

UNIVERSIDAD DEL AZUAY

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA
EDUCACIÓN

ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

“PROPUESTA DE TERAPIA COGNITIVA – CONDUCTUAL PARA UN
NIÑO X DE 12 AÑOS CON TDAH

(PERIODO FEBRERO – JUNIO 2010)

PROYECTO DE GRADUACIÓN PREVIO

A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE

PSICÓLOGO CLÍNICO

AUTOR:

Ricardo Alejandro Avecillas Muñoz

DIRECTORA:

Máster. Martha Cobos

TRIBUNAL:

Dra. Emperatriz Medina

Lcdo. Xavier Muñoz

CUENCA – ECUADOR

2010

DEDICATORIA

El presente proyecto esta dedicado a mi hija Sofía, que el amor que recibo cada día de ella, ha sido el motor para terminar esta etapa de mi vida; a mis padres que siempre han estado apoyándome constantemente y han sabido guiar mis pasos con amor y respeto.

AGRADECIMIENTO

Un agradecimiento especial a Mst. Martha Cobos por colaborar con este proyecto durante su elaboración, a mis profesores que sembraron la magia del saber y a la Universidad del Azuay por acogerme en su seno por este tiempo de estudio.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCION

ÍNDICE

CAPÍTULO 1

1. MARCO TEÓRICO

1.1. Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad

1.1.1. Definición

1.1.2. Subtipos

1.1.3. Etiología

1.1.4. Diagnósticos

1.1.4.1. Criterios Diagnóstico

1.1.4.2. Diagnóstico Diferencial

1.1.5 Pronóstico

1.1.6 Intervención

1.1.7 Terapia Cognitivo – Conductual dirigida a niños con TDAH

CAPÍTULO 2

2. DIAGNOSTICO DE TDAH.

2.1. Elaborar la historia clínica

2.2. Entrevista con familiares y personal de la institución educativa

2.3. Batería de test

2.4. Corrección de reactivos

2.5. Diagnóstico Clínico Niño X

CAPÍTULO 3

3. PROPUESTA DE TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL DIRIGIDA A NIÑO X CON TDAH

3.1. Consulta a profesionales

3.2. Revisión bibliográfica de la terapia

3.3. Elegir las estrategias adecuadas para la terapia.

3.4. Detallar cada sesión de la intervención terapéutica

3.5. Detallar cada sesión de la intervención terapéutica

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

ANEXOS

RESUMEN

El Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad se ha presentado décadas atrás. A lo largo del tiempo ha adquirido un nombre propio, gracias a la investigación de muchos profesionales entre ellos psicólogos, psiquiatras y médicos. El TDAH en muchos de los casos es diagnosticado erróneamente; especialmente en nuestro país no existe una gama de herramientas para un diagnóstico preciso. Esta fue la motivación para el presente trabajo encontrar herramientas y medios que nos permitan llegar a un diagnóstico conciso, ya que la eficacia del tratamiento del TDAH radica en un diagnóstico en edades tempranas. Como psicólogos clínicos debemos tener presente que no sólo la batería de test es un recurso para el diagnóstico, en el caso concreto del TDAH, la observación en el medio escolar como familiar son primordial.

ABSTRACT

Attention Deficit Hyperactivity Disorder has been present for decades; through which time it has acquired its own name thanks to research by many professionals such as psychologists, psychiatrists and doctors. This disorder is wrongly diagnosed in many cases, especially in Ecuador due to the lack of proper tools for a precise diagnosis. For this reason there was enough motivation to develop this project with the objective was to find tools and media that help to obtain a precise diagnosis given that the efficiency of the treatment is base don the diagnosis of the disorder at an early age. As clinical psychologists, we must be aware that a battery of tests are not the only resources for diagnosis; in the specific case of ADHD, observation in the school and at home are fundamental.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, mucho se ha hablado acerca del TDAH, sin embargo lamentablemente pocos son los padres y las instituciones educativas que intenta diagnosticar a edades tempranas. El alumno con TDAH continúa experimentado dificultades de relación, de aprendizaje, de afectividad en la adolescencia, por lo que también se puede afirmar que posee un mayor riesgo de sufrir problemas de conducta. (Taylor 408). En el caso del paciente, la preocupación de los padres por el rendimiento escolar y los conflictos que el paciente en sí experimenta, se ha convertido en un problema que está afectando la vida psicosocial del paciente y su entorno.

Las terapias cognitivas – conductuales se han desarrollado partiendo de muchos estudios desarrollado por Pavlov y Skinner, finalmente han llegado ha ser un instrumento importante para diferentes aspectos clínicos. Está terapia tiene como fin modificar conductas dañinas, las cuales mediante técnicas de autocontrol son esenciales en la elaboración de la terapia. El éxito de las terapias ayudará paulatinamente al paciente a recobrar su autoestima, la cual en muchos de los casos se ve afectada por los problemas psicosociales.

Como se mencionó anteriormente el TDAH es un tema complejo por eso la necesidad de proponer una terapia eficaz, basándose en bibliografía moderna.

CAPÍTULO 1

1. MARCO TEÓRICO

1.1. Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad

1.1.1. Definición

Desde muchos años atrás se ha dado varias definiciones del Trastorno de Déficit de Atención, sin embargo fue el médico inglés Still, en 1902, quien describió sistemáticamente las características del síndrome. Indicó que se presentan conductas impulsivas, agresivas, falta de atención; concluyendo que se debe a problemas conductuales (Miranda, Rev. Neurol 1999). Debemos aclarar que estamos hablando de definiciones a comienzo de siglo, cuando el comportamiento de estos niños “inquietos” llamaba la atención.

En los años de 1960 la definición de hipercinesia como un trastorno de comportamiento resultado de un daño cerebral cambia a disfunción cerebral. Un estudio realizado por el Departamento Americano de Salud, Educación y Bienestar definió la disfunción cerebral como:

“Un trastorno de conducta y de aprendizaje que experimentan niños con una inteligencia normal y que aparece asociado con disfunciones del sistema nervioso central. Las manifestaciones de este trastorno incluían: hiperactividad, desajustes perceptivo motores, inestabilidad emocional, deficiencias de atención y coordinación general, impulsividad, trastornos de audición, del habla, deficiencias de memoria y pensamiento y dificultades en el aprendizaje.” (Miranda 183)

Antes del desarrollo de la neurología y sus avances, no se encuentra apoyo empírico para definirlo como síndrome médico, por tal razón psicólogos y

pedagogos luchan por que sea un trastorno del comportamiento. Ha pasado más de un siglo, todavía existen discrepancias acerca del TDAH, sin embargo en el DSM-IV TR se lo ha clasificado como un trastorno del comportamiento.

Las investigaciones realizadas en los últimos años enfatizan que el principal problema, en el TDAH, es la inhibición de la conducta en situaciones diarias del paciente. Además Barkley describe el TDAH como un "déficit para inhibir la conducta prepotente" (Barkley 1995).

Según Brown (2005) el TDAH es:

“Un trastorno complejo que involucra dificultades en las siguientes funciones ejecutivas: organizarse, priorizar y activarse para trabajar; enfocar y mantener la atención o dirigirla a otras tareas cuando es necesario; regular el estado de alerta; mantener el esfuerzo y velocidad de procesamiento; manejar la frustración y modular las emociones; utilizar la memoria de trabajo y acceder a la memoria; y en el monitoreo y auto-regulación de la acción.”

Este concepto va de la mano con el de Barkley, explica que las personas con TDAH tiene conocimientos sin embargo no saben como lograr que esos conocimientos funcionen en la vida cotidiana. En otras palabras carecen de herramientas para lograr sus objetivos en las distintas áreas psicosociales.

Otra definición importante es la que nos brinda la Fundación Adana, la cual indica que el TDAH es “un trastorno que se inicia en la infancia y se caracteriza por dificultades para mantener la atención, hiperactividad o exceso de movimiento e impulsividad o dificultades en el control de los impulsos.”

Luego de haber revisado algunas de las definiciones presentes en este tiempo, es importante recalcar que la mayoría de autores ven como un “eje principal” a la falta de autocontrol de los pacientes con TDAH.

1.1.2. Subtipos

De acuerdo con el DSM IV (2002), el TDAH se presentan en tres subtipos según el síntoma predominante:

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado.

Este subtipo debe utilizarse si han persistido por lo menos durante 6 meses 6 (o más) síntomas de desatención y 6 (o más) síntomas de hiperactividad-impulsividad. La mayor parte de niños y adolescentes con este trastorno se incluyen en el tipo combinado. No se sabe si ocurre lo mismo con los adultos de este trastorno.

Trastorno de déficit atención con hiperactividad, tipo predominio de déficit de atención.

Este subtipo debe utilizarse si han persistido por lo menos durante 6 meses 6 (o más) síntomas de desatención (pero menos de 6 síntomas de hiperactividad-impulsividad). En muchos de estos casos, la hiperactividad todavía puede ser una característica clínica significativa, mientras en otros, los problemas de atención puros son los más frecuentes.

Trastorno de déficit de atención con hiperactividad, tipo predominio hiperactivo-impulsivo.

Este subtipo debe utilizarse si han persistido por lo menos durante 6 meses 6 (o más) síntomas de hiperactividad-impulsividad (pero menos de 6 síntomas de desatención). (DSM-IV, 2002).

De acuerdo con el DSM-IV, algunos sujetos desarrollaron cualquiera de estos tres tipos, es probable que hayan experimentado alguno de ellos, por tal razón es importante tener en cuenta los últimos 6 meses para una tipificación de este tipo.

En la clasificación estadística internacional de enfermedades de la OMS (CIE-10), más utilizada en el ámbito europeo, el TDAH esta ubicado en el apartado de Trastorno hipercinético, llamado Trastorno de la actividad y de la atención, tiene cuatro subtipos básicos:

- Trastorno de déficit de atención y Síndrome de déficit de atención con hiperactividad.
- Trastorno hipercinético disocial.
- Otros trastornos hipercinéticos.
- Trastorno hipercinético sin especificación.

El DSM-IV y el CIE-10, son los manuales diagnósticos mas reconocidos, sin embargo como se menciona anteriormente el CIE-10, se utiliza mayormente en Europa por tal razón nos guiaremos con el DSM-IV para el diagnóstico del TDAH.

1.1.3. Etiología

A través de la investigación de varios autores, se encuentran varios factores causales del TDAH. Los más predominantes los biológicos y psicosociales los cuales interactúan entre ellos. Existen factores biológicos no genéticos que contribuyen al TDAH, tales como el consumo materno de alcohol, drogas o tabaco, bajo peso al nacer, retraso en la maduración neurológica o las lesiones cerebrales. Gracias a los avances de la tecnología en esta última década, la

neuroimagen, se ha podido determinar funcionamientos defectuosos en ciertas regiones del cerebro, en particular, se ha constatado que la corteza pre frontal derecha, dos de los ganglios basales (el núcleo caudado y el globo pálido) y algunas zonas del cuerpo calloso que vinculan las regiones cerebrales frontales y parietales tienen un tamaño más reducido en los niños hiperactivos respecto a los niños normales. (A. Miranda, S. Jarque, M. Soriano 185).

Además en estudios realizados a grupos de familia, se ha descubierto que los hijos de padres con TDAH, tienen una probabilidad de 50% de tener el trastorno, mas interesante aun, los hermanos gemelos tiene probabilidades de 50% a un 70% de padecer TDAH.

Cook y LaHoste (1998), realizaron estudios basados en el neurotransmisor llamado dopamina, el cual en los pacientes con TDAH, puede absorberse o transportarse defectuosamente. Finalmente ambos concluyen que:

La disfunción en el proceso de transmisión de la dopamina en los sujetos con TDAH se manifiesta en un déficit en la inhibición conductual y el autocontrol, que impide a los sujetos hiperactivos interiorizar y aplicar adecuadamente las cuatro funciones ejecutivas consideradas necesarias para implicarse con éxito en actividades mentales, es decir, memoria de trabajo, interiorización del lenguaje auto dirigido, control de las emociones y de la motivación y reconstitución. Así pues, como consecuencia probablemente de un deficiente desarrollo embrionario o genético, los niños con TDAH manifiestan una gran dificultad para guiar sus conductas mediante auto instrucciones y para frenar sus propias conductas inapropiadas. (A. Miranda, S. Jarque, M. Soriano 185).

Gracias a estos estudios podemos ver que la parte biológica es un pilar fundamental en el TDAH, sin embargo como anteriormente se dijo, los factores psicosociales también están presentes en la evolución del trastorno y pueden ser predominantes. Este nuevo siglo ha traído consigo grandes adelantos en diferentes ciencias, al mismo tiempo se puede decir que ha causado grandes conflictos psicosociales tales como altas tasas de divorcio dificultando una paternidad íntegra, situaciones económicas que no permiten a muchos pacientes obtener recursos profesionales, el estrés, vidas sedentarias las cuales han intensificado los síntomas del TDAH.

1.1.4. Diagnósticos

Se ha mencionado que en la actualidad existe un uso indiscriminado de diagnóstico de TDAH, es por tal razón que como profesionales de la salud mental, se debe tener en cuenta los criterios diagnósticos del DSM-IV (2002). Basándose en la observación del paciente dentro de dos lugares importantes donde se presenta el TDAH, como son el hogar y el centro de estudios. Además es importante utilizar baterías de test idóneas para el diagnóstico del TDAH, ya que existen muchos test no estandarizados.

Antes de citar los principales síntomas que el TDAH presenta, nos gustaría hablar sobre la Hiperactividad. Taylor (1991) hace una distinción entre sobre actividad, hiperactividad e hipercinesia, al referirse a la primera indica que ésta se presentaría solamente en actos aislados, la segunda sería la conducta global del paciente, donde existe ausencia de control de impulsos e inquietud constante,

finalmente la hipercinesia la presenta como un síndrome psiquiátrico. Lamentablemente otros autores no han coincidido con Taylor, Rutter (1982) introduce el concepto de que pueden existir factores del entorno que pueden producir o agravar la conducta hiperactiva.

Los síntomas principales de acuerdo al DSM-IV TR, es el patrón persistente de desatención o hiperactividad que es mas notorio que otros individuos de la misma edad, además en el desempeño escolar o laboral estos sujetos no prestan atención, sus trabajos suelen ser “sucios o desorganizados”, les es difícil terminar una tarea o pasan de una tarea a otra, como resultado ningún trabajo es terminado. Se les hace difícil seguir instrucciones.

Es importante aclarar, el DSM-IV indica que debe haber pruebas claras de deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral, es decir, que los síntomas interfieren de forma significativa en la vida de la persona.

Otro avance significativo producido en la última década en relación con el diagnóstico del TDAH se refiere a que ahora se lo ve desde una perspectiva multidisciplinar. A finales de los años 80, la mayoría de los médicos basaban su diagnóstico de acuerdo con la observación que se realizaba en las clínicas y la medicación psicoestimulante. Recientemente un estudio de Bellwoar, señala que “la tendencia a realizar una evaluación más comprensiva, incluye la remisión del niño al psicólogo. Desafortunadamente, sólo el 53% de los pediatras, el 44% de los médicos de familia, el 35% de los psiquiatras y el 10% de los neurólogos, que formaban parte de la muestra de esta investigación, solicitaban el informe del psicólogo para la realización del diagnóstico.” (A. Miranda, S. Jarque, M. Soriano 185).

1.1.5. Criterio Diagnóstico

El criterio diagnóstico que se manejará es del DSM-IV, el cual es más utilizado en nuestro medio, el cual indica lo siguiente:

A. (1) o (2):

(1) seis (o más) de los siguientes síntomas de desatención que ha persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

Desatención

- (a) a menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades
- (b) a menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades lúdicas
- (c) a menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente
- (d) a menudo no sigue instrucciones o no finaliza tareas escolares, encargos u obligaciones en el centro del trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones
- (e) a menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades
- (f) a menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajo escolares o domésticos)
- (g) a menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (p. ej.. juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas)
- (h) a menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes

- (i) a menudo es descuidado en las actividades diarias
- (2) seis (o más) de los siguientes síntomas de hiperactividad – impulsividad han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

Hiperactividad

- (a) a menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento
- (b) a menudo abandona su asiento en clases o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado
- (c) a menudo corre o salta excesivamente en situaciones que es inapropiado hacerlo (en adolescente o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud)
- (d) a menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio
- (e) a menudo <<está en marcha>> o suele actuar como si tuviera un motor
- (f) a menudo habla en exceso

Impulsividad

- (g) a menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas
- (h) a menudo tiene dificultades para guardar turno
- (i) a menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros

- B. Algunos síntomas de hiperactividad – impulsividad o desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años de edad.
- C. Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos ambientes (p. ej. en la escuela y en casa).

- D. Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.
- E. Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o un trastorno de la personalidad). (105)

1.1.6. Diagnóstico Diferencial

Es importante que se realice un diagnóstico diferencial de tal forma estaremos mas seguro de que no se trata de otro trastorno, siendo el primer paso para poder elaborar una propuesta de terapia efectiva para el paciente.

De acuerdo con el DSM-IV, se debe distinguir el TDAH del Retraso Mental si es que los síntomas de desatención son mayores de acuerdo con la edad mental del niño. En el comportamiento negativista desafiante se pueden resistir a realizar tareas escolares u otras actividades por no aceptar la exigencias de otros por eso es se debe diferenciar del TDAH.

Adana Fundación, nos brinda datos estadísticos de Trastornos Comórbidos que pueden co-existir con el TDAH, los cuales parecen de gran valor, siendo los siguientes:

- Trastorno negativista desafiante: Del 40 al 60% de niños con TDAH presentarán en algún momento de su vida, los requisitos diagnósticos de este trastorno que se caracteriza por un patrón de comportamiento hostil

y desafiante, tal como discusiones o desobediencia y oposición a las figuras de autoridad, más grave y frecuente que el esperado por edad y sexo.

- Trastorno disocial: Entre un 20 y un 40% de niños-adolescentes con TDAH. El trastorno disocial es un patrón de comportamiento en el que se violan reiteradamente los derechos básicos de los demás y se transgreden importantes normas sociales, tales como agredir a personas o animales, destruir deliberadamente propiedades o robar. El TDAH más la coexistencia del trastorno de conducta contribuye a los problemas que se plantean en la sociedad tales como el embarazo de adolescentes, la violencia y la criminología (NIMH, National Institute of Health EEUU, Special Communications, 2000) la delincuencia juvenil o los arrestos policiales (Pelham et al, 1996). En un estudio epidemiológico realizado por Eyestone y Howell, (1994) encontraron que el 25% de los presos presentaron el diagnóstico de TDAH.
- Trastornos del estado de ánimo: Entre un 15 y un 20% sufre además del TDAH un trastorno depresivo en algún momento de su vida. El 10% intentará suicidarse y el 5% morirá por suicidio o por lesión accidental (Weis y Hechtman, 1993).
- Trastornos de ansiedad: De un 20 a un 25% presentan algún trastorno de ansiedad de manera conjunta al TDAH.
- Trastornos del aprendizaje: Aproximadamente el 26% reunirán los criterios de gravedad clínica para ser diagnosticados de un trastorno de lectura, de la expresión escrita o del cálculo.

- Trastorno de tics o síndrome de la Tourette: alrededor del 70% de personas que presentan el síndrome de Tourette (caracterizado por la emisión repetida de tics motores i/o verbal múltiples) padecen TDAH.
- Abuso de sustancias: Son el grupo de TDAH más trastorno de conducta añadido los que tienen mayor riesgo de sufrirlo, según Barkley y Fisher, 1998. El 40% de adolescentes con TDAH según Biederman, 1997, reunían criterios de dependencia o abuso de sustancias.
- Trastornos de la comunicación: En menor medida, algunos niños con TDAH presentan alteraciones significativas del desarrollo del lenguaje expresivo, o receptivo-expresivo (verbal y gestual).

1.1.7. Pronóstico

Hace un tiempo se creía que el TDAH, luego de la infancia, desaparecía, sin embargo estudios realizados muestra que puede afectar la vida adulta, siendo personas que distribuyen o gastan su dinero de forma equivocada, les dificulta el rol de padres, se les hace difícil trabajar independientemente.

Además un estudio realizado por Weiss y Mannuzza, coinciden que al menos la mitad de los niños con TDAH sufren problemas en etapas posteriores de su vida y la existencia de una elevada prevalencia de trastorno de personalidad antisocial y abuso de sustancias (marihuana en especial). (A. Miranda, S. Jarque, M. Soriano, 1999).

Este pronóstico nos muestra la importancia de diagnosticar y tratar, en lo posible, en una etapa temprana.

1.1.8. Intervención

La intervención en el TDAH, no ha adoptado un solo modelo, en el principio existió tres modelos farmacológico, conductual y cognitivo. El farmacológico estaba basado en administrar fármacos que actúen a nivel de los neurotransmisores, sin embargo estos han sido bastante limitados. (A. Miranda, S. Jarque, M. Soriano).

Es por tal razón que aparece el modelo cognitivo –conductual, el cual esta dirigido a enseñar a los pacientes con TDAH técnicas para establecer control de si mismos (técnica de autocontrol). Para que exista un resultado positivo es importante agregar que se necesita la participación activa tanto de los padres como la de los profesores, por tal razón los profesores “deben estar informado sobre que es el TDAH.”

1.1.9. Terapia Cognitivo – Conductual dirigida a niños con TDAH

Anteriormente se menciona que un tratamiento multimodal es el que mayor resultados nos brindaría en un paciente con TDAH. Al referirnos a tratamiento multimodal, queremos decir que deben estar involucrados psicólogo, psiquiatra, profesores y padres del paciente, en nuestro caso en especial no enfocaremos en proponer una terapia cognitiva-conductual para mejorar el autocontrol del paciente.

Jaime Rodríguez (1997) expresa que tradicionalmente se ha estudiado por separado las terapias conductistas y terapias cognitivas, y nos aclara que es verdad que los fundamentos de ambas terapias son distintas sin embargo piensa que no

son tan diferentes y que pueden interactuar entre sí. (Psicoterapia de la infancia 1481).

Hinshaw (1986), indica que dentro de los objetivos principales del tratamiento psicológico es aumentar la capacidad de autocontrol. Schneider y Robin están de acuerdo con técnicas cognitivas – conductuales para mejorar el autocontrol, indicando técnicas como la relajación y la técnica de la tortuga.

Otro estudio realizado por profesionales de la Universidad de Granada se enfocan en realizar una intervención cognitivo – conductual, utilizando diversas pruebas para evaluar control inhibitorio, control perceptivo motor, la memoria y la atención como manifestaciones mas comunes en el TDAH en el contexto familiar y escolar. (José Luis Arco Tirado, Francisco Fernández Martín y Francisco Javier Hinojo Lucena 408)

National Resource Center on AD/HD Children and Adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, es otro centro que cree que la terapia cognitivo – conductual puede brindar resultados positivos. Indican textualmente que es importante porque ayuda con los siguientes problemas:

- Dificultades para rendir bien en la escuela
- Problemas de conducta en la escuela
- Dificultades para hacerse amigos de la misma edad
- Problemas para llevarse bien con los padres y hermanos (AD/HD).

Claramente se puede apreciar que el modelo de terapia cognitivo – conductual es uno de los mas afectivos para regular el autocontrol del paciente, sin embargo el trabajo es conjunto con otros profesionales y familiares.

CAPÍTULO 2

2. DIAGNÓSTICO DE TDAH.

2.1. Elaborar la historia clínica

La elaboración de la historia clínica se realizó con la colaboración de ambos padres, además la psicóloga de la institución educativa también aportó con información sobre el comportamiento del paciente en el centro educativo.

Historia Clínica

Datos de identificación

Nombre: Daniel X

Lugar y Fecha de nacimiento: Cuenca, 20 de octubre de 1997

Edad: 12 años 8 meses

Datos de los Padres

Nombre de la madre: M X

Edad: 41 años **Nivel de Instrucción:** Secundaria **Ocupación:** Empleada Privada

Nombre del padre: M X

Edad: 40 años **Nivel de Instrucción:** Primaria **Ocupación:** Mecánico

Nombre y edad de los hermanos: Alejandro 14 años

Teléfonos X-XXX-XXX

Motivo de la Consulta

La madre expresa preocupación por el bajo rendimiento escolar que su hijo presenta en la escuela, además indica que no respeta normas y reglas en el hogar.

Existe la preocupación, ya que la psicóloga del centro educativo indica que el niño tiene Trastorno de Déficit de Atención.

Referido por: madre del paciente

Antecedentes Personales

Embarazo

Gesta N° 270 planificado _____ no planificado ____X____
controlado ____X____

Primeros movimientos fetales a los 4 meses. Duración 9 meses

Aumento de peso No Enfermedades maternas Cálculos a la Vesícula

Dificultades La madre expresa que el padre deseaba bebé de sexo femenino

Vacunas completas Fuentes de contaminación ninguna

Parto Normal_ X_ Cesárea_____ porque

Respiro_____ X_____ Lloro ____X____ Peso al nacer 3 kg Talla al nacer 48cm

Se observó alguna anormalidad Ninguna

Lactancia Materna (tiempos, cambios) el período de lactancia fue de un año, sin ninguna dificultad en el destete

Desarrollo Psicomotor

Controló la cabeza 3 meses se sentó 4 meses gateo 9 meses se paro 12 meses

Caminó 13 meses Balbuceo 8 meses primeras palabras 10 meses

Control vesical 18 meses Control anal 20 meses

Algún problema con el desarrollo ninguno

Antecedentes Patológicos

Eruptivas de la infancia, si se presentaron.

Traumatismos, ninguno

Convulsiones, ninguna

Cirugías/Hospitalizaciones infección estomacal a los 2 años y medio

Otras enfermedades Soplo al corazón (actualmente no presenta problema)

Alergias a los colorantes y embutidos

Vacunas todas

Síntomas gastrointestinales, cuando come en exceso presenta diarrea y vómito

Antibióticos no presenta reacciones

Otros la madre indica que cuando tuvo una fiebre alta a los 8 años, el niño presentó delirios.

Hábitos

Alimentación La madre expresa que como de todo, sin embargo come muy rápido y se levanta de la mesa antes de que su familia termine.

Vestido Se viste solo sin embargo es desordenado con su ropa.

Aseo Se le tiene que insistir constantemente.

Estudios Bajas calificaciones, la maestra indica que no cumple con las tareas, además en los exámenes se equivoca en cosas sencillas.

Cortesía/Sociabilidad es sociable y cortés, no presenta ninguna dificultad

Escolaridad/Rutina diaria del niño

Inicio 4 años

Era un niño inquieto sin embargo no existió problemas en edades tempranas. En la etapa escolar los problemas iniciaron, no realizaba tareas ya que la mayor parte del tiempo no copiaba sus deberes, indica la madre, tenía que estar llamando siempre a sus compañeros para averiguar las tareas. El problema continua durante todo los años de la escuela, en este último año que ingresa a la secundaria los problemas se agravaron, existe la posibilidad de pérdida de año. Terapias recibidas ninguna.

Antecedentes familiares

El padre expresa que en su niñez, tenía problemas de atención, le costaba mucho concentrarse.

Abuela materna y paterna diabéticas.

Abuelo paterno hipo glicemia.

2.2. Entrevista con familiares y personal de la institución educativa

La entrevista con los padres se realizó en dos sesiones. La familia está compuesta por padre, madre y un hermano mayor. Aproximadamente hace dos meses el padre del paciente regresó del extranjero luego de 10 años. La mayor parte de los años del paciente los compartió con su madre, hermano, abuelos maternos y tía materna. La madre indica que hubo muchos conflictos durante este tiempo el paciente era inquieto, no paraba de jugar o de hablar durante el almuerzo o cuando la familia estaba reunida, esto provocaba que el abuelo lo reprenda. La madre muchas de las veces sentía impotencia ya que no sabía que hacer al respecto. Como se mencionó anteriormente el niño era inquieto la mayoría de veces no podía terminar de comer junto con los demás miembros de la familia. Cuando ingresa en la primaria, los primeros dos años no tuvo muchas dificultades, luego de esos años comenzó los problemas, la madre refiere que “nunca” copiaba las tareas, ella tenía que ir donde los compañeros o llamarlos constantemente para averiguar si había o no tareas. Los promedios fueron bajos durante la etapa escolar sin embargo no hubo pérdida de año. Ahora está en primer año de secundaria y los conflictos continúan, la madre refiere que tiene desordenado su habitación, las tareas no las hace o no copia los deberes. Las notas

están muy bajas habiendo la posibilidad de pérdida de año, razón de preocupación en los padres. En la casa es un niño inquieto, actualmente no mantiene buenas relaciones interpersonales con su hermano mayor, los padres lo refieren como el conflicto del hogar.

Se realizó una entrevista a la psicóloga del centro educativo, la cual explicó que “piensan” que el paciente tiene TDAH, sin embargo no existía ningún diagnóstico o reactivos que lo comprueben.

En el centro educativo no atiende a clases, los profesores dicen que parece que no estuviera presente, además los profesores indican que en los exámenes suele equivocarse en cosas sencillas. Es importante indicar que los profesores refieren al paciente como de buena conducta. Según la mayoría de sus educadores el problema radica en su falta de atención, además de una dificultad para seguir procesos tan sencillos como copiar una tarea.

El paciente fue observado tanto en la institución educativa como en su hogar, claramente se pudo observar que es una persona muy inquieta, en clases no participa y parece que estuviera en otro lugar. En la casa esta constantemente en movimiento, especialmente durante las comidas. No tiene la capacidad de terminar una tarea, ya que se interesa por algo más y deja la otra inconclusa.

Como una posible solución la institución educativa ha decidido brindarle un tutor, hace aproximadamente un mes, sin embargo en la última semana que se volvió a charlar con los padres, no existe resultados positivos.

2.3. Batería de test

- Wisc-R.- Se aplicó éste test por razones de un diagnóstico diferencial, se busca detectar si es que existe un retraso mental. Además, en la terapia cognitiva – conductual, la edad no es un indicador fiable, por tal razón debemos tener en cuenta variables cognitivo – sociales como el lenguaje, la capacidad para tomar perspectivas, la capacidad de razonamiento y las habilidades de regulación verbal (Hart y Morgan 1993).
- H.T.P.- Se le aplicó el test proyectivo H.T.P, nos pareció importante incluir dentro de la batería de test porque podemos ver como representa sus relaciones en el ámbito familiar y personal, además me pareció una herramienta importante para medir el grado de imaginación que presenta el paciente.
- ECI (Early Childhood Inventory).- Este test es una buena herramienta para recolectar la información de los padres y como éstos miran a su hijo. Además que reemplaza los términos psiquiátricos para facilitar la comprensión de padres.
- CBC (Child Behavior Checklist).- Es una herramienta importante, nos brinda la posibilidad de encontrar trastornos de conducta en el paciente.
- EDAH.- Este test nos permite observar el TDAH desde el punto de los profesores, nos parece importante el pensamiento que los profesores tiene acerca del paciente y como el paciente pasa gran parte del día en la institución educativa es importante observarlo en ese espacio.

2.4. Corrección de reactivos

Wisc-R

Luego de la aplicación del Wisc-R, se puede observar que el paciente es inquieto, no presta atención, a pesar de haberlo realizado en un ambiente tranquilo, se distrae con el mínimo detalle, como cuadros del dormitorio.

El paciente presenta un C.I de 95, normal dentro de la escala verbal; un C.I 85, abajo del normal en la escala de ejecución y un C.I total 89 que se encuentra debajo de lo normal. El objetivo principal de la aplicación es comprobar que no existe un retraso mental, el cual se cumplió sin embargo es importante analizar las subescalas ya que no pueden brindar pautas importantes para la elaboración de la terapia.

Los puntos bajos en las subescalas se encuentran en comprensión, retención de dígitos, diseño con cubos y claves. La subescala de comprensión mide el juicio práctico en los actos sociales de cada día. Un puntaje bajo en esta subescala se puede dar en sujetos pasivos, infantiles, impulsivos. La subescala de retención de dígitos mide la capacidad de atención, agilidad mental y concentración. Puntaje bajo pueden reflejar deterioro de atención, además de la incapacidad de autocontrol en operaciones mentales. La subescala de diseño con cubos explora la percepción, aspectos lógicos y de razonamiento, cuando existen puntuaciones bajas puede reflejar un trabajo rápido pero descuidado y falta de reflexión en la ejecución. Finalmente tenemos la subescala de claves la cual relaciona la capacidad de aprendizaje de tareas nuevas y sencillas, puntuaciones bajas nos permite medir resistencia a la distracción.

Podemos ver claramente que el paciente se distrae fácilmente, le cuesta realizar tareas sencillas, es impulsivo, realiza las tareas rápido pero es descuidado.

H.T.P

Casa

Proporción

Grande: ambiente restrictivo, compensación

Perspectiva

Ubicación Central: rigidez (común niños pequeños)

Vista desde abajo: aislamiento

Detalles

Puerta Cerrada: defensividad

Muros delgados: límites débiles del yo

Interrogatorio

El niño expresa repetidamente que su espacio físico es pequeño, podría significar que constantemente lo están juzgando. Mira la casa de lejos puede significar sentimientos de rechazo en su hogar. Según la respuesta del clima parece estar viviendo en un ambiente hostil en su hogar, además expresa que se debe arreglar el techo lo que representa de forma significativa el yo.

Árbol

Proporción

Grande: Ambiente restrictivo

Perspectiva

Ubicación central: rigidez

Vista desde arriba: rechazo

Detalles

Ramas muy altas: esquizoide

Copa Garabateada: labilidad

Tronco base amplia: dependencia

Tronco grande: regresión

Movido por el viento: presiones ambientales

Énfasis vertical: poco contacto con la realidad

Árbol para navidad: inmadurez

Interrogatorio

El niño se identifica más con su madre, sin embargo está presente la necesidad de hacer amistades. Piensa mucho en el futuro. El árbol lo asocia con su hermano sin embargo existe tensión ya indica que al árbol le han hecho daño “le tienen odio”. Puede sentirse víctima o tener éstos sentimientos hacia su hermano.

Persona

Proporción

Grande: rigidez

Perspectiva

Ubicación inferior: inseguridad

Detalles

Pupilas omitidas: poco contacto con la realidad

Manos enguantadas. Agresión reprimida

Hombros cuadrados: actitudes hostiles

Cuello largo: problemas área de control e impulsos

Interrogatorio

Piensa que su cuerpo es débil. Su fuente de apoyo es el mismo puede sentir rechazo por parte de su familia.

Interpretación

Parece ser un niño que se encuentra en conflicto con sus padres y hermano, muestra agresividad reprimida, además existen inmadurez y gran apego a la madre.

E.C.I

Como se dijo el E.C.I es un instrumento útil para observar el comportamiento del paciente. Al interpretar el test, en la categoría A Déficit de Atención, el paciente cumple con todos los puntos para el diagnóstico de TDAH. Está

categoría esta compuesta de 20 ítems, ciertos ítems para TDA sin hiperactividad, con hiperactividad e impulsividad. Como dijimos anteriormente cumple los 20 ítems, sin embargo los ítems para hiperactividad están presentes más a menudo.

Además cumple criterios para la categoría B (desorden oposicionista desafiante). Esta categoría puede ser producto de las dificultades que el paciente está experimentando, problema de autocontrol y conflictos en su hogar, especialmente con su hermano, como se vio en el H.T.P existe envidia hacia los logros de éste.

Finalmente cumple criterios para la categoría D y E (ansiedad). Lo más probable para la ansiedad del paciente es el regreso del padre del extranjero luego de estar 10 años sin verlo. Comenzar a tener que seguir reglas en su hogar por parte de éste nuevo miembro puede causar ansiedad en el paciente.

C.B.C

Me pareció importante aplicar este test ya que mide un aspecto de delincuencia, el cual queremos comparar con el desorden oposicionista desafiante. Encontramos que el paciente no presenta ningún desorden en este aspecto de delincuencia, sin embargo presenta los criterios de hiperactividad. Nuevamente podemos observar que el paciente presenta síntomas hiperactivos externalizados. En los otros aspectos no presenta problemas conductuales.

EDAH

Como se dijo anteriormente el EDAH fue aplicado a dos profesores de la institución, las materias elegidas fueron matemáticas y sociales por razones de baja calificación. Se encontró que en matemáticas el niño presenta un Trastorno

de déficit de atención con rasgos de hiperactividad, en la materia de sociales se comprueba el Trastorno de déficit de atención con hiperactividad. Lo importante de estos resultados es ver que el niño en el colegio no presenta rasgos de conducta disruptivas, lo que nos da indicar que el problema de conducta en el hogar es por falta de normas y reglas de los padres.

2.5. Diagnóstico Clínico Niño X

Luego de utilizar las herramientas psicológicas, observación en institución educativa y hogar, aplicación de reactivos; entrevistas padres y profesores y cumpliendo los criterios del DSM – IV la evaluación multiaxial es la siguiente:

Eje I F90.0 Trastorno por de Déficit de Atención con hiperactividad, tipo combinado [314.01].

Eje II Z03.2 No hay diagnóstico. Características de Trastorno Negativista Desafiante.

Eje III Ninguno

Eje IV Z63.1 Problemas paterno-filiales [V61.20]

Eje V EEAG 62 (actual)

CAPÍTULO 3

3. PROPUESTA DE TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL DIRIGIDA A NIÑO X CON TDAH

3.1 Consulta a profesionales

Es importante saber que método puede ser ideal para un paciente, luego de haber investigado, se llega a la conclusión de que una terapia cognitiva – conductual es el método mas utilizado en el campo psicológico, está puede mejorar el autocontrol del paciente si es manejada de manera correcta.

En información recibida por parte de la Dra. Pacurucu, podemos ver que intervenciones en la conducta del paciente puede causar un efecto positivo. Además podemos mejorar la organización de clases, horarios, tareas utilizando herramientas sencillas tales como carpetas con separadores o de diferentes colores.

Concluimos eligiendo realizar una propuesta de terapia cognitivo – conductual para el paciente, luego de haber analizado los estudios de autores capacitados en el tema.

3.2 Revisión bibliográfica de la terapia

Tradicionalmente se ha estudiado por separado las terapias conductistas y la terapias cognitivas. No cabe duda que los fundamentos de ambas terapias son distintos, sin embargo no son tan distintas entre sí ya que mantienen lo esencial: el empirismo, ambientalismo, la reactividad, el aprendizaje esencial de las conductas (La psicoterapia en la infancia 1481).

Las técnicas conductistas nacieron a la sombra de otras concepciones psicológicas revolucionarias que hace 50 años dominaban, tales como el psicoanálisis. El conductismo radical inicial tenía una tendencia a estudiar simplemente lo externo, o sea la conducta siempre estaba en función del ambiente, no existía un análisis intrapsíquico (Mayor y Labrador, 1990; Kazdin, 1978).

En los años 40, fueron Watson y Mary Cover Jones que comenzaron a ampliar el campo de las técnicas conductistas tratando de forma eficaz fobias y enuresis. De esta manera poco a poco se fue ampliando el campo de aplicación de estas técnicas. Sin duda estas técnicas tienen una base inicial y punto de partida con los hallazgos y teorías procedentes de la Psicología del Aprendizaje (Kazdin, 1978).

El interés de los teóricos de las técnicas de modificación de la conducta se centra en los siguientes puntos: explicar la naturaleza de la conducta normal y patológica, la manera en que ambas se generan con los mecanismos de aprendizaje de las mismas, las circunstancias que intervienen en su producción, como se puede evaluar y diagnosticar y que mecanismo intervienen en el cambio de conducta. A partir de la teoría del aprendizaje ("learning theory") y los logros de la psicología cognitiva, se llega a la conclusión de que las conductas no son "esencialmente diferentes" de las conductas anormales por tal razón se puede sustituir una por otra. Se interesa especialmente por la evaluación actual de la conducta y que la conducta anormal no es explicada a través de mecanismo intrapsíquicos sino de hechos empíricos y acciones, sin embargo no se rechaza la implicación de mecanismos internos.

Además se entiende que gran parte de la conducta patológica es adquirida y se mantiene por el entorno, por tal razón es susceptible a cambio y modificación, si

logramos manejar adecuadamente el ambiente que se desenvuelve y encuentra (Psychology, 2000).

En general lo que se pretende cambiar no es la persona en conjunto sino sus conductas observables en su propio entorno, es por tal razón que la observación en el análisis de un paciente niño es importante. Cuando hablamos de observable nos referimos a frecuencia, duración, la existencia de aprendizajes inadecuados y la estructura formal de pensamientos distorsionados (Técnicas de modificación de conducta en el tratamiento, 1980).

Ha sido una tercera corriente, la de Bandura, la que ha permitido desarrollar nuevos modelos y direcciones la llamada teoría del aprendizaje social, sin embargo es Ellis (1962), Meichembaum y Mahoney quienes han irrumpido con mas fuerza y despertado mas expectativas con la llamada modificación de conducta cognitiva. Estos autores a través de vías cognitivas se apartan de primitivas propuestas de Pavlov y Skinner. Las terapias cognitivas como su nombre mismo lo dice tiene como esencia su interés por la cogniciones, trabajo que se realiza sobre las sistema de creencias consciente e inconsciente.

Las técnicas más utilizadas de acurdo con Martin Hebert (1980) son las siguientes:

- Reforzamiento Positivo.- consta de la presentación de un estímulo positivo inmediatamente posterior a una conducta deseable y se emplea para aumentar conductas adaptativas.
- Reforzamiento Negativo.- implica la retirada de una estimulación aversiva cuando se emite la conducta deseada, usado en programas de manejo de contingencia.

- La Extinción.- retiro de reforzadores tras la emisión de una serie de conductas, se utiliza para eliminar conductas desadaptativas.
- El Castigo.- presentación de un estímulo aversivo contingente a la emisión de una conducta problema, se emplea para suprimir conductas no deseadas.
- El Moldeado.- permite el traslado del control de la conducta a otra que se le asemeje hasta que gradualmente se llegue a la conducta deseada.
- La Economía de Fichas.- consiste en la entrega de fichas tras la emisión de las conductas deseadas que son canjeables por objetos o privilegios.
- El Costo de Respuesta.- supone la retirada de una determinada cantidad de reforzadores tras la emisión de la conducta inadecuada.
- Tiempo Fuera.- obliga a la retirada de los reforzadores positivos durante una serie de minutos tras la conducta desadaptativa, se usan para conductas como falta de atención en clase, agresiones.
- El sobreaprendizaje.- consiste en el entrenamiento del sujeto en una conducta adaptativa de manera intensa.
- La Saciación.- presenta al sujeto el reforzador de manera excesiva para que disminuya y pierda su valor reforzante.
- Acuerdos y Contratos de Contingencias.- la realización de una conducta por una de las partes trae como consecuencia la realización contingente de una condición o conducta por la otra parte.
- Entrenamiento en exposición y la desensibilización.- consiste en ir poniendo al niño en una situación temida de progresiva.

- Role Playing.- supone diseñar y atribuir un rol o papel a través del cual el niño tenga que recomponer la situación, se usa para problemas en habilidades sociales.
- El Modelado.- permite ofrecer modelos adecuados que el niño pueda imitar, utilizado en problemas del aprendizaje.
- Técnicas de afrontamiento.- permite ofrecer vías alternativas para incrementar los recursos con que percibir y enfrentarse a los problemas, se aplica en situaciones de crisis.
- Técnica de retroalimentación.- consiste en hacer consciente al niño de sus propios procesos a través de instrumentación mecánica para que pueda controlarlos, se emplea en situación de estrés.
- Técnicas de autocontrol.- se adiestra al niño sobre los procedimientos para modificar y controlar su propia conducta sin depender del terapeuta, situaciones de déficit.
- Solución de Problemas.- no se considera como una técnica sino como una estrategia para resolver situaciones de fracaso en la que se necesita una respuesta eficaz.

Revisando los fundamentos teóricos que Jaime Rodríguez – Sacristán nos presenta en su libro Psicopatología Infantil Básica (2000), se encuentra que en conductas hiperactivas y con déficit de atención, se debe entrenar muy bien a los padres para conseguir una buena “cooperación del paciente”. Se plantea como objetivos principales conseguir un mayor autocontrol, que es lo que buscamos en el paciente. Él mismo autor nos muestra técnicas de reforzamiento, coste de respuesta y técnicas cognitivas de auto instrucción y autocontrol desarrolladas de forma brillante por Meichenbaum (1974, 77).

En el siguiente cuadro se indicaran técnicas empleadas en el TDAH, cuales sus ventajas y desventajas.

TÉCNICAS EMPLEADAS	VENTAJAS	DESVENTAJAS
Entrenamiento con padres. Técnicas de reforzamiento positivo o negativo. Modelado. Técnicas cognitivo- conductuales: Auto instrucción. Estrategias de autocontrol. “Biofeedback”.	Aumenta interacciones sociales. Incremento de cooperación de los padres. Reducción de la agresividad y conductas problemáticas. Mejoría en el rendimiento académico.	La efectividad no se mantiene a largo plazo. Exigen mucho tiempo.

Es importante indicar que la terapia cognitivo – conductual difiere entre niños, adolescente y adultos. Para comenzar los niños son llevados por un adulto a una terapia, ellos no deciden por si mismo ya que son remitidos por problemas en el hogar o escuela, segundo el conversar con un adulto que ocupa una posición de autoridad puede causar ansiedad en el paciente; por tal razón es importante motivarlo para un tratamiento (Knell, 1993).

Knell también nos indica que “la terapia cognitiva – conductual con niños suele basarse en un enfoque experiencial, centrado en el aquí y ahora, y como los niños están orientados a la acción, están predispuestos a aprender haciendo” (Practica Clínica de Terapia Cognitiva con niños y adolescentes 2005).

3.3.Elegir las estrategias adecuadas para la terapia.

Las estrategias adecuadas para la terapia se elegirán de acuerdo al objetivo principal de la terapia, mejorar el autocontrol del paciente.

Se utilizara como estrategias principales, para mejorar el autocontrol del niño, entrenamiento en autocontrol (Meichenbaum, 1971). Procedimiento modelado de habla externa instruccional, imitación gradual encubierta desde habla abierta a subvocal y refuerzo. Las técnicas a emplearse son modelado, entrenamiento en autoinstrucciones, resolución de problemas y uso contingente del refuerzo. Además se usará terapia de control cognitivo con uso del juego para ajustar las velocidades con que el niño se mueve. Las técnicas son las siguientes, al niño con orientación externa (hiperactivo ligado a estímulos externos) se le propone el juego "moviéndote deprisa y despacio". Al niño con orientación interna (hiperactivo ligado a la fantasía) se le propone el mismo juego pero pidiéndole que genere una fantasía que se va acoplando a los movimientos. Es importante también incluir técnicas de relajación en niños con TDAH.

Cabe recalcar que la cooperación de padres y profesores es fundamental en el proceso terapéutico.

3.4.Elaborar el plan terapéutico

Los objetivos del plan terapéutico se basan en las necesidades del niño para mejorar su autocontrol. La estructura de la sesión consta de seis componentes fundamentales: la valoración del estado de ánimo, la revisión de las tareas para la casa, establecimiento de la agenda, el contenido de la sesión, las tareas para la

casa y la retroalimentación del cliente. Esta estructura es una forma de promover el autocontrol y autorregulación. (Practica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes, 2002)

La valoración de estado de ánimo se refiere a tantear como se siente el niño en la sesión actual y la diferencia a como se sintió en la anterior, aquí se es importante las técnicas de identificación de emociones, podemos utilizar dibujos de caras dependiendo de la emoción, tristeza, ira, alegría, además se puede utilizar una técnica para ver la intensidad de las emociones, pidiéndole al niño que dibuje una cara con una emoción y si esta es diferente el dibujo será mas grande o pequeño. La revisión de tareas tiene que ser divertida, comúnmente la palabra tarea tiene una connotación negativa en niños de bajo rendimiento, por tal razón podemos cambiar el nombre a proyecto y explicarle al paciente que en la terapia no existe respuesta correcta e incorrecta. El establecimiento de la agenda es importante ya que es el lugar para agregar situaciones que el paciente a experimentado o finalizar situaciones inconclusas de la terapia anterior. Luego tenemos el contenido de la sesión, aquí es donde se empleará la técnicas cognitivas dependiendo de la sesión, es importante ser creativo ya que muchas de las veces los pacientes pierden interés. Tareas para casa son importantes ya que son una consecuencia natural del contenido de la sesión, serían un reforzamiento. Finalmente la retroalimentación nos serviría para evitar percepciones erróneas, las insatisfacciones o las distorsiones relacionadas con la terapia.

3.5.Detallar cada sesión de la intervención terapéutica

Las sesiones se realizaran una vez por semana.

Sesión 1.-

- Establecer rapport con el paciente.
- Identificar problemas que afectan al paciente.
- Tarea para casa: encontrar emociones en caras de revistas.

Sesión 2.-

- Valoración de estado de ánimo, siendo la guía la revisión de tareas de la sesión anterior.
- Contenido de la terapia, identificación de emociones (Técnica grafico de caras).
- Tarea para la casa pedir al paciente que indique que situaciones provocan emociones de ira, enojo y alegría.
- Feedback, realizar preguntas que induzcan a una retroalimentación (ej. ¿Qué te ha servido de ayuda en el trabajo de hoy?).

Sesión 3.-

- Valoración de estado ánimo, pedirle que dibuje como se siente en la sesión actual.
- Revisión de tareas, compartir con paciente cuales son las situaciones que provocan sus sentimientos en mayor intensidad.
- Contenido de la terapia, trabajar la intensidad de sus emociones. (técnica de termómetro).
- Tarea para la casa indicar de acuerdo a la técnica enseñada cuando sus emociones son mas intensas.
- Retroalimentación.

Sesión 4.-

- Valoración de su estado de ánimo, intensidad de emoción.
- Revisión de tarea, compartir que momentos su emociones suben de intensidad.
- Contenido de la terapia, identificar y conectar pensamientos. (técnica de diario de pensamiento utilizando preguntas abiertas tales como ¿Qué se te ha venido a la cabeza cuando tienes esta emoción? Evitar realizar preguntas incluyendo que piensa o estabas pensando).
- Tarea para la casa, inicio de diario de pensamientos.
- Retroalimentación.

Sesión 5.-

- Valoración del estado de ánimo, esta vez no se utilizará dibujos, se verá si el paciente puede identificar sus emociones.
- Revisión de tarea, esta revisión es importante para analizar si el paciente tiene la capacidad de conectar situaciones, pensamientos con emociones.
- Contenido de terapia, si el paciente ha comprendido la tarea se continuará con la técnica de fragmentos de sentencias incompletas. Es importante esta técnica ya que pone una situación específica y pregunta cual sería la respuesta ante tal situación (ej. Cuando mi profesor me dice que no hago las tareas bien me enfado y me pasa por la cabeza _____).
- Tarea para casa desarrollar técnica de fragmento de sentencias incompletas.

Sesión 6.-

- Para esta sesión el paciente puede estar un poco cansado de lo que se ha venido haciendo, puede ser ansiedad, ira, etc.

- Contenido de terapia, se iniciara con las técnicas de relajación indicadas por Goldfried y Davison.
- Tarea para la casa, técnica de relajación de la diez velas.
- Retroalimentación acerca de técnicas de relajación.

Sesión 7.-

- Valorar la tarea para el hogar, que se logro con la relajación.
- Contenido de la terapia, iniciar las técnicas de autocontrol (modelado).
- Tarea para casa, encontrar en historietas soluciones a problemas.
- Retroalimentación, que entendió por modelado.

Sesión 8.-

- Valorar estado de ánimo, problemas surgidos en la semana.
- Contenido resolución de problemas, técnica registro de pensamiento mariposa, si al paciente no le agrada el animal, se podría escoger otro. También se puede utilizar CDI (Children Depression Inventory) este como un método para expresar sus problemas. Es importante porque el paciente expresa desde su punto de vista sus sentimientos.
- Tarea para casa, elaboración de lista de problemas con la técnica de la mariposa.
- Retroalimentación, diálogo socrático.

Sesión 9.-

- Evaluación del rendimiento de la terapia.

Sesión 10.-

- Evaluación de emociones, avance con resolución de problemas.

- Contenido de terapia, control de contingencias. Establecer conductas que queremos aumentar y disminuir.
- Tarea para casa, registro de recompensa y castigo con las conductas que se eligieron.
- Retroalimentación, que significado tiene los castigos y recompensas.

Sesión 11.-

- Sesión con padres, puntos clave para llevar con éxito el control de contingencias, aspectos tales como recompensas, castigos, forma de dar reglas y normas, contacto visual, tono de voz.
- Inquietudes con respecto al desarrollo del plan terapéutico.

Sesión 12.-

- Conversación acerca de registro de castigo y recompensa, establecer compromiso para comenzar con el control de contingencias en el hogar y colegio.
- Contenido de terapia, técnicas de autocontrol, preparar al paciente para la situación estresante, encontrar frase que tranquilice y sea estratégica. Establece diálogos consigo mismo. Técnica de cubo de hielo.
- Tarea para casa, practicar técnica de cubo de hielo en situaciones estresantes.

Sesión 13.-

- Valoración de su estado de ánimo. Retroalimentación de técnica de cubo de hielo.
- Contenido de la terapia, Técnica cognitiva moviéndote de prisa para orientación externa.

- Tarea para casa practicar en momentos libres técnica moviéndote de prisa.
- Retroalimentación, que le pareció la actividad de juego de la sesión.

Sesión 16.-

- Valoración de estado de ánimo, problemas de la semana y como los solucionó.
- Contenido de la terapia, Técnica cognitiva moviéndote de prisa para orientación interna, fantasía que se acople a los movimientos.
- Tarea para casa, evaluar que ha servido y que no en la terapia.

Sesión final.-

- Valoración de estado de ánimo, que piensa que se lleva de este proceso.
- Contenido de terapia, establecer logros a corto tiempo.
- Retroalimentación, exponer el trabajo que se ha realizado en el tiempo, lo importante que ha sido la participación del paciente y recompensarle con palabras que eleven su autoimagen, auto concepto y autoestima.

CONCLUSIONES.

Este proyecto ha sido muy útil, ya que se pudo constatar que el TDAH es un trastorno progresivo, en el cual pueden aparecer rasgos de conductas disruptivas; por tal razón es esencial que los padres tengan psicoeducación acerca de este trastorno. De igual manera se pudo constatar el comportamiento del paciente en el hogar como en la institución educativa. Esta observación me pareció de suma importancia ya que se pensaba que podía existir un Trastorno Opositor Desafiante, sin embargo la conducta del paciente en el colegio es muy buena, lo que facilita realizar un diagnóstico diferencial. Nos parece que se eligió la batería de test correcta ya que nos sirve para ver las debilidades y fortalezas, lo que se traduce en una propuesta de terapia con un futuro exitoso. Se repite nuevamente que el diagnóstico se debe hacer en edades tempranas, las deficiencias académicas que el paciente arrastra desde la etapa escolar dificulta mucho su aprendizaje actual.

BIBLIOGRAFÍA.

- BARKLEY, R. A. "Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment (3rd ed.)", New York, Guilford Press, 2006.
- BASCH, Michael. "Doing psychotherapy". Editorial Basic Books, 1980.
- CRAIG, Grace. BAUCUM, Don. "Desarrollo Psicológico (8va ed.)", México, Pearson Education, 2001.
- ESQUIVEL, Fayne. HEREDIA, Cristina. LUCIO, Emilia. "Psicodiagnóstico Clínico del Niño (2da ed.)", México, DF, Ed. El Manual Moderno.
- MCCLURE, Jessica. FRIEDBERG, Robert. "Practica Clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes", Buenos Aires, PAIDOS, 2002.
- MIRANDA, A. JARQUE, S. SORIANO, S. "Trastorno de Hiperactividad con déficit de atención", Revneurol, 1999.
- POLAINO-LORENTE A, ORJALES Villar I. "Programa de Intervención cognitivo-conductual para niños con déficit de atención con hiperactividad. 2ª edición", Editorial CEPE, 2002.
- ROMANO, Patricia Eugenia. "Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad", Cancún, 2004.
- WADE, Carole. TAVRIS, Carol. "Psychology (6ta ed.)", New Jersey, Prentice Hall, 2000.

SITIOS WEB

- Revista Gallega de Terapia Ocupacional TOG. www.revistatog.com. Número 8. Septiembre 2008
- www.medscape.com/viewarticle/521178
- www.medscape.com/viewarticle/49560
- www.help4adhd.org

ANEXOS.

- Wisc-R-Español.- Protocolo.
- ECI (Early Childhood Inventory).- Cuestiones y Protocolo.
- C.B.C (Childhood Behavior Checklist).- Cuestiones y Perfil.
- EDAH.- Interrogatorio y Resumen de Puntuaciones.

WISC-R-ESPAÑOL PROTOCOLO

MTI
10-4

WISC-R-ESPAÑOL

Escala de Inteligencia Revisada
para el Nivel Escolar

Protocolo

NOMBRE Daniel

EDAD 12 años 8 meses SEXO masculino

DIRECCIÓN _____

NOMBRE DEL PADRE
O TUTOR M

ESCUELA _____

GRADO 6^{oo}

LUGAR DE APLICACIÓN WCSB

APLICÓ Reynaldo AVECILLAS

REFERIDO POR _____

PERFIL WISC-R

ESCALA VERBAL

Puntuación normalizada	Información	Semejanzas	Aritmética	Vocabulario	Comprensión	Retención de dígitos
19						
18						
17						
16						
15						
14						
13						
12						
11						
10						
9						
8						
7						
6						
5						
4						
3						
2						
1						

ESCALA DE EJECUCIÓN

Puntuación normalizada	Figuras incompletas	Ordenación de dibujos	Diseños con cubos	Composición de objetos	Claves	Laberintos
19						
18						
17						
16						
15						
14						
13						
12						
11						
10						
9						
8						
7						
6						
5						
4						
3						
2						
1						

	Año	Mes	Día
Fecha de aplic.	2010	5	10
Fecha de naci.	1997	10	20
Edad	12	8	20

	Puntuación natural	Puntuación normalizada
ESCALA VERBAL		
Información	14	8
Semejanzas	19	11
Aritméticas	12	8
Vocabulario	44	12
Comprensión	17	2
Retención de dígitos	(9)	16
Suma		46
ESCALA DE EJECUCIÓN		
Figs. incompletas	19	9
Ordenación de dibujos	33	11
Diseños con cubos	18	6
Compos. de objetos	21	8
Claves	35	5
(Laberintos)	(30)	18
Suma		39
Resumen		
Escala Verbal	46	0.95
Escala de Ejecución	39	0.85
Escala Total	85	89

* Prorrateo si es necesario.

OBSERVACIONES

Copyright © 1971, 1974 by
The Psychological Corporation
New York, N.Y. 10017

D.R. © 1980 por la
EDITORIAL EL MANUAL MODERNO, S.A. de C.V.
Av. Sonora 206 Col. Hipódromo, 06100 México,

0694

ECI (EARLY CHILDHOOD INVENTORY)

EARLY CHILDHOOD INVENTORY-4 (versión padres)
(Sprafkin & Gadow, 1996) - Versión experimental
Unitat de Psicopatologia Clínica Infanto-Juvenil
Universitat Autònoma de Barcelona

Nombre: DANIEL Apellidos: _____

Fecha: 10/11/2010 Edad: 12 años Nivel: 600 Colegio: _____

INSTRUCCIONES

Responda a cada cuestión con una cruz (X) valorando el grado en que su hijo/a presenta cada una de las conductas descritas durante los últimos 6 meses.

		Nunca 0	A veces 0	A menudo 1	Muy a menudo 1
1	Usa palabras para comunicar sus necesidades				/
2	Entiende cuando otras personas hablan con él/ella			/	
3	Mantiene conversaciones con usted acerca de actividades o acontecimientos				/
4	Pronuncia palabras para que otras personas puedan entenderlo				/
5	Parece tener una coordinación de movimientos pobre o torpe	/			
6	Tiene dificultades en la coordinación manual tales como al usar tijeras, lápices, bloques o manipulando objetos pequeños	/			
7	Tiene dificultades con su autocuidado (lavarse, comer, vestirse, etc.)	/			
8	Parece feliz cuando juega con otros niños/as				/
9	Parece contento cuando juega solo/a		/		/
10	Juega con otros niños/as de su edad				/
11	Busca ser consolado cuando se siente herido				/
12	Quiere gustar a los adultos				/

		Nunca 0	A veces 0	A menudo 1	Muy a menudo 1
☒	CATEGORÍA A: Comparando con otros niños/as de la misma edad				
1	No presta atención a los detalles o comete errores por descuido			/	
2	Tiene dificultad en prestar atención a tareas o actividades de juego (mirando un libro, dibujos, etc.)			/	
3	Parece no escuchar cuando se le habla directamente			/	
4	Empieza una actividad sin acabar la anterior			/	
5	Tiene dificultad para organizar tareas y actividades			/	
6	Evita realizar tareas que requieren esfuerzo mental (puzzles, etc.)			/	
7	Extravía cosas que necesita para sus actividades			/	
8	Se distrae fácilmente por cosas que pasan a su alrededor				/
9	Es olvidadizo/a en actividades diarias				/
10	Mueve en exceso manos y/o pies y se mueve en su asiento				/
11	Tiene dificultad en permanecer sentado/a cuando se le pide que lo haga				/
12	Corretea o trepa sobre las cosas cuando se le dice que no lo haga				/
13	Le es difícil jugar tranquilo/a			/	
14	Se mueve constantemente o actúa como si estuviera movido por un motor				/
15	Habla excesivamente				/
16	Responde a las preguntas precipitadamente antes de que hayan sido completadas				/
17	Le es difícil esperar su turno en actividades de grupo				/
18	Interrumpe conversaciones o se entromete en actividades de otros niños/as				/
19	Cuando se le pide cambiar de actividad, tiene dificultades en atender a la nueva tarea			/	
20	Sueña despierto/a. Actúa como si estuviera ausente				/

TRANSICIÓN DE DEFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD TIPO COMBUDAO

✓	CATEGORIA B: Comparando con otros niños/as de la misma edad	Nunca 0	A veces 0	A menudo 1	Muy a menudo 1
21	Pierde la paciencia				/
22	Discute con los adultos				/
23	Desafía o rechaza hacer lo que se le pide				/
24	Molesta deliberadamente a otras personas				/
25	Culpa a otros de sus errores o mal comportamiento				/
26	Es susceptible o frecuentemente se siente molestado por los demás				/
27	Es colérico y resentido				/
28	Es rencoroso o vengativo				/

D. OROSCOWS ED DESAFIA ME

✗	CATEGORIA C: Comparando con otros niños/as de la misma edad	Nunca 0	A veces 0	A menudo 1	Muy a menudo 1
29	Miente en cosas importantes			/	
30	Fanfarronea, amenaza o intimida a los demás			/	
31	Inicia peleas físicas	/			
32	Roba cosas	/			
33	Destruye deliberadamente la propiedad de los demás				
35	Utiliza objetos como arma cuando pelea (tijeras, piedras, palos, etc.)	0 /	1	1	1
36	Manifiesta crueldad física con los animales	0 /	1	1	1
37	Manifiesta crueldad física con las personas	0 /	1	1	1
38	Está preocupado por el sexo o presenta conductas relacionadas (roces, tocamientos, etc.)	0 /	1	1	1

✗	CATEGORIA PCS: Comparando con otros niños/as de la misma edad	Nunca 0	A veces 0	A menudo 1	Muy a menudo 1
39	Se apropia de las cosas de otros niños	/			
40	Lanza objetos a otros niños	/			
41	Pisotea o destruye las cosas	/			
42	Hace demostraciones obscenas o gestos amenazantes a otros niños/as	/			
43	Insulta o hace bromas a otros niños/as para provocar conflictos	/			
44	Daña la propiedad de otros niños/as	/			
45	Pega, empuja o les pone la zancadilla a otros niños/as	/			
46	Atemoriza o hace daño a otros niños/as	/			
47	Se involucra en peleas con otros niños/as	/			
48	Irrita a otros niños/as para provocarles	/			

✓	CATEGORIA D: Comparando con otros niños/as de la misma edad	Nunca 0	A veces 0	A menudo 1	Muy a menudo 1
49	Se siente muy afectado cuando prevé ser apartado/a de su casa o de sus padres			/	
50	Le preocupa excesivamente que sus padres sufran algún daño o salgan de su casa y no vuelvan			/	
51	Le preocupa excesivamente que algún acontecimiento adverso (ser raptado/a, perderse, etc.) le separe de sus padres			/	
52	Trata de evitar ir a la escuela para quedarse con sus padres	/			
53	Le preocupa que le dejen solo/a en casa o con un canguro	/			
54	Tiene miedo de irse a dormir si no está cerca de sus padres	/			
55	Tiene pesadillas repetidas de ser separado/a de sus padres	/			
56	Se queja de que está enfermo/a cuando prevé ser separado/a de su casa o de sus padres	/			

✓	CATEGORIA E: Comparando con otros niños/as de la misma edad	Nunca 0	A veces 0	A menudo 1	Muy a menudo 1
57	Es excesivamente temeroso/a de (trata de evitar) objetos específicos o situaciones específicas	/			
58	No consigue no tener pensamientos angustiosos (preocupaciones sobre gérmenes, hacer las cosas perfectamente, etc.)		/		
59	Se siente obligado/a a realizar hábitos inusuales (alinearse los juguetes de una forma particular, colocar algo en una disposición determinada, etc.)		/		
60	Hace movimientos inusuales sin ninguna razón aparente (abre y cierra los ojos, se muerde los labios, mueve la cabeza repetidamente)			/	
61	Hace sonidos vocálicos sin razón aparente (ataques de tos, carraspea, hace ruidos con la nariz, gruñe, etc.)		/		
62	Le preocupa que los demás niños/as puedan hacer las cosas mejor que él/ella			/	
63	Se preocupa más que otros niños/as	/			
64	Se queja de problemas físicos (molestias de estómago, dolores, etc.) para los cuales no hay causa aparente		/		
65	Rechaza hablar con otras personas que no sean de la familia		/		

✗	CATEGORIA F: Comparando con otros niños/as de la misma edad	Nunca 0	A veces 0	A menudo 1	Muy a menudo 1
66	Está triste la mayor parte del día	/			
67	Está irritable la mayor parte del día	/			
68	Muestra poco interés en actividades divertidas o por jugar con otros/as niños/as	/			
69	Habla acerca de muerte o suicidio		/		
70	No se siente a gusto consigo mismo/a (dice que es un niño/a malo/a)	/			
71	Tiene pocas energías o se cansa sin razón aparente	/			
72	Ha experimentado algún cambio en su apetito normal o peso	No (0)		Sí (1)	
73	Ha experimentado algún cambio en sus hábitos normales de sueño. Tiene problemas para dormir o duerme demasiado	No (0)		Sí (1)	
74	Ha experimentado algún cambio en su actividad normal. Hiperactivo/a, inactivo/a	No (0)		Sí (1)	
75	Ha experimentado algún cambio en su habilidad de concentrarse y/o tomar decisiones	No (0)		Sí (1)	
76	Se ha vuelto más sensible o llora más de lo usual	No (0)		Sí (1)	
77	Ha experimentado algún hecho muy estresante (divorcio de los padres, muerte de un amigo o pariente, enfermedad grave, etc.)	No (0)		Sí (1)	

✗	CATEGORIA G: Comparando con otros niños/as de la misma edad	Nunca 0	A veces 0	A menudo 1	Muy a menudo 1
78	Es excesivamente tímido/a con sus compañeros/as	/			
79	Es generalmente cálido/a y extrovertido/a con los miembros de la familia y otras personas conocidas adultas	/			
80	Cuando se encuentra en una situación social incómoda el niño/a llora, se paraliza o se retira de la interacción		/		

✗	CATEGORIA H: Comparando con otros niños/as de la misma edad	Nunca 0	A veces 0	A menudo 1	Muy a menudo 1
81	Tiene problemas para dormirse	/			
82	Se despierta llorando en medio de la noche	/			
83	Se despierta mucho más temprano de lo habitual	/			
84	Gatea hacia la cama de los padres y se mete en ella a media noche	/			

X CATEGORIA I: Comparando con otros niños/as de la misma edad		Nunca 0	A veces 0	A menudo 1	Muy a menudo 1
85	Moja la cama por la noche	/			
86	Últimamente moja la cama por las noches, pero permaneció seco/a durante 4 meses por lo menos	/			
87	Moja su ropa interior durante las horas del día	/			
88	Mancha su ropa interior durante las horas del día	/			

X CATEGORIA J: Comparando con otros niños/as de la misma edad		Nunca 0	A veces 0	A menudo 1	Muy a menudo 1
89	Ha experimentado un hecho muy desagradable y continúa estando molesto/a por ello			/	
90	Tiene sueños o recuerdos angustiosos sobre un hecho extremadamente desagradable	/			
91	Habla o representa en juegos un hecho extremadamente desagradable	/			
92	Parece como si estuviera en un trance	/			

X CATEGORIA K: Comparando con otros niños/as de la misma edad		Nunca 0	A veces 0	A menudo 1	Muy a menudo 1
93	Se niega a comer suficiente comida para mantenerse en su peso saludable	/			
94	Tiene unos hábitos de comida extremadamente rígidos (no come alimentos sólidos, sólo comidas para bebés)	/			

X CATEGORIA L: Comparando con otros niños/as de la misma edad		Nunca 0	A veces 0	A menudo 1	Muy a menudo 1
95	Parece estar temeroso/a o disgustado/a aún con las personas de la familia (evita contacto y/o consuelo, mira de reojo)	/			
96	Busca afecto de la mayoría de los adultos aún siendo extraños	/			

X CATEGORIA M: Comparando con otros niños/as de la misma edad		Nunca 0	A veces 0	A menudo 1	Muy a menudo 1
97	Tiene una forma peculiar de relacionarse con los demás (evita el contacto visual, hace gestos o tiene expresiones faciales raras)	/			
98	No juega o no se relaciona bien con los demás niños/as	/			
99	No está interesado/a en hacer amigos/as	/			
100	No es consciente o no muestra interés por los sentimientos de los demás	/			
101	Tiene un problema importante con el lenguaje	/			
102	Tiene dificultad para llevar una conversación socialmente apropiada	/		/	
103	Habla de forma rara (repite lo que los otros dicen, confunde palabras como "tú" o "yo", usa frases o palabras extrañas, etc.)	/		/	
104	Es incapaz de fingir cuando juega	/		/	
105	Muestra una excesiva preocupación por un tema	/		/	
106	Se disgusta cuando se producen pequeños cambios en su rutina o en su entorno	/		/	
107	Hace movimientos extraños y repetitivos (agita los brazos, etc.)	/		/	
108	Tiene una extraña fascinación por partes de objetos	/		/	

OTROS PROBLEMAS O COMENTARIOS:

60 - desde el 1 de mayo se cancela
106 - Espasmos, Pánico

C.B.C (CHILDHOOD BEHAVIOR CHECKLIST)

Corporació
Sanitària
CLÍNIC

CLÍNIC
BARCELONA
Hospital Universitari

CBC
4-5; 6-11; 12-16

SUBDIVISIÓ DE PSIQUIATRIA
(PSIQUIATRIA INFANTIL I JUVENIL)

NOMBRE DAMIEN
EDAD 12 años SEXO: MASCULINO FECHA 10/MAYO/2010

A continuación encontrará una serie de frases que describen algunos comportamientos y problemas de los niños y de los adolescentes. Léalas pensando si esa manera de comportarse es la que ha tenido su hijo (o hija) **durante los últimos 6 meses**.

Haga una señal en la casilla (☐) correspondiente a "NO NUNCA", "ALGUNAS VECES" o "MUCHAS VECES" de acuerdo con lo que usted cree que le sucede a su hijo.

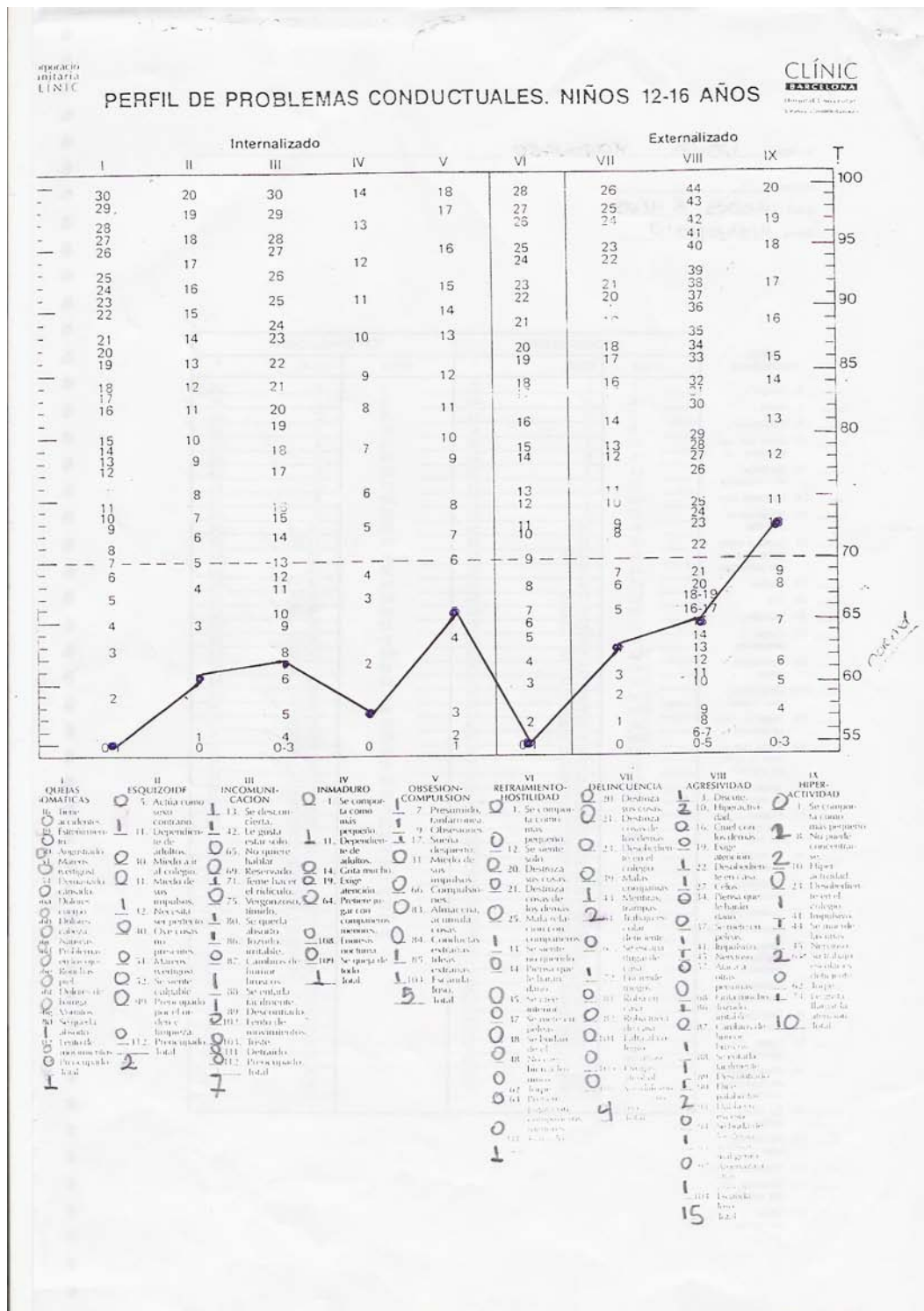
No deje ninguna cuestión por contestar.

	NO NUNCA	ALGUNAS VECES	MUCHAS VECES
1. Se comporta como si fuera más pequeño	☒	☐	☐ 1
2. Es alérgico. (Explíquelo: _____)	☒	☐	☐ 2
3. Discute mucho.	☒	☒	☐ 3
4. Tiene asma.	☒	☐	☐ 4
5. Actúa como si fuera del sexo opuesto	☒	☐	☐ 5
6. Se hace sus necesidades ("caca") encima.	☒	☐	☐ 6
7. Es presumido y fanfarrón.	☐	☒	☒ 7
8. No puede concentrarse ni prestar atención durante mucho rato.	☐	☒	☐ 8
9. No puede apartar de su cabeza ciertos pensamientos u obsesiones. (Explíquelo: <u>los tres de los tres o cuatro.</u>)	☐	☐	☐ 9
10. No puede sentarse quieto ni estar tranquilo; siempre está moviéndose.	☐	☒	☒ 10
11. Es demasiado dependiente de los adultos.	☐	☒	☐ 11
12. Se queja de que se siente solo	☐	☒	☐ 12
13. Se aturde, se desconcierta	☐	☒	☐ 13
14. Lloro mucho	☐	☒	☐ 14
15. Es cruel con los animales	☐	☒	☐ 15
16. Es abusón, cruel o desconsiderado con los demás	☐	☒	☐ 16
17. Sueña despierto o se queda distraído con sus pensamientos	☐	☒	☐ 17
18. Se hace daño expresamente o ha intentado suicidarse.	☐	☒	☐ 18
19. Exige que estén muy pendientes de él	☐	☒	☐ 19
20. Destroza sus cosas	☐	☒	☐ 20
21. Destroza cosas de otros niños o de familiares	☐	☒	☐ 21
22. Es desobediente en casa	☐	☒	☐ 22
23. Es desobediente en el colegio	☐	☒	☐ 23
24. No come bien	☐	☒	☐ 24
25. No se lleva bien con los otros niños	☐	☒	☐ 25
26. No parece sentirse culpable después de portarse mal	☐	☒	☐ 26
27. Tiene celos con facilidad	☐	☒	☐ 27
28. Come o bebe cosas que no son alimentos (Explíquelo: _____)	☒	☐	☐ 28
29. Tiene miedo a ciertos animales, situaciones o lugares (que no son el colegio) (Explíquelo: <u>ferozes, que no se los de los tres de los tres o cuatro.</u>)	☐	☒	☐ 29
30. Tiene miedo a ir al colegio	☐	☒	☐ 30
31. Tiene miedo a pensar algo malo o a hacerlo	☐	☒	☐ 31
32. Cree que tiene que ser perfecto	☐	☒	☐ 32
33. Se queja o piensa que nadie lo quiere	☐	☒	☐ 33
34. Piensa que los demás le quieren hacer daño	☐	☒	☐ 34
35. Cree que es inútil o inferior a los demás	☐	☒	☐ 35
36. Se hace daño o tiene accidentes	☐	☒	☐ 36
37. Se mete en muchas peleas	☐	☒	☐ 37
38. Se burlan de él	☐	☒	☐ 38
39. Tiene malas compañías	☐	☒	☐ 39
40. Oye cosas o a personas que no están presentes. (Explíquelo: _____)	☒	☐	☐ 40
41. Es impulsivo, hace las cosas sin pensar	☐	☒	☐ 41
42. Le gusta estar solo	☐	☒	☐ 42
43. Dice mentiras o hace travesuras	☐	☒	☐ 43
44. Se muerde las uñas	☐	☒	☐ 44
45. Es nervioso, sensible o tenso	☐	☒	☐ 45
46. Hace movimientos nerviosos o tiene tics. (Explíquelo: _____)	☐	☒	☐ 46
47. Tiene pesadillas	☒	☐	☐ 47

	NO NUNCA	ALGUNAS VECES	MUCHAS VECES	
48. No cae bien a otros niños.	☒	☐	☐	48
49. Tiene estreñimiento	☒	☐	☐	49
50. Es demasiado miedoso o angustiado	☒	☐	☐	50
51. Le dan mareos (vértigos)	☒	☐	☐	51
52. Se siente demasiado culpable	☒	☐	☐	52
53. Come demasiado	☒	☐	☐	53
54. Está demasiado cansado	☒	☐	☐	54
55. Está demasiado gordo	☐	☐	☐	55
56. Tiene trastornos físicos a los que no se ha encontrado una causa médica:				
a. Dolores o molestias en el cuerpo.	☒	☐	☐	56a
b. Dolores de cabeza	☒	☐	☐	56b
c. Náuseas, ganas de vomitar	☒	☐	☐	56c
d. Problemas en los ojos. (Explíquelos: _____)				
_____)	☒	☐	☐	56d
e. Ronchas, sarpullidos u otras alteraciones de la piel.	☒	☐	☐	56e
f. Dolores de barriga, retortijones.	☒	☐	☐	56f
g. Vómitos.	☒	☐	☐	56g
h. Otros trastornos. (Explíquelos: _____)				
_____)	☒	☐	☐	56h
57. Ataca físicamente a otras personas	☒	☐	☐	57
58. Se mete el dedo en la nariz, se pellizca la piel u otras partes del cuerpo. (Explíquelos: _____)				
_____)	☒	☐	☐	58
59. Juega con su sexo o lo toca en público	☒	☐	☐	59
60. Toca o juega demasiado con su sexo	☒	☐	☐	60
61. Su trabajo escolar es deficiente	☒	☐	☒	61
62. Se mueve torpemente, con mala coordinación	☒	☐	☐	62
63. Prefiere jugar con compañeros mayores que él	☒	☐	☐	63
64. Prefiere jugar con compañeros de menos edad que él	☒	☐	☐	64
65. No quiere hablar	☒	☐	☐	65
66. Repite algunos comportamientos una y otra vez	☒	☐	☐	66
67. Se marcha (se fuga) de casa	☒	☐	☐	67
68. Grita mucho	☒	☐	☐	68
69. Es reservado, guarda sus pensamientos para él	☒	☐	☐	69
70. Vé cosas que no están presentes. (Explíquelos: _____)				
_____)	☒	☐	☐	70
71. Teme hacer el ridículo y se desconcierta fácilmente	☐	☒	☐	71
72. Enciende fuegos	☐	☒	☐	72
73. Tiene problemas sexuales (Explíquelos: _____)				
_____)	☒	☐	☐	73
74. Le gusta llamar la atención, hace el payaso	☐	☒	☐	74
75. Es tímido o vergonzoso	☒	☐	☐	75
76. Duermes menos que la mayoría de los niños	☒	☐	☐	76
77. Duermes más que la mayoría de los niños, de día o de noche. (Explíquelos: _____)				
_____)	☒	☐	☐	77
78. Ensucia o juega con sus excrementos (con la "caca").	☒	☐	☐	78
79. Tiene problemas de pronunciación o de habla. (Explíquelos: _____)				
_____)	☒	☐	☐	79
80. Se queda absorto, mirando al vacío	☐	☒	☐	80

	NO NUNCA	ALGUNAS VECES	MUCHAS VECES
81. Roba en casa	☒	☐	☐ 81
82. Roba fuera de casa	☒	☐	☐ 82
83. Acumula o almacena cosas que no necesita. (Explíquelo: _____)	☒	☐	☐ 83
84. Hace cosas extrañas o raras. (Explíquelas: _____)	☒	☐	☐ 84
85. Tiene ideas extrañas o raras	☐	☒	☐ 85
86. Es tozudo, malhumorado o irritable	☐	☒	☐ 86
87. Su humor o sus sentimientos cambian bruscamente	☐	☐	☐ 87
88. Se enfada o enfurruña fácilmente	☐	☒	☐ 88
89. Es desconfiado	☐	☒	☐ 89
90. Dice palabrotas	☐	☒	☐ 90
91. Dice que se quiere matar	☒	☐	☐ 91
92. Habla o camina cuando está durmiendo. (Explíquelo: _____)	☒	☐	☐ 92
93. Habla demasiado	☒	☐	☒ 93
94. Se burla mucho de otros niños	☒	☐	☐ 94
95. Tiene rabietas o mal genio	☐	☒	☐ 95
96. Piensa demasiado en cuestiones sexuales	☐	☐	☐ 96
97. Amenaza a otras personas	☒	☐	☐ 97
98. Se chupa el dedo	☒	☐	☐ 98
99. Se preocupa demasiado por el orden y la limpieza	☒	☐	☒ 99
100. No duerme bien. (Explíquelo: _____)	☒	☐	☐ 100
101. Falta a la escuela sin motivo (hace novillos)	☒	☐	☐ 101
102. Es poco activo, se mueve con lentitud o le falta energía	☒	☐	☐ 102
103. Está descontento, triste o deprimido	☒	☐	☐ 103
104. Hace demasiado ruido. Escandaloso	☐	☒	☐ 104
105. Bebe alcohol o toma drogas. (Explíquelo: _____)	☒	☐	☐ 105
106. Actúa vandálicamente, hace el garabato	☒	☐	☐ 106
107. Se orina encima durante el día	☒	☐	☐ 107
108. Se orina en la cama	☒	☐	☐ 108
109. Se queja de todo	☒	☐	☐ 109
110. Le gustaría ser del otro sexo.	☒	☐	☐ 110
111. Es retraído, se relaciona poco con los demás	☒	☐	☐ 111
112. Está preocupado por las cosas	☒	☐	☒ 112
113. Por favor, a continuación escriba cualquier otro problema o trastorno de su hijo que no haya aparecido en la lista anterior:			
<u>Que a la escuela sea seguro de noche</u>			

* ASEGURESE DE QUE HA CONTESTADO TODAS LAS CUESTIONES.
 * POR FIN, SUBRAYE AQUELLAS QUE A USTED MAS LE PREOCUPAN.



EDAH

N.-

EDAH

HOJA DE ANOTACION

Nombre: <u>Daniela</u>	Nivel Escolar: <u>3^{ro}</u>
Centro:	Sexo: Varon ☐ Mujer ☒
Edad: <u>12 años 9 meses</u>	Fecha: <u>Mayo 12, 2010</u>

RESPONDA A CADA CUESTION RODEANDO CON UN CIRCULO EL GRADO EN EL QUE EL ALUMNO PRESENTA CADA UNA DE LAS CONDUCTAS DESCRITAS.

NADA	POCO	BASTANTE	MUCHO
0	1	2	3

1	Tiene excesiva inquietud motora	0	1	2	3	H
2	Tiene dificultades de aprendizaje escolar	0	1	2	3	DA
3	Molesta frecuentemente a otros niños	0	1	2	3	H
4	Se distrae fácilmente, muestra escasa atención	0	1	2	3	DA
5	Exige inmediata satisfacción a sus demandas	0	1	2	3	H
6	Tiene dificultad para las actividades cooperativas	0	1	2	3	TC
7	Está en las nubes, ensimismado	0	1	2	3	DA
8	Deja por terminar las tareas que empieza	0	1	2	3	DA
9	Es mal aceptado por el grupo	0	1	2	3	TC
10	Niega sus errores o echa la culpa a otros	0	1	2	3	TC
11	A menudo grita en situaciones inadecuadas	0	1	2	3	TC
12	Contesta con facilidad. Es irrespetuoso y arrogante	0	1	2	3	TC
13	Se mueve constantemente, intranquilo	0	1	2	3	H
14	Discute y pelea por cualquier cosa	0	1	2	3	TC
15	Tiene explosiones impredecibles de mal genio	0	1	2	3	TC
16	Le falta sentido de la regla, del "juego limpio"	0	1	2	3	TC
17	Es impulsivo e irritable	0	1	2	3	H
18	Se lleva mal con la mayoría de sus compañeros	0	1	2	3	TC
19	Sus esfuerzos se frustran fácilmente, es inconstante	0	1	2	3	DA
20	Acepta mal las indicaciones del profesor	0	1	2	3	TC

	H	DA	TC	H+DA	H+DA+TC
RESUMEN DE	7	12	1	19	20
PUNTUACIONES	80	97	5	96	80

CONTAR CON LOS CÍRCULOS PARA TDAH.

N.-

EDAH

HOJA DE ANOTACION

Nombre: <u>DANIEL</u>	Nivel Escolar: <u>6^{vo}</u>
Centro:	Sexo: Varon ☒ Mujer ☐
Edad: <u>12 AÑOS</u> <u>10</u> MESES	Fecha: <u>12/04/2010</u>

RESPONDA A CADA CUESTION RODEANDO CON UN CIRCULO EL GRADO EN EL QUE EL ALUMNO PRESENTA CADA UNA DE LAS CONDUCTAS DESCRITAS.

NADA	POCO	BASTANTE	MUCHO
0	1	2	3

1	Tiene excesiva inquietud motora	0	1	2	3	H
2	Tiene dificultades de aprendizaje escolar	0	1	2	3	DA
3	Molesta frecuentemente a otros niños	0	1	2	3	H
4	Se distrae fácilmente, muestra escasa atención	0	1	2	3	DA
5	Exige inmediata satisfacción a sus demandas	0	1	2	3	H
6	Tiene dificultad para las actividades cooperativas	0	1	2	3	TC
7	Está en las nubes, ensimismado	0	1	2	3	DA
8	Deja por terminar las tareas que empieza	0	1	2	3	DA
9	Es mal aceptado por el grupo	0	1	2	3	TC
10	Niega sus errores o echa la culpa a otros	0	1	2	3	TC
11	A menudo grita en situaciones inadecuadas	0	1	2	3	TC
12	Contesta con facilidad. Es irrespetuoso y arrogante	0	1	2	3	TC
13	Se mueve constantemente, intranquilo	0	1	2	3	H
14	Discute y pelea por cualquier cosa	0	1	2	3	TC
15	Tiene explosiones impredecibles de mal genio	0	1	2	3	TC
16	Le falta sentido de la regla, del "juego limpio"	0	1	2	3	TC
17	Es impulsivo e irritable	0	1	2	3	H
18	Se lleva mal con la mayoría de sus compañeros	0	1	2	3	TC
19	Sus esfuerzos se frustran fácilmente, es inconstante	0	1	2	3	DA
20	Acepta mal las indicaciones del profesor	0	1	2	3	TC

RESUMEN DE PUNTUACIONES	PD	H	DA	TC	H + DA	H+DA+TC
CENTIL		25	10	40	25	80

COMPLE CON LOS CRITERIOS DE UN TRANSICION DE DEFICIT DE ATENCION

[Firma]