hacer y qué es lo que tienen que pensar, en otros términos, se orientó su comportamiento hacia procesos de autocontrol, es decir, planifica, organiza y finalmente ejecuta su conducta.

Área Social: El niño finaliza el proceso terapéutico, manejando buenas habilidades sociales, aumento de la asertividad e incluso disminuyo la agresividad, ya que por este aspecto era rechazado por sus compañeros de clase, hasta convertirse en un líder de su grupo.

Área Emocional: Incremento en la autoestima del menor.

Área Cognitiva: Se muestra firme y relajado al momento de cumplir las normas escolares, y mejoro las estrategias que utilizaba para captar y mantener su atención, del mismo modo logro mantener la adquisición de un compromiso y voluntad para trabajar en el aula de clase.

FORMULACIÓN DE CASO 6

Fecha: 19 Febrero de 2009

Nombres y apellidos: C.A.C.G

Fecha de Nacimiento: Enero 12 del 2000

Edad: 9 Años.

Nivel académico: 4° Primaria.

Motivo de consulta:

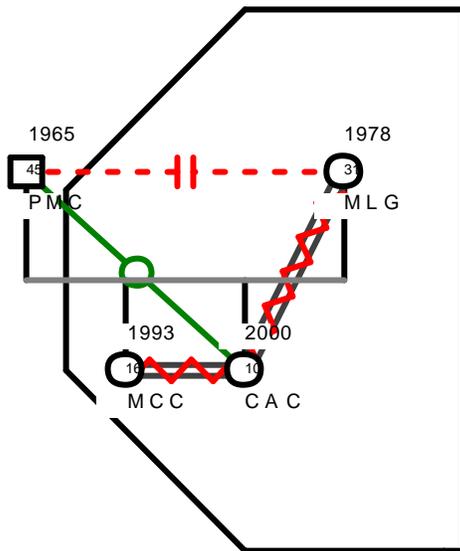
Menor que ingresa a valoración psicológica el 19 de febrero de 2009, en compañía de su madre y remitida por psiquiatría, con el fin de realizar un proceso interdisciplinario, debido a las frecuentes quejas de su maestra y de su madre sobre su mal comportamiento.

La menor es buena estudiante, pero su comportamiento es bastante preocupante, ya que hace cosas que según su madre, no parecieran de una niña pequeña, se expresa como una persona adulta y eso la preocupa.

Consumo actual de medicamentos: SI X NO ____

Cuáles:Ritalina

Estructura familiar



Relaciones familiares (canales de comunicación, pautas de crianza, conflictos y actividades en el hogar): Las relaciones que se establecen en el contexto familiar de C.A.C.G son conflictivas, su madre ya no sabe que más hacer, dice que la medicina que le da no es suficiente, que ella parece que tuviera un motor por dentro, la madre trabaja por lo que la menor se queda sola en la casa con su hermana, pero se escapa por la ventana para hacer travesuras con sus amigos del conjunto.

Antecedentes familiares:

Su hermana está diagnosticada con TAB (Trastorno Afectivo Bipolar)

Dinámica (figuras de autoridad, toma de decisiones, manejo del poder): Las reglas establecidas en el hogar son tomadas por los dos padres, aunque su papá permanezca más tiempo afuera por su trabajo.

Antecedentes personales (psíquicos, consultas por hospitalización):

Ninguno.

Conductas sociales y emocionales (aceptación de figuras de autoridad y normas, empleo de la mentira y manipulación): últimamente, le han descubierto que dice muchas mentiras, sobre todo en lo académico, miente en cuanto a trabajos y evaluaciones, por lo cual le fue mal en la última entrega de boletines, adicional a eso, su comportamiento en el colegio es demasiado problemático, en la casa y en el barrio.

EXAMEN MENTAL

PORTE Y ACTITUD: Sin alteración.

ATENCIÓN: Alterada.

ORIENTACIÓN: Sin alteración.

PENSAMIENTO: Sin alteración.

MEMORIA: Sin alteración.

SENSOPERCEPCIÓN: Sin alteración.

SUEÑO: Sin alteración.

LENGUAJE: Alterado.

CONCIENCIA: Sin alteración.

AFECTO: Sin alteración.

CONDUCTA MOTORA: Sin alteración.

INTELIGENCIA: Sin alteración.

JUICIO Y RACIONIOINIO: Sin alteración.

VALORACION MULTIAXIAL

EJE I: TDAH.

EJE II: No presenta

EJE III: No presenta

EJE IV: Dificultades en sus relaciones interpersonales debido a su mal comportamiento.

EJE V: C.A.C.G Es una niña funcional entre un 70 – 80%

Resultados de la intervención realizada a una muestra distinta de los niños pertenecientes al estudio a los cuales se les realizo tratamiento Cognitivo Conductual y atención a la familia:

El tratamiento Cognitivo – Conductual con el menor, consta de 62 sesiones cada una de 30 minutos, dos veces por semana aproximadamente, las técnicas que se utilizaron con el menor fueron realizadas tanto en terapia como desde su casa, con instrucciones hechas a la mamá, con el fin de entenderlas y aplicarlas adecuadamente.

Área Comportamental: Capacidad elevada de autocontrol de la impulsividad y mayor tranquilidad al realizar sus actividades diarias, como tareas y juegos, basándose en técnicas de relajación.

Área Social: Adquisición de las habilidades sociales necesarias para el desenvolvimiento y adaptación en la sociedad. Manejo de lenguaje respetuoso y destreza en la solución de problemas sociales.

Área Emocional: Incremento de la autoestima, adquisición de estrategias para la sana tolerancia a la frustración.

Área Cognitiva: Mantiene periodos más largos de atención y aumento su rendimiento académico de acuerdo a sus capacidades.