



**UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA SECCIONAL BUCARAMANGA
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA DESDE EL ENFOQUE COGNITIVO
CONDUCTUAL A MENOR DIAGNOSTICADO CON TDAH**

**INFORME DE PRÁCTICA COMO REQUISITO PARA OPTAR EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

DIANA PATRICIA ORDUZ ARGUELLO

**BUCARAMANGA
2016**



**UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA SECCIONAL BUCARAMANGA
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA DESDE EL ENFOQUE COGNITIVO
CONDUCTUAL A MENOR DIAGNOSTICADO CON TDAH**

**EN LA MODALIDAD DE MONOGRAFÍA COMO REQUISITO PARA OPTAR EL
TÍTULO DE ESPECIALISTA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

DIANA PATRICIA ORDUZ ARGUELLO

**ASESORA:
ARA MERCEDES CERQUERA CORDOBA**

**BUCARAMANGA
2016**

CONTENIDO

Resumen	4
Abstract.....	5
Presentación de la práctica	6
Referente conceptual	8
Presentación del caso.....	16
Instrumentos y Técnicas utilizados.....	17
Formulación de caso.....	18
Resultados.....	32
Discusión	34
Conclusión	36
Bibliografía.....	38
Anexo 1.....	40
Anexo 2.....	41
Anexo 3.....	42
Anexo 4.....	43
Anexo 5.....	44
Anexo 6.....	45
Anexo 7.....	49

RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

TITULO: Intervención psicológica desde el enfoque cognitivo conductual a menor diagnosticado con trastorno de déficit atencional con hiperactividad

AUTOR(ES): Diana Patricia Orduz Arguello

FACULTAD: Esp. en Psicología Clínica

DIRECTOR(A): Ara Mercedes Cerquera Córdoba

RESUMEN

El presente caso clínico evidencia el proceso de evaluación e intervención realizado desde el enfoque cognitivo conductual a un menor perteneciente a familia nuclear diagnosticado con Trastorno de déficit atencional con hiperactividad. El caso se caracteriza por conductas disruptivas en el menor, dificultades en dinámica familiar, social y escolar y por el concepto sesgado que docentes, familia y paciente tienen sobre el Trastorno de déficit atencional con Hiperactividad. El proceso terapéutico se llevó a cabo durante sesiones organizadas semanalmente y visitas a institución educativa; estuvo dirigido a brindar Psicoeducación a docentes y familiares; así como herramientas emocionales y sociales al menor. Al finalizar, se observan grandes avances en la interpretación adecuada del concepto del cuadro clínico del menor y sus implicaciones. Se identifica también, evolución comportamental significativa, llevando a mejoría en contexto social, familiar y logrando interiorización asertiva de las herramientas brindadas por medio de técnicas cognitivo conductuales que tuvieron como base fundamental la motivación.

PALABRAS CLAVES:

Trastorno de déficit atencional con hiperactividad, conductas, Cognitivo Conductual, Motivación

V° B° DIRECTOR DE TRABAJO DE GRADO

GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE

TITLE: Psychological intervention from the cognitive behavioral approach for a child diagnosed with attention deficit disorder with hyperactivity

AUTHOR(S): Diana Patricia Orduz Arguello

FACULTY: Esp. en Psicología Clínica

DIRECTOR: Ara Mercedes Cerquera Córdoba

ABSTRACT

This case report demonstrates the process of assessment and intervention conducted from the cognitive behavioral approach to a child belonging to nuclear family diagnosed with attention deficit disorder with hyperactivity. The case is characterized by disruptive behavior in the child, difficulties in family, social and school dynamics and the misconception that teachers, family and patient have about the disorder attention deficit hyperactivity disorder. The therapeutic process was conducted during weekly sessions organized and visits to educational institution; It was aimed at providing teachers and family psychoeducation; as well as emotional and social tools to the child. At the end, great progress has been made in the proper interpretation of the concept of clinical condition of the child and its implications. Significant behavioral evolution is also identified, leading to improvement in social, family context and making assertive internalization of the tools provided by means of cognitive behavioral techniques that were fundamental basis motivation.

KEYWORDS:

Disorder attention deficit hyperactivity disorder , conduct, Cognitive Behavioral Motivation

V° B° DIRECTOR OF GRADUATE WORK

Presentación de la práctica

La práctica en psicología clínica desde el enfoque cognitivo conductual fue ejecutada en el centro de rehabilitación neurológica Infantil, Neuroavanzar, ubicado en la ciudad de Bucaramanga. Es un centro de Habilitación, estimulación y Rehabilitación especializado en el manejo de población infantil, de recién nacidos a 16 años, en riesgo de desarrollar secuelas de lesiones neurológicas que conlleven a discapacidad motora, cognitiva y/o emocional o con diagnóstico de lesión neurológica en situación de discapacidad motora, cognitiva y/o emocional.

El programa está diseñado con los últimos avances mundiales en rehabilitación neurológica científicamente comprobados. Se inicia con la aplicación de escalas avaladas internacionalmente como la Gross motor function, así como un completo análisis biomecánico, funcional, cognitivo y valoración del entorno socio familiar, lo cual permite realizar un *diagnóstico terapéutico integral*, que defina la edad motora, edad comunicativa, edad funcional, edad cognitiva, y rol en la sociedad; resaltando en cada área fortalezas y debilidades de los niños y niñas.

Por todo lo anterior, se ofrecen 7 servicios dentro de los cuales se cuenta con los últimos Avances en Rehabilitación Neurológica; cada uno se denomina de la siguiente manera:

Neuro motricidad

- Terapia física
- Neurodesarrollo
- Vojta
- Thera suit
- Kinesio taping
- Hidroterapia

Neuro funcionalidad

- Terapia ocupacional
- Neurodesarrollo
- Integración sensorial
- Entrenamiento funcional
- Acompañamiento terapéutico escolar

Neuro sensorialidad

- Integración visual- cámara de luz-cuarto oscuro
- Integración auditiva
- Integración táctil
- Integración olfativa
- Integración gustativa

Neuro comunicación

- Terapia del lenguaje
- Neurodesarrollo
- Terapia miofuncional
- Musicoterapia
- Método Tomatis
- Comunicación alternativa y/o aumentativa

Neuro aprendizaje

- Educación especial
- Psicopedagogía
- Arte-terapia
- Método Glen Doman
- Estimulación cognitiva
- Teoría de las inteligencias múltiples

Neuro conductual

- Programa Terapéutico integral de inclusión social y Neuroafectivo basado en el método Neuroconductual *Sonrise* para niños y niñas con diagnóstico de espectro autista.
- Psicología infantil
- Psiquiatría infantil
- Psicología de familia.
- Talleres de manejo y sensibilización

Neuro prevención

- Nutrición infantil
- Programa Neuro estimulación bebés
- Programa diagnóstico e intervención integral y oportuna de las alteraciones del Neurodesarrollo en niños menores de dos años.

Referente conceptual

El trastorno por Déficit de atención con Hiperactividad se ha definido como un grado inapropiado de atención e hiperactividad que causa problemas, es incoherente con su desarrollo y se origina antes de los 7 años de edad. Se trata de la alteración del comportamiento (neuroconductual) más diagnosticada en niños en edad preescolar (Kaplan, citado por Cabases 2012).

En este sentido (Barkley, citado por Orjales, 2007), nos indica el origen biológico del TDAH por medio de estudios neuropsicológicos que parecen sugerir un mal funcionamiento del Cortex prefrontal, que interviene en la activación de conductas del individuo, la resistencia a la distracción y el desarrollo de la conciencia del tiempo; del Nucleus Caudatus y el Globus pallidus que favorece la inhibición de respuestas automáticas; y el Vermis cerebeloso, asociado probablemente a la regulación de la motivación.

El TDAH en realidad es más que un trastorno, es un síndrome de dimensiones enormes que alcanza gran cantidad de facetas en la vida del paciente. A medida que pasa el tiempo, se han ido incrementado las personas que padecen este cuadro clínico; al igual que ha ido disminuyendo la edad de diagnóstico. El TDAH ha sido considerado como un cuadro que predominaba mucho más en los varones respecto a las mujeres; pero esta teoría va perdiendo fuerza a medida que pasa el tiempo y actualmente se observa en grados muy similares tanto en hombres como en mujeres (Pascual-Castroviejo, 2008).

Ricardo Marti Fluxa (2012), presidente del instituto Tomas Pascual en Madrid, expresa que El TDAH es un trastorno a menudo mal diagnosticado, que se confunde con

otros trastornos del comportamiento y en el que existe una gran desinformación por parte de los padres, los pacientes, los pedagogos, psicólogos, e incluso gran parte de la clase médica de atención primaria. Debido a sus características y origen neurobiológico, corresponde también la detección en el ámbito escolar y su atención psicopedagógica; sin embargo, en la actualidad, si bien es la alteración del comportamiento más diagnosticada en niños en edad escolar; profesores, familia y profesionales de la salud son incapaces de ofrecer ayuda adecuada y de interpretar sus comportamientos sin considerarlos niños “revoltosos”.

Pascual (2008), informa que durante los seis primeros años de vida la característica que mejor define a estos niños es su concepto vital, mostrándose torpes para la motricidad fina, inquietos, caprichosos, entrometidos, acaparadores, egoístas y con poca capacidad de frustración. Durante la edad escolar se muestran dispersos, infantiles, inmaduros, mienten y pueden sustraer dinero en casa, se levantan del pupitre muchas veces, interrumpen a otros niños y a profesores, les cuesta aprender a leer y escribir, tienen dificultades especialmente para las Matemáticas y la Lengua, presentan fracaso escolar con mucha frecuencia, muestran su falta de habilidad motriz tanto en el manejo del lápiz y cuchara como en los deportes de habilidad (ej: el fútbol).

La característica esencial es un patrón persistente de inatención e inestabilidad motriz; por lo general el diagnóstico es establecido a partir de los 7 años de edad, a pesar de estar presente desde los 5. Teniendo en cuenta lo anterior, son tres los factores importantes que se encuentran presentes en este cuadro clínico: Inatención, Hiperactividad e Impulsividad.

Al hablar de la inatención, se ponen en evidencia olvidos continuos o despistes, omisión de los detalles en cualquier contexto, descuidos durante la ejecución de tareas, abandono de actividades, baja tolerancia a la frustración y baja capacidad para el control de variables distractoras propias del ambiente.

Por otro lado, el componente de hiperactividad se observa en inquietud continua, es decir son niños que se levantan una y otra vez de su puesto, mueven manos y pies, hablan en exceso y les resulta difícil focalizar su atención en una sola tarea; aquella atención que permite regular su cuerpo logrando permanecer en quietud y la atención de su mente logrando focalizarse en una actividad, mantenerse y finalizarla con el adecuado manejo de distractores.

Acoto en este componente, la importancia de tener en cuenta que el movimiento es parte del hecho de ser niños, por tanto, este diagnóstico debe hacerse con cautela.

Si se habla de un niño con este componente de hiperactividad, será entonces un niño incapaz de quedarse quieto en su lugar mientras se le lee un cuento (Inestabilidad motriz), por ejemplo. Es decir, un niño que está en continuo movimiento, tocándolo todo y paseándose de un lado a otro. La inestabilidad motriz se encuentra acompañada de inestabilidad postural y de “reacción de prestancia”.

Finalmente, la impulsividad refiere a la dificultad para esperar, se observa que los niños que son incapaces de esperar su turno, que brindan respuestas apresuradas o anticipadas interrumpiendo muchas veces a quienes los rodean (Cabases 2012).

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM IV) de la Asociación Estadounidense de

Psiquiatría (American Psychiatric Association o APA), admite subtipos a la hora de establecer el diagnóstico: El subtipo combinado, con predominio hiperactivo-impulsivo o con predominio de déficit atencional; estando uno de estos subtipos presente por más de 6 meses.

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado: este subtipo debe utilizarse cuando se cumplen 6 o más criterios de inatención y 6 o más criterios de hiperactividad-impulsividad.

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio del déficit de atención: Cuando se cumplen 6 o más criterios de la lista de inatención, sin cumplir 6 o más de la lista de hiperactividad-impulsividad.

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo: cuando se cumplen 6 o más criterios de la lista de Hiperactividad, sin cumplir 6 o más criterios de la lista de inatención.

Diagnostico

Cabases (2012), refiere que el diagnóstico es básicamente clínico siendo necesario una buena anamnesis, recopilando la información más trascendental de los contextos primarios del niño: exploración de la familia, el niño, y el colegio.

De igual forma es fundamental descartar dificultades en otros ámbitos de salud por medio de pruebas de visión y audición, pues pueden ser estas las que estén afectando el desempeño del niño en el colegio y sus relaciones familiares y sociales.

Se plantea que para establecer el diagnóstico es fundamental tener en cuenta los siguientes criterios:

Edad de comienzo: los síntomas generalmente presentes antes de los siete años.

Duración: al menos durante los últimos seis meses.

Ubicuidad: los síntomas deben haber estado presentes en dos ámbitos o más.

Disfunción: deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica, laboral.

Discrepancia: “los síntomas son excesivos en comparación con niños de la misma edad y CI”.

Exclusión: los síntomas no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental, y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico

Comorbilidad en TDAH

Kapalka (2007) afirma que “Algunos trastornos emulan los síntomas del TDAH: Niños o adolescentes que presentan síntomas de agitación, pueden parecer fácilmente distraídos, mostrar bajo control de las descargas emocionales y bajo rendimiento escolar; siendo estos síntomas frecuentemente vistos en niños con TDAH” (p.86).

Entre un 70% y 80% de los pacientes con TDAH presentan un trastorno psiquiátrico asociado y aproximadamente un 40 % sufre al menos dos de ellos. Es decir la comorbilidad psiquiátrica es muy frecuente, por lo cual debe ser muy bien identificada; pues de resultar asociado a otros trastornos, el diagnóstico se torna más complejo,

generalmente empeora la evolución y la respuesta del tratamiento es menor; de ello también depende el identificar el tratamiento asertivo para el paciente, no resultaría lo mismo tratar un paciente con un diagnóstico asociado que uno que solo presente TDAH. Si se da esta asociación, el TDAH suele presentar una edad de inicio anterior, un mayor número de síntomas, mayor impacto en su funcionalidad diaria, mayor complejidad y peor ajuste social.

Los trastornos psiquiátricos más asociados al TDAH, suelen ser trastornos de ansiedad, trastornos de comportamiento, del ánimo, del aprendizaje y abuso de sustancias. Revisando uno por uno, cuando el TDAH se asocia con un trastorno de ansiedad se presenta una peor adaptación en los ámbitos de desarrollo del menor; el colegio, la familia, la relación con sus pares y un peor desempeño académico. En la asociación con un trastorno de aprendizaje, estos pacientes igualmente presentan un desempeño académico bajo siendo evidentes las dificultades en lectoescritura o matemáticas. Con respecto a la asociación con un trastorno depresivo; el menor presenta peor pronóstico, más discapacidad grave, mayor cronicidad y solo un bajo porcentaje presenta recuperación total a lo largo de su vida (Cabases, 2012).

Cabases (2012), sugiere que el primer punto a tener en cuenta antes de diagnosticar TDAH es realizar su respectivo diagnóstico diferencial; este refiere al aspecto evolutivo, médico, neurológico, psiquiátrico y social.

Evolutivo

Tener en cuenta la edad en relación al comportamiento normal de un niño.

Medico

Descartar enfermedades que puedan generar síntomas similares al TDAH, con el fin de procurar un buen diagnóstico. Algunas de estas enfermedades refieren a una malnutrición, alteraciones hematológicas, alteraciones en el sueño, dolor persistente, déficits sensoriales e incluso un antecedente en la madre de consumo de tóxicos durante el embarazo.

Neurológico

Enfermedades neurológicas también pueden manifestarse de manera similar al TDAH, este es el caso de daño cerebral perinatal, secuelas de un traumatismo craneal o trastorno epiléptico.

Psiquiátrico

Algunos Trastornos psiquiátricos comparten los síntomas del TDAH; por eso es indispensable realizar una historia clínica exhaustiva, teniendo sobre todo en cuenta el inicio y la evolución de todos los síntomas.

Social

Secuelas de diversas experiencias que pueden resultar traumáticas, pueden desencadenar síntomas similares al TDAH. Exigencias altas en el núcleo familiar o colegio, ambientes conflictivos, abuso sexual, psicológico o físico, entre otros.

La Comorbilidad es una de las variables fundamentales que brindarán al profesional orientación para minimizar situaciones que se presentan a diario como el abandono del tratamiento, relaciones sociales y familiares deterioradas, la etiqueta generalizada por parte de colegios y padres, la asignación de fármacos apresurada, la omisión de un tratamiento

farmacológico y el abordaje del caso por parte de profesionales que pueden no poseer las herramientas suficientes para el mismo.

El tratamiento psicológico incluye diferentes tipos de terapia bajo enfoque cognitivo conductual o sistémico; los cuales tienen en cuenta como las dificultades propias del TDAH pueden llevar a experiencias no funcionales dentro del ámbito social, escolar y familiar; desencadenando creencias desadaptativas y estrategias de afrontamiento compensatorias que terminan deteriorando su salud mental, relaciones interpersonales y dinámica familiar.

A continuación se explica cada una de ellas (Barros, Dasi y Quiroga, 2012).

Terapia de conducta: después de realizar una correcta anamnesis e identificar los comportamientos que resultan no funcionales, se establece un sistema de refuerzos y penalización con el objetivo de generar la variación y el cambio de las conductas “negativas”.

Entrenamiento a padres: programas estructurados con el fin de brindar Psicoeducación a padres sobre el cuadro clínico del menor, aportar estrategias para el cambio, mejorar las relaciones presentes en la dinámica familiar y el abordaje de situaciones disruptivas. Por medio de este entrenamiento se logra mayor adherencia al tratamiento.

Terapia cognitiva al niño: se brindan herramientas al niño para que él logre identificar todos aquellos comportamientos no deseados, sobre los cuales se enseña la autorregulación y el autoanálisis junto con técnicas de resolución de problemas.

Entrenamiento en habilidades sociales: terapia para potenciar, construir y mejorar las relaciones, que en muchos casos se encuentran deterioradas, del niño con pares, docentes y padres.

Presentación del caso

Metodología

Método

Estudio de caso

Población

La práctica en psicología clínica desde el enfoque cognitivo conductual fue ejecutada en el centro de rehabilitación neurológica Infantil, Neuroavanzar, ubicado en la ciudad de Bucaramanga. Para dar cumplimiento al proceso de práctica se realizó atención terapéutica a 11 consultantes; 7 (siete) masculinos y 5 (cinco) femeninos con rango de edad entre 1 y 10 años y motivos de consulta tales como: dificultades en el rendimiento escolar, dificultades en relaciones interpersonales, TDAH, conflictos familiares y conductas disruptivas. El objetivo de este trabajo es la presentación del caso de un niño diagnosticado con TDAH con afectación en esfera social y familiar junto con presencia de conductas disruptivas que se ven reforzadas por el evidente desconocimiento sobre el cuadro clínico y pautas de crianza/abordaje inapropiadas.

Técnicas e instrumentos de evaluación

Documentos de ingreso:

Asentimiento informado para la Evaluación psicológica infantil.

Consentimiento informado para intervención psicológica.

Consentimiento informado del manejo de datos dentro del proceso terapéutico.

Instrumentos y técnicas durante el desarrollo de las sesiones terapéuticas:

Entrevista clínica.

Historia Clínica Multimodal TCC.

Batería Psicopedagógica Evalúa 1.

El Test proyectivo Familiar (como apoyo).

Técnicas Cognitivo conductuales: Autoinstrucciones de Meichenbaum, Programa de entrenamiento a padres en técnicas conductuales, Técnicas para la adquisición de conductas adecuadas (reforzadores), Programa de economía de fichas, Contratos de contingencias, entrenamiento en autocontrol, Solución de problemas.

Programa de observación comportamental en colegios.

Formulación del caso

Por motivos éticos, respetando el código que rige a la psicología; los nombres del siguiente caso fueron modificados.

Información general del caso:

Sujeto de 6 años de edad que acude a consulta en compañía de sus padres los cuales manifiestan continuo movimiento del menor, no sigue instrucciones, presenta conductas como morder, escupir, gritar, salir corriendo y no logra finalizar las actividades propuestas.

Análisis Funcional

Análisis descriptivo

Situación actual del consultante en relación a su problemática: paciente que presenta conductas no funcionales dentro del contexto escolar, familiar y social; siendo estas manifestadas en continuos gritos, escupir, morder, decir groserías y hacer caso omiso a las instrucciones brindadas por padres, miembros familiares, docentes u otras figuras de autoridad. Su desempeño académico se encuentra bastante afectado, pues el constante movimiento, las bromas a docentes y algunos compañeros y la omisión de la norma, no le permite focalizarse en las actividades diarias. No existe control de variables distractoras, se distrae continuamente; igualmente se identifica baja tolerancia a la frustración y mecanismos de escape continuos.

¿Qué estrategias ha implementado en relación con sus problemáticas?: se identifican estrategias compensatorias no funcionales en ámbito social y diferentes mecanismos de escape y evitación. En sus relaciones con pares, inicialmente utilizaba

estrategias de sumisión haciendo caso a todo lo que le pedían sus compañeros con el fin de ser aceptado; al realizar cambio de colegio el menor detecta que su continuo movimiento, gritos y bromas generan atención positiva por parte de sus compañeros, por lo cual este comportamiento ha sido reforzado debido a la gratificación social obtenida. Sin embargo, continúa la implementación de algunas conductas sumisas frente a algunos de sus compañeros, lo cual ha generado deterioro en su autoconcepto.

En lo referente a normatividad, el menor aplica mecanismos para eludir las reglas y no finalizar las actividades asignadas; debido a esto los padres utilizan canales de comunicación poco asertivos frente a los que el menor no logra identificar consecuencias y, al contrario, obtiene beneficios como el que sean sus padres quienes finalicen sus actividades.

Se identifica que no existe adecuado conocimiento, por parte de toda la familia, del cuadro clínico de su hijo; lo cual ha creado diversos conflictos que no han aportado a generar un cambio en el menor y a adecuar las correctas pautas de crianza.

Grado de afectación de su problemática en su vida y la de otras personas: Sara y Dario, padres del menor, han establecido continuos castigos y advertencias al menor frente a su conducta; si bien, inicialmente resultaba funcional, poco tiempo después observaron que la conducta del menor se tornaba más disruptiva. Lo anterior terminó generando un ambiente familiar conflictivo, estrategias erróneas para regular la conducta del menor, tales como brindar obsequios cada vez que acataba una norma, terminar haciendo la tarea de él y utilizar continuos gritos para lograr llamar su atención.

Frente a todas estas estrategias, el menor logro identificar que su comportamiento le brindaba beneficios materiales y le permitía escapar de sus responsabilidades; por lo cual, sus conductas en lugar de disminuir, se vieron más consolidadas y cada vez se presentaban más asiduamente. Por otro lado, otros miembros familiares como sus abuelos, brindaban al menor diferentes beneficios siendo indiferentes al comportamiento de este; situación que llevó a aumentar los conflictos entre familias.

Por su parte, el colegio se encargaba de brindar castigos que no resultaban significativos para el niño pues no llevaban una continuidad en casa y resultaban temporales; La relación del menor con sus compañeros fue deteriorándose al punto de permanecer un tanto aislado o a merced de peticiones que le realizaban algunos compañeros como condición para brindar su amistad. Frente a tal situación los directivos del plantel educativo tomaron la determinación de sugerir a los padres del menor un cambio de colegio; sugerencia que fue tenida en cuenta por los padres quienes ya estaban contemplando la idea de un cambio pues sentían que su hijo estaba siendo víctima de abuso psicológico por parte de algunos compañeros.

Al ingresar al nuevo colegio, Andrés, debido a su continuo movimiento y particulares comportamientos, fue el centro de atracción siendo uno de los compañeros más populares y queridos dentro del aula de clase; sin embargo, tal comportamiento fue direccionándose de forma negativa cuando el niño manifestaba dificultad para mantenerse concentrado en la clase, hacía bromas a docentes, interrumpía continuamente las clases y eludía constantemente las normas; su atención era muy dispersa lo cual le generaba dificultades en todas las áreas, en especial lectoescritura.

Análisis explicativo

Formulación y conceptualización desde el Modelo Cognitivo Conductual

I. Información del paciente

NOMBRES: Andrés

EDAD: 6 años y 11 meses

LUGAR NACIMIENTO: Bucaramanga

GENERO: Masculino

FECHA NACIMIENTO: febrero 27 de 2007

II. Motivo de consulta

a. Descripción de la naturaleza del problema por padres:

Madre: “Doctora es que en el colegio nos dicen que él no se queda quieto, nos hablaron de medicarlo, un neuropediatra lo diagnosticó con TDAH, pero la verdad nosotros no queremos darle medicamentos, y él está muy mal en el colegio y nos cuesta que preste atención”

Padre: “Dra. Pues realmente él es un niño inquieto, sabemos que tiene un diagnostico pero queremos primero probar con psicología antes que medicarlo, el colegio ya no lo soporta más, nos tocó cambiarlo del que estaba, por problemas con sus compañeros, lo molestaban y le hacían cosas que ya veíamos que le niño se dejaba y estaba perdiendo carácter y en este colegio va bien con sus compañeros pero entonces su problema es su falta de atención y que no hace caso, también debido a que a la mamá le falta más mano dura con él”.

b. Descripción del problema por el niño

Paciente: ¿Tu sabes porque estas acá? “Mmmm no sé, para aprender a quedarme quieto, a hacerle caso a la abuelita y a mis papas”.

c. Descripción del problema por el colegio

“Es un niño con atención dispersa, con inquietud motora, fallas en la escritura y no hace caso a lo que se le dice”.

III. Situación familiar

Composición familiar

(Personas que viven en el mismo hogar o permanecen más de 10 horas del día en el hogar del paciente)

NOMBRE	PARENTESCO	OCUPACIÓN	TIPO RELACIÓN
Sara	Madre	Economista	Estrecho-conflictivo
Dario	Padre	Arquitecto	Estrecho-conflictivo
Yuly	Hermana	Estudiante	Estrecho

a. Relaciones padres-hijos

Relación estrecha en la cual últimamente los padres han tenido que acudir a gritos y continuos castigos y recompensas materiales para que el menor logre acatar las órdenes brindadas dentro y fuera de casa.

b. Ambiente familiar

Paciente de 6 años, hijo mayor de 2 hijos, padres casados hace 12 años, familia nuclear y funcional, al cuidado de la Madre la mayor parte del día. Mantiene buenas relaciones con abuelos, aunque muchas veces no hace caso a las instrucciones brindadas por ellos, los padres manifiestan que los abuelos entorpecen el proceso de crianza pues le brindan todo lo que él quiera. Con la hermana su relación es afectiva pero en muchas ocasiones mantiene peleas en las cuales expresa que a ella se le da más que a él. Con los padres, la relación es estrecha aunque se ha tornado conflictiva pues deben ser reiterativos en las instrucciones que se le dan, en especial con figura paterna.

IV. Problema actual

Según valoración por el Dr. Alirio: “Acude a consulta por sus medios en compañía de la Madre. Su forma de presentarse es correcta, con higiene, buen aspecto físico y responde el saludo. Con expresión facial y manejo gestual acorde a edad. Actitud de confianza ante la consulta, bajo autocontrol dentro del consultorio, en general poco colaborador debido a sintomatología hipercinetica. Buen manejo del temperamento, presenta conductas poco asertivas frente a la norma y no atiende al llamado de su madre, no mantiene conductas de dialogo para la edad. Presenta evolución de síntomas y signos relacionados a problemas de perturbación de la actividad y de la atención en relación a hiperactividad”.

Los padres refieren dificultad del menor para focalizar su atención, obedecer instrucciones sencillas y complejas, por docentes y padres; de igual forma manifiestan conductas como gritar, morder, escupir, interrumpir y evadir la norma.

Mantenedores

La gratificación social que el niño percibe frente a sus conductas disruptivas, por parte de sus pares.

El sentirse parte de un grupo.

Los castigos no son significativos para él.

Sus conductas negativas le brindan beneficios materiales.

Precipitadores

El cambio de colegio: ahora se siente en una zona de confort que alaba sus conductas, aumentando sus amigos y obteniendo admiración y respeto con estas, lo cual lleva a un refuerzo y repetición de las mismas.

La relación de desigualdad que percibe con su hermana, lo cual logra disminuir con sus conductas, pues con estas obtiene mayor atención de sus padres.

V. Evaluación Multiaxial

Diagnostico Multiaxial	
Eje I	F90.0 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Tipo Combinado.
Eje II	Ninguno.
Eje II	Ninguno.
Eje IV	Problemas relativos al grupo primario de apoyo. Problemas relativos al ambiente social. Problemas relativos a la enseñanza.
Eje V	EEAG 51-60 (en el ingreso).

VI. Sugerencia terapéutica

Terapia cognitivo – conductual. La terapia cognitiva permite entender los trastornos y diferentes conductas a partir de cómo actúan los pensamientos y creencias sobre la conducta y emociones de la persona. Con ayuda de una perspectiva conductual, se podrá llevar al paciente a la identificación y modificación de conductas negativas, a fin de eliminar la funcionalidad percibida en las mismas, la cual ha resultado mantenedora de tales comportamientos.

Instrumentos de evaluación utilizados:

Test proyectivo Familiar.

Batería Evalúa 1.

Entrevista a padres.

Técnicas de Intervención

Autoinstrucciones de Meichenbaum.

Programa de observación comportamental en colegios.

Programa de entrenamiento a padres en técnicas conductuales.

Técnicas para la adquisición de conductas adecuadas (reforzadores).

Contratos de contingencias.

Entrenamiento en autocontrol.

Solución de problemas.

OBSERVACIÓN EN AMBITO ESCOLAR

Visita 1: Identificación del rol del paciente dentro y fuera del salón de clases, observación de inquietud motora, seguimiento de instrucciones y relaciones con pares.

Visita 2: Identificación de estrategias de aprendizaje (docentes), identificación de reglas dentro y fuera del aula de clases, identificación de consecuencias positivas y negativas.

Visita 3 y 4: Entrega de pautas de abordaje y estrategias de aprendizaje. Socialización y retroalimentación a docentes (apoyo Psicopedagogía y Terapia ocupacional).

Frecuencia:

Una sesión cada 8 días

Tiempo de cada sesión: 60 minutos.

Objetivo General

- Desarrollar un programa de intervención desde el enfoque cognitivo conductual que logre aportar a la salud mental del paciente y su familia.

Objetivos Específicos

- Por medio de Técnicas cognitivo conductuales, otorgar herramientas al paciente a fin de lograr funcionalidad en todos sus ámbitos de desarrollo.
- Brindar a miembros significativos Psicoeducación sobre TDAH y pautas de crianza adecuadas.

- Implicar al colegio en la intervención a fin de establecer una red de apoyo para el menor y unas pautas de abordaje asertivas.

VII. Problemas y funcionamiento actual

Paciente de 6 años que evidencia omisión de la norma, conductas disruptivas como gritar e ignorar la instrucción. De igual forma manifiesta falencias en su atención con leve manejo de variables distractoras por lo cual su desempeño en diferentes tareas se ve afectado. En la dinámica familiar no se identifica un patrón de autoridad que pueda ser interiorizado por el menor, lo cual le permite manipular las instrucciones de acuerdo a la figura con la que se encuentre. Sus conductas disruptivas se encuentran reforzadas pues finalmente le resultan funcionales obteniendo con ellas lo que desea o escapando a la tarea asignada.

VIII. Perfil del desarrollo

a. COGNITIVO

“En el otro colegio me hacían Bullying”

“Mis papas me cambiaron de colegio porque en el otro me trataban mal y tenían que hacerlo o sino yo no iba a estar feliz”

“Mis papas me dan muchos juguetes cuando me porto bien por un ratico y me dejan hacer lo que quiera”

“Mi abuelita me compra muchas cosas porque yo me las gano”

“Donde mi abuelita yo puedo hacer bastantes juegos y comer lo que quiera”

“Cuando me porto mal pido perdón y más tarde hago chistes con mis amigos”

“Mis amigos me quieren porque como yo soy tan gracioso”

b. CONDUCTUAL (CONDUCTAS MALADAPTIVAS)

Suele gritar y salir corriendo evadiendo así las instrucciones brindadas.

Pide perdón después de una conducta negativa, esperando resarcir el error rápidamente y obtener lo que desea.

Peleas continuas con la hermana.

Hace caso omiso a las instrucciones emitidas por las docentes.

Se levanta en el salón de clase para hacer bromas a sus compañeros y docentes o manifestar comentarios que en ocasiones tienen palabras como popo, marica o cola, lo cual interfiere con la finalización de las actividades asignadas.

En ocasiones se hace popo en los pantalones con tal de no abandonar el juego en el que está.

c. SOCIAL

Pares: Lo rechazaban en antiguo colegio, actualmente lo admiran por sus comportamientos y se caracteriza por ser líder.

Familia: Disfuncional, no obedece instrucciones, por ende se han generado canales de comunicación negativos entre todos los miembros de la familia.

Docentes: Disfuncional, no acata instrucciones, gritando, evadiendo, levantándose del puesto, no siendo significativos los castigos establecidos.

d. AFECTIVO

Pares: Funcional “Me siento Feliz como una lombriz, me gusta mucho ese colegio, hago buenos chistes”.

Familia: Disfuncional “me regañan mucho, a veces me pegan, pero también me dejan jugar en el computador, todo se lo dan a mi hermanita, yo tengo que cuidarla, estar pendiente de ella. También me compran muchas cosas cuando me porto bien”.

Docentes: Disfuncional “quieren que todo el tiempo este así (imitación) frente al tablero, pero a mí me gusta hacerle chistes a mis amigos y jugar con ellos”.

e. INTRAPERSONAL

Le gusta jugar friv, futbol, escondidas. Cree en Dios y argumenta que su familia también, asistiendo a misa frecuentemente.

c. BIOLÓGICO

No tolera los lácteos.

IX. Eventos y traumas significativos del paciente

EVENTO	DESCRIPCIÓN
A los 5 años...	En su antiguo colegio se burlaban de él, lo empujaban, le hacían bromas pesadas que debía tolerar para poder ser amigo de todos.
A los 6 años...	Uno de sus amigos de conjunto, le solicita constantemente que se arrodille y bese sus zapatos, y le sirva si quiere ser amigo de él pues este es su amo.

X. Perfil cognitivo conductual /perfil TCC multimodal

<p>1. problemas actuales típicos o situaciones problemáticas</p> <p>P1: Conductas disruptivas por falta de autorregulación e interiorización de patrón de autoridad.</p> <p>P.2: Problemas académicos por falta de atención y continuo movimiento.</p>	
<p>2. Pensamientos automáticos</p>	
Pensamientos	Interpretación cognitiva
<p><i>“Mis papas me cambiaron de colegio porque en el otro me trataban mal y tenían que hacerlo o sino yo no iba a estar feliz”</i></p>	<p>Baja capacidad de confrontación acompañado de mecanismos de escape y evitación frente a situaciones que suelen incomodarle.</p>

<p><i>“mis papas me dan muchos juguetes cuando me porto bien por un ratico y me dejan hacer lo que quiera”</i></p>	<p>No existe patrón de autoridad interiorizado por lo cual el menor tiende a la manipulación de las dos figuras principales logrando, finalmente, obtener lo que desea.</p>
<p><i>“mi abuelita me compra muchas cosas porque yo me las gano”</i></p>	<p>Existe una percepción errónea de las consecuencias positivas o negativas (coste-beneficio), de acuerdo a su conducta.</p>
<p><i>“Donde mi abuelita yo puedo hacer bastantes juegos y comer lo que quiera”</i></p>	<p>Existen patrones de autoridad diferentes que terminan reforzando las conductas de evitación del menor y generando más conflictos en la dinámica familiar.</p>
<p><i>“cuando me porto mal pido perdón y más tarde hago chistes con mis amigos”</i></p>	<p>No existe asimilación de consecuencias de sus comportamientos y evita el rechazo portándose mal, lo cual resulta gracioso para él y sus compañeros.</p>
<p><i>“Mis amigos me quieren porque como yo soy tan gracioso”</i></p>	<p>Gratificación social percibida por conductas disruptivas.</p>

a. Creencias nucleares

No soy aceptado.

No soy amado.

Soy rechazado.

b. Creencias condicionales

Siendo un niño que llama la atención mis papas y mi entorno siempre me van a querer y nunca a rechazar.

Si logro ser gracioso voy a ser agradable para mis amigos y no me van a rechazar.

Si no me prestan atención: no me quieren, no les importo ni pertenezco.

No me importa que me castiguen porque yo hago reír a la gente, soy un niño muy gracioso.

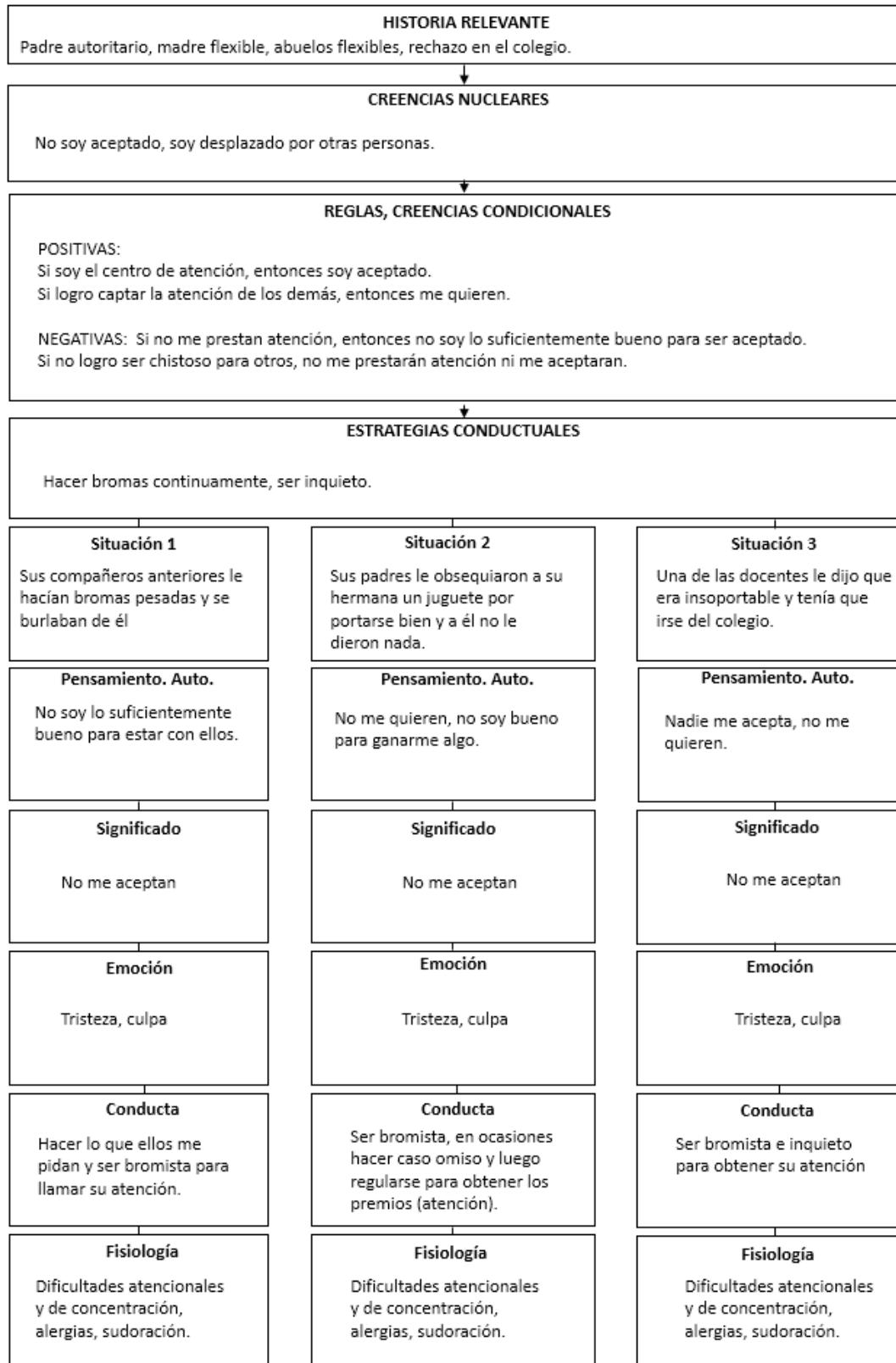
c. Reglas

Si le agrado y sirvo a los demás jamás voy a ser rechazado.

Si obtengo la atención de todos voy a ser reconocido y amado.

Antecedente externo	Antecedente Interno	Conducta	Consecuencia Inmediata	Consecuencia largo plazo
Aula de clases - El menor se frustra y se siente rechazado en clase.	“Mis amigos me quieren porque como yo soy tan gracioso”	Bromas y groserías a docentes.	Halagos y risas por parte de compañeros (Gratificación social).	Ser aceptado.
Casa de Abuelos - El menor no siente deseos de realizar sus tareas y acatar la normatividad.	“mi abuelita me compra muchas cosas porque yo me las gano”	Gritar, decir groserías, escupir, llorar. A lo cual, sus abuelos acuden inmediatamente con alimentos para lograr calmarlo.	Obtiene Dulces, diferentes alimentos y que hagan su tarea.	Aumento de la conducta para continuar obteniendo beneficios.
Casa de Padres - El menor se siente desplazado por su hermana y sus padres.	“mis papas me dan muchos juguetes cuando me porto bien por un ratico y me dejan hacer lo que quiera”	Gritar, decir groserías, escupir, llorar y resarcir todo lo anterior pidiendo perdón para obtener obsequios por esto.	No existe patrón de autoridad interiorizado por lo cual el menor tiende a la manipulación de las dos figuras principales logrando, finalmente, obtener lo que desea.	Aumento de la conducta para continuar obteniendo beneficios.

Diagrama de conceptualización cognitiva



Resultados

Por medio de las técnicas utilizadas, gracias a ellas, al compromiso de la familia con el proceso terapéutico y a la vinculación del ámbito escolar; fue posible observar una significativa evolución comportamental en el menor, un abordaje más asertivo por parte de padres y docentes y una dinámica familiar con relaciones estrechas y fortalecidas.

En la esfera comportamental: Se evidencia la extinción de mecanismos de escape y evitación así como de conductas disruptivas en el menor: escupir, decir groserías, hacerse en los pantalones, gritar constantemente, hacer bromas a las docentes, pedir perdón frente a cualquier conducta, exigir premios cuando mejoraba su conducta. Se logra un autoconcepto más fortalecido, lo cual disminuye el uso de estrategias compensatorias que no resultaban funcionales para el menor, especialmente a la hora de construir relaciones con pares.

En la esfera Familiar: Se recibe un paciente que presenta diversos conflictos con miembros significativos, relación conflictiva con su hermana menor frente a la que él manifestaba existía más atención, relación conflictiva con padres, percepción de la madre como figura permisiva, percepción del padre como autoritario y ausente. Miembros significativos como los abuelos, eran percibidos por el menor sin ninguna autoridad y como figuras altamente manipulables. En general se identifica una dinámica familiar con canales de comunicación deteriorados, relaciones estrechas aunque conflictivas y la ausencia de un patrón de autoridad que permitía al menor manipular las situaciones y reforzar cada vez más como funcionales las conductas no deseadas.

Resultados: Padres y miembros significativos logran establecer pautas de crianza adecuadas que permiten poner en práctica un único patrón de autoridad en el que se encuentran inmersas consecuencias de acuerdo al comportamiento del menor. Tanto abuelos como padres brindan acompañamiento al menor en sus responsabilidades académicas, prestan atención equilibrada entre hermanos, mantienen las mismas consecuencias positivas y negativas, eliminan recompensas materiales y mejoran su canal de comunicación disminuyendo los gritos, las expresiones emocionales negativas (“Me tienes harta, eres un niño insoportable”). Lo anterior lleva a la modificación conductual positiva del paciente y a una interiorización correcta y equitativa de figuras significativas.

Esfera social/escolar: Durante la intervención Psicológica, se observa la necesidad de acompañamiento por parte de Psicopedagogía a fin de reforzar el proceso de aprendizaje. Como resultados, se obtiene que el menor logra establecer mayor control sobre estímulos distractores propios del ambiente, así mismo, gracias a técnicas como Autoinstrucciones, el niño consigue autoregulación frente a su continua necesidad de movimiento, estando más atento a las instrucciones dadas por docentes y permaneciendo en las actividades hasta finalizarlas. Su tolerancia a la frustración se nota más alta, teniendo iniciativa en la búsqueda de soluciones sin abandonar la tarea.

Por otro lado, las bromas durante clase, los gritos y su conducta en general, que era percibida por él como funcional pues resultaba obtener la atención de sus pares; es ahora una conducta respetuosa, con interiorización de normatividad de los espacios, manejo de tiempos y mejor canal de comunicación con sus pares. Su autoestima se observa fortalecida, con capacidad de cuestionamiento frente a peticiones inadecuadas por parte de

compañeros y con expresión de su opinión de forma pausada, respetando turnos y con ausencia de palabras inadecuadas.

Finalmente, docentes, han mejorado su concepto sobre TDAH, teniendo presente que en algunos menores se da el aprendizaje a partir de una continua necesidad del movimiento, lo cual ha generado la creación y aplicación de estrategias más dinámicas que permitan la obtención del conocimiento, sin ser forzado, a niños con TDAH y otros cuadros comunes dentro del aula de clase, brindándoles así motivación, retirando cualquier etiqueta o diagnóstico apresurado y fomentando la inclusión y tolerancia.

Discusión

EL TDAH es uno de los trastornos más comunes observado en niños actualmente, debido a esto se ha generado un sesgo en el concepto y en la información que en general contiene tal cuadro clínico. Dicha situación ha desencadenado el facilismo en el manejo de la información, el trato inadecuado de los niños y el establecimiento apresurado del diagnóstico, sea por parte de profesionales de la salud o de figuras vitales ubicadas en el contexto familiar y escolar.

A esto se suma un aumento en la asignación de etiquetas/rótulos a numerosos niños que presentan conductas similares y características del TDAH; de igual forma se ha reforzado el hecho de asumir que si un niño está en constante movimiento o habla “interminablemente”, o le cuesta prestar atención a una actividad; indiscutiblemente padece de TDAH; sin tener en cuenta la situación familiar, las conductas propias de la edad, las expectativas sociales del menor, sus emociones o si se encuentra cursando por un cuadro clínico con criterios similares a los del TDAH.

Todo lo anterior puede llevar a estos niños a ser víctimas de juicios sociales, exclusión dentro del aula de clase, deterioro de su autoconcepto, incluso de su dinámica familiar.

Es por esto, que se hace absolutamente importante que en primer lugar los colegios, padres y profesionales, tengan presente que los niños no pueden etiquetarse como “normales” o “regulares” por permanecer en completa quietud, por excelentes calificaciones o por dificultades mínimas o ausencia de estas en sus actividades diarias. Un ejemplo de lo anterior, es la “redefinición” que Barkley (citado por Martínez-León, 2006) hace sobre TDAH y que lleva a la interpretación del TDAH como un trastorno motivacional, más que biológico, trae consigo implicaciones importantes como dejar de culpar al niño por su conducta y permitir que docentes y padres tomen un rol más directivo.

La población infantil presenta diversas necesidades de aprendizaje, de adquisición de herramientas, numerosas formas de relacionarse con su entorno y variadas estrategias de obtener atención o beneficios; ante esto, docentes, profesionales y familias deben estar asertivamente informados y tomar las medidas adecuadas de evaluación con el fin de evitar caer en rótulos que no resultan de ayuda en la formación de esta población.

En 2015 La Asamblea del Consejo de Europa (citado por Arango, 2015), aprueba por unanimidad una resolución que solicita a sus estados miembros que garanticen el tratamiento integral de los niños con TDAH. El documento de la resolución, promovido por Silvia Bonet del Departamento de Sanidad de Andorra y en cuya elaboración ha participado el Centro de investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBER-SAM) del Instituto de Salud Carlos III como asesor, pide criterios más rigurosos de clasificación de este trastorno para evitar el sobrediagnóstico.

Se solicita también una mejor formación de los profesionales para acabar con el infradiagnóstico. Ambas solicitudes reducirán errores diagnósticos que son comunes en enfermedades complejas como el TDAH, en especial cuando no existe formación específica en muchos profesionales de diversas áreas de conocimiento que atienden a estas personas (p. ej., pediatría o medicina de familia). Se propone en dicha resolución que el tratamiento farmacológico no sea el primer recurso en casos leves y que siempre vaya acompañado de la combinación con otras actuaciones psicoeducativas y de mejora del comportamiento.

El reto para los profesionales de la salud, es lograr construir intervenciones efectivas en menores con TDAH, direccionar el concepto y el abordaje que se tiene de este, sin restar importancia al papel por parte de planteles educativos, el rol fundamental de los padres, y generando una red de apoyo profesional cuyo único objetivo sea el generar funcionalidad y calidad a la salud mental de los niños.

Conclusiones

El tratamiento realizado a partir de un enfoque Cognitivo conductual, evidencia unos resultados efectivos y una mejoría significativa en todos los contextos en los que se desarrolla el menor. Demostró ser efectivo en el manejo de la impulsividad, en la mejora en habilidades sociales y rendimiento académico, manejo de estímulos distractores y de los canales de comunicación.

No obstante, al hablar de resultados positivos es necesario tener presente que resulta indispensable involucrar al menor a través del juego y construir un entorno dinámico teniendo en cuenta la edad del paciente, sus intereses, principales dificultades y expectativas, de tal forma que resulte motivante para él adquirir todas las herramientas

inherentes a los objetivos terapéuticos y con las que finalmente se van a generar cambios efectivos.

Los programas de intervención cognitivo conductual no refieren únicamente a una estructura que resulte tediosa para el paciente; parte de lograr los objetivos establecidos, se debe a la motivación y sentido de pertenencia que posee el paciente y a los beneficios emocionales que logra identificar a medida que va modificando su conducta.

De igual forma, se debe construir una intervención que priorice todos los ámbitos del paciente y que cada uno de ellos logre participación activa durante el proceso. El colegio, los docentes, sus compañeros de clase, padres, abuelos, hermanos; y todos los miembros que tengan relación estrecha y continua, deben hacer parte de los objetivos de la intervención y frente a todos estos, es necesario generar una sincronización en diferentes aspectos: cómo dirigirse al menor, el concepto correcto del cuadro clínico, las implicaciones de este, las estrategias usadas por todos frente a las conductas del niño y la motivación como principal variable mantenedora de los logros obtenidos.

Bibliografía

- American Psychiatric Association (2003). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. (4a ed.). DSM-IV.
- Arán, V., & Mías, C. (2009). Neuropsicología del trastorno por déficit de atención/hiperactividad: Subtipos predominio déficit de atención y predominio hiperactivo-impulsivo. *Revista Argentina de Neuropsicología*. 13, 14-28.
- Arango, C. (2015). Un tratamiento integral para el trastorno por déficit de atención e Hiperactividad en toda Europa. *Revista de Psiquiatría y salud mental*. 8(4), 197-198
- Artigas, P, J. (2009). Modelos cognitivos en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Rev Neurol*. 49(11), 587-593.
- Barkley, R. (2009). Avances en el diagnóstico y la subclasificación del trastorno por déficit de atención/hiperactividad: qué puede pasar en el futuro respecto al DSM-V. *Rev. Neurol*. 48, 101-106.
- Barros, N., Dasi, A., Quiroga, J. (2012). Tratamiento del TDAH: medicina basada en pruebas. En TDAH: Origen y desarrollo (31-49). Madrid: International marketing & communication.
- Cabases, J. (2012). Evaluación y diagnóstico del TDAH. En TDAH: Origen y desarrollo (15-28). Madrid: International marketing & communication.
- Cardo, E., Bustillo, M., Riutorta, L., Bernad, M., Meisel, V., García, G., Servera, M. (2009). ¿Cuál es la combinación de síntomas según padres y maestros más fiable para el diagnóstico de TDAH?. *Anales de Pediatría*. 71(2), 141-147.
- Irastorza, L., Bellón, J., Mora, M. (2016). Comorbilidad de trastornos de personalidad y trastorno por déficit de atención e hiperactividad en adultos. *Rev. Psiquiatría y Salud Mental*. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.01.009>.
- Iriart, C., Iglesias, L. (2012). Biomedicalización e infancia: trastorno de déficit de atención e hiperactividad. *Comunicação Saúde educação*. 16(43), 1011-1023.

- Kapalka, G. M. (2007). La colaboración entre pediatras y psicólogos en el diagnóstico y tratamiento de niños con TDAH. *Papeles del Psicólogo*. 28(2), 84-88.
- Lora, A. (2006). El tratamiento del niño y adolescente con TDAH en Atención Primaria desde el punto de vista de la evidencia. *Rev. Pediatría de atención primaria*. 8, 69-114.
- Loro, M., Quintero, J., García, N., Jiménez, B., Pando, F., Varela, P., Campos, J.A., & Correas, J. Actualización en el tratamiento del trastorno por déficit atencional/hiperactividad. *Rev. Neurol*. 49(5), 257-264.
- Martín, R., González, A., Izquierdo, M., Hernández, S., Alonso, M., Quintero, I., & Rubio, B. (2008). Evaluación neuropsicológica de la memoria en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad: papel de las funciones ejecutivas. *Rev. neurol*. 47(5), 225-230.
- Martínez, N. (2006). Psicopatología del trastorno por déficit atencional e hiperactividad. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2(6), 379-399.
- Moscoso, O., Restrepo, F., Orrego, M., & Vidarte, J. (2010). Uso de los potenciales relacionados a eventos cognitivos (PRES) en el diagnóstico de trastorno por déficit de la atención e hiperactividad (TDAH). *Revista Ánfora*. 17(28), 35-51.
- Muñoz, J., Palau, M., Salvadó, B., & Valls, A. (2006). Neurobiología del TDAH. *Acta Neurol Colomb*. 22(2), 184-189.
- Orjales, I. (2007). El tratamiento cognitivo en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH): revisión y nuevas aportaciones. *Anuario de psicología clínica y de la salud*. 3, 19-30.
- Rivera, G., Barreda, V. (2014). Cognitive Behavioral Treatment in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Revista de psicología Universidad de Antioquia*. 6(2), 79-94.
- Verdejo, A., & Bechara A. (2010). Neuropsicología de las funciones cognitivas. *Psicothema*. 2(22), 228-235.

Anexos

Anexo 1. Carta de bienvenida

BIENVENIDOS A NEUROAVANZAR

En primer lugar, Neuroavanzar agradece la confianza depositada para iniciar el proceso de intervención integral de tu hijo/hija. Sé Bienvenido(a).

Con el fin de proporcionar un servicio de calidad, agradecemos que el día en que inicie sesiones tu hijo(a), sean presentados en secretaria General los siguientes documentos:

- 1 Fotografía del niño(a).
- 1 copia del registro Civil o Tarjeta de identidad.
- 1 copia del carnet de vacunación.
- 1 copia del carnet EPS.

Además, recuerda comunicarte en caso no poder asistir, pues el espacio de sesiones asignadas para tu hijo(a), en caso de inasistencia, pueden ser brindadas a otros niños que al igual que tú, las necesitan. Para esto, puedes comunicarte con nosotros al 6456545, 301 2383481 o enviar un correo a Neuroavanzar@gmail.com

Agradeciendo de nuevo tu confianza, recibe un cordial saludo.

Atentamente,

MARCELA ARCINIEGAS GELVEZ
DIRECTORA

Anexo 2. Asentimiento informado

ASENTIMIENTO INFORMADO EVALUACIÓN PSICOLÓGICA INFANTIL

AUTORIZACIÓN

Los padres o acudientes responsables del niño (a) que corresponde al nombre de _____ con ____ años de edad identificado con Registro Civil O T.I. _____ Estamos de acuerdo en realizar la valoración e intervención Neuropsicológica del niño(a) presentado en Neuroavanzar, por la psicóloga _____, cuyo objetivo es aplicar baterías neuropsicológicas, en caso de ser necesario, para identificar el nivel de desarrollo alcanzado por el niño en las siguientes áreas funcionales: Atención, lenguaje, estructuración espacial, visopercepción y memoria, para posteriormente aplicar un programa de intervención en aquellos que presenten alguna falla o déficit. De igual forma aplicar test proyectivo que brinde información que aporte al proceso de evaluación del/la menor.

Todos los padres o acudientes, recibirán una información sobre los resultados alcanzados por sus hijos en forma individual.

Dado en la ciudad de Bucaramanga, el día ____ del mes ____ del año ____ 2015

Nombre y firma del acudiente

C.c

Psicóloga.

Anexo 3. Consentimiento informado para intervención psicológica

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Fecha: _____
Nombre del Paciente: _____
Profesionales a cargo: _____

2. DECLARACIÓN DEL USUARIO:

Me han explicado con la claridad y veracidad debida respecto a la intervención que la profesional _____ ha de implementar. He entendido satisfactoriamente la naturaleza y propósitos de esta intervención y actúo consecuente, libre y voluntariamente contribuyendo a éste procedimiento de forma activa. Reconozco que la información que suministre es estrictamente confidencial, que se respetará la buena fe e intimidad de la misma; y no será usada para ninguna otra finalidad fuera el propósito terapeutico. Así mismo declaro que me encuentro conforme con la intervención que se me ha propuesto. He comprendido toda la información, he podido preguntar y aclarar todas mis dudas, por eso he tomado consiente y libremente la decisión. También sé que puedo retirar mi consentimiento cuando lo considere oportuno.

Autorizo a que se realicen las actuaciones oportunas incluyendo modificaciones en la forma de realizar la intervención para evitar peligros o daños potenciales para la vida y la salud que pudieran surgir en el curso de esta intervención.

Leído todo lo anterior, manifiesto estar informado y claro en el procedimiento a seguir descrito en este documento.

Firma _____

Nombre del participante

C.C. No. _____

Firma _____

Nombre del Profesional en Psicólogo/a

C.C. No. _____

T.P No. _____

Firma _____

Anexo 4. Consentimiento informado para el manejo de datos

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL MANEJO DE DATOS DENTRO DEL PROCESO TERAPÉUTICO

Ley 1266 del 2008

Ley 1581 del 2012

Decreto 1377 del 2013

Este documento tiene como objetivo explicarle todas las cuestiones relativas a la utilización que se realizaría de sus datos de participación durante el proceso terapéutico de su hijo-a. Léalo atentamente y consulte con el/la terapeuta todas las dudas que se le planteen.

- **Anamnesis:** Este es el formato de entrevista inicial donde usted deja consignados datos sociodemográficos de su hijo(a), así como información relacionada con antecedentes personales y familiares; tal información es utilizada con fines únicamente profesionales y de contacto, es decir, en caso de emergencia, emisión de información importante, de cambios oportunos en el horario o citación de los acudientes.
- **Grabación y fotografías:** Dentro del proceso terapéutico de nuestra institución, se llevara a cabo la grabación de las sesiones realizadas con su hijo, con fines formativos y evidencias de evolución terapéutica. Las grabaciones se utilizaran como apoyo para las supervisiones que se realizaran en el equipo profesional para asegurar la eficiencia, eficacia y excelencia en la atención de nuestros servicios ofrecidos.
- **Publicaciones científicas:** Los avances terapéuticos de los pacientes o niños que se obtengan serán expuestos en revistas, seminarios o proyectos de investigación. En ningún caso se harán públicos sus datos personales, siempre garantizando la plena confidencialidad de los mismos y el riguroso cumplimiento del secreto profesional en el uso y manejo de la información y el material obtenidos.

Yo,..... He leído el documento de consentimiento informado que me ha sido entregado, he comprendido las explicaciones en él facilitadas acerca de la grabación de las sesiones terapéuticas y he podido resolver todas las dudas y preguntas que he planteado al respecto. También he sido informado/a de que mis datos personales serán protegidos y serán utilizados únicamente con fines de formación y desarrollo profesional para el equipo de terapeutas del centro.

Tomando todo ello en consideración y en tales condiciones, CONSIENTO participar en la grabación de las sesiones y que los datos que se deriven de mi participación sean utilizados para cubrir los objetivos especificados en el documento. De igual soy consciente que puedo tener acceso a la información en relación al proceso terapéutico de mi hijo(a), cuando así lo desee.

Firma:

Padre _____ con C.C. De la ciudad de _____

Madre _____ con C.C. De la ciudad de _____

Acudientes del menor _____ con Registro civil o Tarjeta de identidad N° _____

Anexo 5. Consentimiento informado para intervención integral

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (GENERAL)

Fecha: _____

Yo _____ identificado con c.c. _____ de la ciudad de _____ y en representación del niño(a) _____ identificado con registro civil _____ fui informado de los resultados de la valoración, así como la propuesta terapéutica sugerida a partir de los mismos y la intensidad horaria de cada modalidad terapéutica.

Declaro que es de mi consentimiento los posibles riesgos y/o complicaciones que tienen los tratamientos de rehabilitación y la interacción con más niños, lesiones osteomioarticulares, tegumentarias, atragantamientos, enfermedades virales.

Acepto que mi hijo se encuentra en tratamiento integral, por lo que me comprometo a cumplir PUNTUALMENTE con toda la programación establecida para la intervención; de igual forma acepto las sugerencias que el equipo terapéutico de NEUROAVANZAR indiquen como parte del tratamiento.

Conozco las normas de convivencia, el reglamento de Neuroavanzar y los derechos y deberes de los pacientes, y me comprometo a respetarlas y velar que se cumplan. Fui informado de la existencia de circuito cerrado de televisión como medio de protección para mi hijo o hija.

Firma:

Padre _____ con C.C. _____ De la ciudad de _____

Madre _____ con C.C. _____ De la ciudad de _____

Acudientes del menor _____ con Registro civil o Tarjeta de identidad N° _____

Anexo 6. Historia Clínica multimodal

FECHA DE RECEPCIÓN/VALORACIÓN:	DÍA: MES: AÑO:
REMITIDO POR:	R.C.
PSICÓLOGO TRATANTE ACTUAL:	
1. IDENTIFICACIÓN	
NOMBRE COMPLETO:	
FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD:
LUGAR DE NACIMIENTO:	
DIRECCIÓN:	
TELÉFONO:	
GRADO ESCOLARIZACIÓN:	
NOMBRE DEL PADRE:	
NOMBRE DE LA MADRE:	
2. MOTIVO DE CONSULTA	
<ul style="list-style-type: none"> a. Descripción de la naturaleza del problema por padres: b. Descripción del problema por el niño c. Descripción del problema por el colegio 	
3. PROBLEMA ACTUAL	
Mantenedores	
Precipitadores	
4. HISTORIA PREMORBIDA	
Antecedentes neurológicos:	
Antecedentes quirúrgicos:	
Enfermedades importantes:	
Tratamientos que ha recibido:	
Tratamientos actuales:	
Enfermedades importantes en la familia:	

5. SITUACIÓN MEDICA

Tipo de sangre:

Alergias:

Diagnósticos:

6. SITUACIÓN FAMILIAR

(Personas que viven en el mismo hogar o permanecen más de 10 horas del día en el hogar del paciente)

NOMBRE	PARENTESCO	OCUPACIÓN	TIPO RELACIÓN

- a. Relaciones padres-hijos
- b. Ambiente familiar

7. PERFIL MULTIMODAL CON EL NIÑO Y FAMILIA

ÁREA CONGNITIVA

PADRES

- a. ¿Cómo describe el temperamento de su hijo?
- b. ¿Cuáles son las principales dificultades de su hijo?
- c. ¿Alguna vez ha observado retraso en su hijo?
- d. ¿El niño ha referido alguna vez temores o preocupaciones?

NIÑO

- a. ¿Cómo describes tu manera de ser?
- b. ¿Que te gustaría ser cuando grande?

AREA AFECTIVA

PADRES

- a. ¿Cuáles cosas ha visto que provocan temor a su hijo?
- b. ¿Qué métodos emplean para expresarle su amor y/o aprobación frente a conductas correctas?
- c. ¿Qué métodos emplean para corregir las conductas no deseadas de su hijo?

NIÑO

- a. Cuáles son las cosas que te dan más...:

Miedo

Alegría

Tristeza

Enojo

ÁREA CONDUCTUAL

PADRES

- a. ¿Cuáles conductas le molestan más de su hijo?
- b. ¿Cómo actúa Ud. ante esas conductas
- c. ¿Cuáles conductas le agradan más de su hijo
- d. ¿cómo actúa Ud. ante esas conductas

NIÑO

- a. ¿Crees que te portas bien o mal?
- b. ¿Cómo crees que te portas en el colegio?
- c. ¿Cómo crees que te portas en casa con tus padres?
- d. ¿Qué crees que les molesta a tus padres de tu comportamiento?
- e. ¿Qué crees que les alegra a tus padres de tu comportamiento?

ÁREA SOCIAL

PADRES

- a. ¿Cómo describen las relaciones sociales de su hijo con superiores?
- b. ¿Cómo describen las relaciones sociales de su hijo con pares?
- c. ¿Generalmente cómo reacciona su hijo frente a dificultades sociales
- d. ¿Describa cómo se relaciona el niño con:

Padre

Madre

Hermana

Familiares

Pares

NIÑO

- a. ¿Te gusta jugar con otros niños?
- b. ¿Qué te gusta hacer con tus amigos y compañeros?
- c. ¿Crees que les agradas a los demás niños?
- d. ¿Cómo te la llevas con los profesores?
- e. ¿Cómo te la llevas con tu familia?

ÁREA BIOLÓGICA

PADRES

- a. Antecedentes familiares

NIÑO

- a. ¿Sientes dolor en alguna parte de tu cuerpo?
- b. ¿Tienes dificultades para dormir?
- c. ¿Te gusta comer?
- d. ¿Duermes bien durante la noche?

<p><u>ÁREA INTRAPERSONAL</u> a. Frases b. Religión ¿En tu casa creen en Dios?</p>
<p>8. EXAMEN MENTAL</p>
<p>9. DIAGNÓSTICO MULTIAXIAL</p>
<p>10. SUGERENCIA TERAPÉUTICA</p>
<p>Terapia cognitivo – conductual Frecuencia: Tiempo de cada sesión: Objetivos</p>
<p>11. RESULTADOS</p>

Anexo 7. Acta de observación comportamental en colegios

EUROAVANZAR
REHABILITACIÓN NEUROLÓGICA INFANTIL AVANZADA

ACTAS DE VISITA A COLEGIOS Y JARDINES

NOMBRE DEL NIÑO O NIÑA: _____ FECHA VISITA: _____
NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN: _____ GRADO: _____
NOMBRE DEL DIRECTOR(A): _____

DESARROLLO DE LA VISITA:

RECOMENDACIONES Y CONCLUSIONES

FIRMA REPRESENTANTE JARDIN O COLEGIO

FIRMA ACUDIENTE

[Firma manuscrita]

FIRMA REPRESENTANTE NEUROAVANZAR