

Características Comportamentales de un Niño con Diagnóstico TDAH en el ámbito escolar

Juan Carlos Carmona Londoño¹

Jessika Tatiana Patiño Ceballos²

Alejandra Celis Gracia³

Resumen

El presente estudio de caso se ejecutó con el objetivo de describir el comportamiento de un paciente de 6 años de edad, escolarizado en segundo grado, tratado en el Centro de Atención Psicológica (CAPSI) de la Universidad Católica de Pereira, puesto que se trabaja con el consultante en un contexto de prácticas de posgrado. El usuario llega a consulta diagnosticado con TDAH con predominio hiperactivo e impulsivo. Esta investigación se realizó mediante metodología con enfoque cualitativo descriptivo desde un estudio de caso; con el abordaje

¹ Juan Carlos Carmona Londoño, psicólogo de la universidad cooperativa de Colombia, estudiante aspirante a grado de Especialización en Psicología Clínica con Énfasis en Psicoterapia en niños y adolescentes. juan2.carmona@ucp.edu.co

² Jessika Tatiana Patiño Ceballos, psicóloga de la universidad San Buenaventura Medellín Extensión Armenia Quindío, estudiante aspirante a grado de Especialización en Psicología Clínica con Énfasis en Psicoterapia en niños y adolescentes. Jessika.patino@ucp.edu.co

³ Alejandra Celis Gracia, asesora, psicóloga egresada de la Fundación Universitaria Los Libertadores, especialista en psicología clínica con énfasis en psicoterapia con niños y adolescentes de la Universidad Católica de Pereira, alejandra.celis@ucp.edu.co

cognitivo conductual. En cuanto a la obtención y análisis de la información, se hizo uso de estrategias de recolección de datos como lo son la historia clínica, entrevista, observación y registro; finalmente obteniendo como resultado el desconocimiento del diagnóstico por parte de los padres del paciente que llevaba consigo una crianza demandante y el no ajuste curricular por parte de la institución educativa.

Palabras Clave: TDAH, hiperactividad, impulsividad e inatención.

Abstract

The present case study was carried out with the objective of describing the behavior of a 6-year-old patient, enrolled in second grade, treated at the Psychological Care Center (CAPSI) of the Catholic University of Pereira, since he works with the consultant in a postgraduate internship context. The user comes to the consultation diagnosed with ADHD with a predominance of hyperactivity and impulsiveness. This research was carried out using a methodology with a qualitative descriptive approach from a case study; with the cognitive behavioral approach. Regarding the obtaining and analysis of the information, data collection strategies were used such as clinical history, interview, observation and registration; finally resulting in the lack of knowledge of the diagnosis on the part of the patient's parents who had a demanding upbringing and the lack of curricular adjustment on the part of the educational institution.

Key words:: ADHD, Hyperactivity, Impulsivity and Inattention.

Introducción

El Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es un trastorno del neurodesarrollo, el cual se caracteriza por la inatención, hiperactividad e impulsividad que interfiere en la niñez en distintas áreas como lo son la familiar, la social y la educativa. Se considera que el trastorno está presente cuando estas conductas tienen mayor frecuencia e intensidad de lo que es habitual según la edad y el desarrollo de la persona, afectando de manera significativa en el rendimiento de las actividades cotidianas (American Psychological Association, 2013, en Fernández et al.2020, p.249).

Para comprender los componentes teóricos de este trastorno se toman en cuenta hipótesis que detallan y analizan los rasgos de esta afección. En primera instancia se evidencia un contenido dado por APA, (2014) que plantea 3 tipos como inatención o hiperactividad e impulsividad en el trastorno de TDAH, en la presencia de inatención sus características se basan en que el niño o niña constantemente pierden la atención, descuidan sus útiles escolares, presentan dificultades para seguir instrucciones, olvidan las tareas y omiten actividades que requieran de atención sostenida. En la presencia de hiperactividad e impulsividad presentan inconvenientes para estar sentados, inquietud motora, interrumpen conversaciones ajenas, hablan en exceso, mueven constantemente las manos y los pies, se paran de la silla repetidamente, muestran dificultad para esperar un turno. También puede existir la presencia de ambas, con inatención e hiperactividad/impulsividad esta se denomina combinada; corresponde a presentar algunos de los síntomas de ambas presentaciones clínicas, 6 o más criterios de inatención y 6 o más criterios de hiperactividad impulsividad. (APA, 2013, en Antón.2021, p.5). En la infancia predominan las dificultades en el área escolar y en la adultez en lo laboral, presentando obstáculos para el cumplimiento y finalización de tareas asignadas por docentes o jefes,

incrementando los fracasos obtenidos debido a la no intervención temprana del diagnóstico; y finalmente generando conductas negativas y autolesivas. (Cornejo et al, 2005, en Llanos et al.2019, p.102).

Adentrándonos en el ámbito escolar es pertinente mencionar la motivación en el aula, para esta construcción Rotger M. (2017) describe que los educadores tienen la responsabilidad de plantear dentro del aula tanto lo académico como lo socio-afectivo. Dando importancia a los factores intelectivos como el afecto, las expectativas, la motivación, la confianza y la autoestima, para de este modo que se interrelacionan con los aspectos cognitivos y así se evolucione en una fusión que surja de ella el éxito en los estudiantes, con adecuados resultados académicos, con baja frustración y con mayor tolerancia.

Otro concepto clave para la dinámica escolar es el rendimiento académico, se comprende como la evaluación del conocimiento adquirido en el ámbito escolar, teniendo presente que existen alternativas eficaces de medir el conocimiento y habilidades de un niño o niña, teniendo mayor importancia si se trata de población infantil con TDAH. El deber ser de las instituciones educativas es tener un método de evaluación de acuerdo a cómo responde el aprendizaje de los niños y niñas. (Valda V, et al., 2018, p.127)

Dentro de las teorías sobre el TDAH, se tiene la propuesta por Russell Barkley (1997), sobre el Modelo Híbrido de las funciones ejecutivas, en la cual plantea al TDAH como una patología del desarrollo de la inhibición conductual con consecuencia de la disminución del control motor. Concluye que, el deterioro principal en el TDAH es un déficit que implica la inhibición de una respuesta. Para Barkley (2011) el TDAH se comprende de fondo en la inhibición, sintetizando que las complicaciones de este aspecto se revelan en la disminución del control de impulsos tanto motores como verbales que provoca la hiperactividad y la

impulsividad. También se refiere a la capacidad atencional, en relación con la persistencia para ejecutar una tarea a modo de objetivo, donde se complejiza el manejo del tiempo cuando este requiere ser prolongado, por esto se distraen con facilidad. El control inhibitorio según Barkley (1997) se encuadra en:

- a) capacidad para impedir la respuesta automática inicial frente a un acontecimiento.
- b) capacidad para interrumpir la respuesta automática en marcha, que efectúa un aplazamiento en la decisión de responder.
- c) el dominio de interferencia, que da manejo al cese de estímulos intrascendentes.

Este teórico plantea que la inhibición del comportamiento genera el bloqueo de otras capacidades neuropsicológicas que dependen de la inhibición para su desempeño eficiente (Barkley, 1997). Estas capacidades son lo que denominó funciones ejecutivas, que remarcó como acciones dirigidas hacia uno mismo, es decir, una forma de autorregulación, siendo un conjunto de acciones que el paciente utiliza para modificar su comportamiento, para lograr un objetivo. Agregado a esto señala que la autorregulación está vinculada con la inhibición puesto que, para orientar una acción hacia uno mismo, se debe abandonar a lo que demanda en ese momento el entorno (Barkley, 2011).

A continuación, se abordan las cuatro principales funciones ejecutivas que Barkley refiere:

1. Memoria de trabajo (no verbal): es la habilidad de mantener en la mente información que guía a lo largo de un tiempo para realizar tareas y lograr objetivos” (Barkley, 2011, p. 7). Los niños con TDAH no logran sostener información por largo tiempo en su memoria de trabajo puesto que no poseen la

destreza de proteger esta información de las distracciones, además, porque no son capaces de retardar las respuestas automáticas ante un estímulo (Orjales, 2000).

2. Internalización del habla (memoria de trabajo verbal): Barkley postula que el habla autodirigida brinda un canal para la reflexión, la descripción y el autocuestionamiento a través del lenguaje, permitiendo resolver problemas. “Se puede utilizar nuestro diálogo con nosotros mismos para organizarnos y guiar nuestro comportamiento a lo largo del tiempo” (Barkley, 2011, pág. 31). En niños con TDAH en edad preescolar se da un retraso en el inicio y en la capacidad de la internalización del habla, entorpeciendo el proceso de autorregulación de su comportamiento y en la capacidad de resolución de problemas (Barkley, 1999; Orjales, 2000).
3. Autorregulación del afecto y motivación: la autorregulación emocional permite controlar precisamente emociones y distracciones, además de vigilar los estados emocionales para sustituirlos cuando es necesario. Barkley teoriza que, si se logra gestionar las emociones, se puede autogestionar la motivación (Barkley, 2011).
4. Reconstitución del comportamiento: está constituida por fracciones de conductas observadas y la recombinación de sus partes que permiten generar nuevos comportamientos. Esto es resultado de un proceso de análisis y síntesis de información interpretada internamente, para la ejecución de la inhibición conductual (Orjales, 2000; Barkley, 1999).

Retomando la importancia de entender el TDAH, se conoce la causa definida como multifactorial en relación a condiciones genéticas y ambientales. En caso de la heredabilidad, la concordancia va de 70 % al 90 %, si un padre tiene TDAH el riesgo en el niño aumenta entre 2 y

8 veces. Para un hermano, el riesgo aumenta entre 3 y 5 veces. En un gemelo homocigótico (con idéntico ADN) el riesgo aumenta entre 12 y 16 veces. En cuanto a factores ambientales van a funcionar como desencadenantes de la carga genética, dentro de los cuales se puede referir la exposición intrauterina al tabaco, al alcohol o a tratamientos farmacológicos, prematuridad, bajo peso al nacer, complicaciones perinatales, edad materna avanzada al momento del parto, conflicto familiar severo o crónico, familia numerosa, antecedentes psiquiátricos en padres, en la etapa postnatal una dieta inadecuada, deficiencia de yodo y de vitaminas del complejo B. (Rusca-Jordán F, et al., 2020, p.150). Frente a esta multifactorialidad se encuentra la prevalencia del TDAH, que se ubica en África y Suramérica entre las cifras más altas. La liga Latinoamericana pone en manifiesto bajo los estudios del TDAH que en Latinoamérica hay 36 millones de personas afectadas donde menos de una cuarta parte de la población reciben un manejo adecuado a este trastorno. Según el estudio de Hoai Danh Pham, publicado en el 2015, Colombia resulta ser el país con la prevalencia de TDAH más alta a nivel mundial, con un 17,1% de la población (Llanos et al.,2019, p.102).

Por otro lado, tal como lo postula Penas (2019) existen factores como los neurológicos o neuroquímicos. Inicialmente se comprendía que una de las posibles causas del TDAH se debía a una disfunción del cerebro, pero se concluye bajo imágenes cerebrales que no hay una relación exacta entre lesiones y el trastorno. Otra hipótesis contempla que las personas con TDAH tienen una menor actividad cerebral eléctrica en el lóbulo frontal y en el núcleo caudado que forma parte de la conexión con el sistema límbico, y es el principal encargado de regular las emociones, lo que explica su dificultad para regularlas.

La mayor concordancia se daba entre los gemelos monocigóticos (81%) siendo en los dicigóticos de un 29%. Posteriormente se hicieron estudios como el de Neale (2010)

donde se analizan 32 genes candidatos de TDAH, que sugieren que alguna de estas variantes está asociada al trastorno, aunque ninguna alcanzó una significancia de genoma total. (Penas M, et al. 2019, p. 5)

En relación a los factores psicosociales, Penas (2019) conceptúa el predominio que tienen ciertas variables familiares y determinados factores sociales como el nivel socioeconómico, condiciones de vida y el estilo educativo. En relación a las familias con un nivel socioeconómico más vulnerable y con condiciones sociales adversas, el TDAH suele presentarse junto con comportamientos antisociales, déficit de autoestima y por ello se podría señalar que el estatus social influye en las pautas educativas de la familia y se conoce que las familias con niveles sociales precarios tienen un sistema punitivo de disciplina, basado en la rigidez, lo que podría incrementar los síntomas del TDAH. Sin embargo, en las familias con niveles sociales más altos, se suele usar un sistema de reglas y normas familiares más adaptadas a las circunstancias, que pueden mantener o reducir los síntomas. Según algunos estudios realizados por Biederman & Faraone, 2005; Thapar, Cooper y Eyre (2013), los factores psicosociales más frecuentemente asociados al TDAH son la adversidad psicosocial y la privación afectiva durante los primeros seis meses de vida.

De igual modo, el Ministerio de Salud (2015) en la encuesta nacional, han realizado investigaciones relacionadas con el TDAH, donde se utilizaron criterios expuestos por el DSM-IV, a través de entrevistas estructuradas, la Escala de Coners y la aplicación de pruebas de inteligencia, visualizando una prevalencia del 16,2 % en niños de edades que oscilan entre los 7 y 11, en comparación de un grupo de 12 a 17 que refleja un porcentaje de 14,2, además, puntualizaron que el sexo más predominante en este trastorno son los hombres con 20,9% a diferencia de las mujeres que presentaron un 10,1 % de prevalencia de dicho diagnóstico,

señalando la presencia del subtipo combinado hiperactivo/impulsivo o combinado como el más frecuente en la población colombiana.

Es de suma importancia dimensionar las consecuencias de esta patología, puesto que trae consigo alteraciones en la dinámica familiar y las relaciones interpersonales a raíz de la dificultad de interactuar socialmente; esto conlleva a largo plazo a desarrollar una baja autoestima, además de un posible consumo de Sustancias Psicoactivas (SPA) con el propósito de disminuir los síntomas ansiosos que genera el TDAH (Biederman et al, 1998, en Llanos et al.2019, p.102).

En relación al tratamiento Rusca F, et al (2020) indica que los niños y adolescentes con TDAH se les debe procurar tener un plan integral de tratamiento individualizado, que considere la cronicidad y el impacto de la condición incluyendo medidas psicofarmacológicas y/o conductuales, para minimizar la sintomatología del TDAH y el deterioro funcional asociado. De igual modo aportar desde la psicoeducación acerca de la condición y los tratamientos disponibles a las familias esclareciendo inquietudes y tomando en cuenta las preferencias. Asociar a la familia con servicios de apoyo en la comunidad y recursos e intervenciones educacionales, si fuera necesario. En definitiva, la psicoeducación es importante ya que ha mostrado ser útil para favorecer la adherencia al tratamiento y satisfacción de padres y pacientes. El tratamiento tiene como objetivo mejorar los síntomas centrales del TDAH, optimizar el funcionamiento y disminuir las dificultades conductuales.

En cuanto al tratamiento farmacológico la evidencia sostiene el uso de medicación estimulante; entre estas medicaciones, metilfenidato es un fármaco ampliamente aceptado para el tratamiento del TDAH y se ha reportado que puede reducir el deterioro social, económico,

funcional y de la salud que experimentan algunos pacientes con TDAH. (Rusca-Jordán F, et al., 2020, p.153).

Así mismo el tratamiento psicológico Rusca F, et al (2020), habla de la terapia conductual asociada al involucramiento activo del niño o adolescente y los profesores es la intervención idónea no farmacológica que se ha asociado a beneficios estadísticamente significativos. También han mostrado efectividad el entrenamiento parental, el manejo en el aula e intervenciones con pares. La terapia conductual puede recomendarse como tratamiento inicial si los síntomas son leves o con mínimo deterioro, cuando el diagnóstico de TDAH es incierto, cuando hay rechazo de los padres al tratamiento farmacológico o existen discrepancias entre lo reportado por los padres y profesores.

En niños menores de 5 años debe recomendarse un programa de entrenamiento para padres enfocado en TDAH en el cual se provea información sobre el trastorno, se entrene a responder apropiadamente a las conductas inadecuadas y adecuadas, a establecer una economía de fichas, a usar correctamente el tiempo fuera, a manejar los problemas conductuales en entornos públicos, a usar reportes escolares diarios y anticipar problemas conductuales (Rusca-Jordán F, et al., 2020, p.153).

De este modo la intención de la presente investigación permitirá dar respuesta a la siguiente pregunta: ¿Cuáles son las características comportamentales de un paciente diagnosticado con Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en el ámbito escolar? esto para obtener la información clave al momento de evaluar a los niños, niñas y adolescentes que se pretenden intervenir con el objetivo final de minimizar, gestionar su sintomatología, brindando herramientas a favor de la calidad de vida, bienestar personal y de quienes le rodean. Se logrará llegar a esta respuesta por medio del objetivo general de describir

el comportamiento de un niño con diagnóstico TDAH en el ámbito escolar; así mismo, se desprenden dos objetivos específicos: (1) usar herramientas de evaluación psicológica que faciliten obtener información con el caso del niño de 6 años de edad con TDAH y (2) Tipificar las acciones y comportamientos involucrados en dicha patología.

Método

Esta investigación se realizó mediante metodología con enfoque cualitativo descriptivo desde un estudio de caso único a un paciente masculino de 6 años de edad, colombiano, nacido en la ciudad de Pereira, el cual cursa segundo grado de primaria, su familia es de tipo nuclear conformada por los padres y el consultante como hijo único, el grupo familiar pertenece a un estrato socioeconómico bajo. El paciente presenta un diagnóstico de TDAH desde hace 11 meses según el único informe recibido por parte de los progenitores, perteneciendo a la historia clínica desde la especialidad de neuropsicología. Diagnóstico previo al inicio del proceso de evaluación que se realizó en el Centro de Atención Psicológica (CAPSI) de la Universidad Católica de Pereira; se trabaja con el consultante en un contexto de prácticas de posgrado con la finalidad de responder a la pregunta de investigación planteada sobre ¿Cuáles son las características comportamentales de un paciente diagnosticado con TDAH en el ámbito escolar? Esta premisa está en relación directa con el abordaje cognitivo conductual. Frente a las estrategias de análisis de la información se usó la construcción analítica funcional el cual se plantea en el apartado de análisis de los resultados.

Para el abordaje evaluativo del paciente se cuenta con la historia clínica donde se visualiza la aplicación de distintas pruebas desde la especialidad de neuropsicología que, según lo revisado el tiempo no era el adecuado para volver a realizar la aplicación de pruebas, ya que

no había transcurrido un año posterior a su aplicación, en coherencia a ello se decide no aplicar nuevamente estas pruebas para que la habituación no influya en el resultado, esta decisión se toma siendo consecuentes con el principio deontológico de la prudencia, el cual nos indica que se debe actuar de la mejor manera posible, manteniendo el bienestar de los consultantes y evitando todo mal o riesgo probable, tomando acciones innecesarias que concluyan en pocos beneficios o se apliquen decisiones con poca información o altas probabilidades de fracaso.

En este orden de ideas se realizó evaluación en un periodo de 9 sesiones descritas mediante entrevistas semi estructuradas, entrevistas abiertas, observaciones directas, registros, revisión del informe neuropsicológico que traen consigo los padres del paciente, en el que allí yace información de 4 instrumentos cuantitativos y la observación directa que arroja un resultado cualitativo; las pruebas aplicadas se evidencian a continuación: 1) la ENI-2 la cual comprende la evaluación de 11 procesos neuropsicológicos como lo son la atención, habilidades constructivas, memoria (codificación y evocación diferida), percepción, lenguaje oral, lectura, escritura, cálculo, habilidades visoespaciales y la capacidad de planeación, organización y conceptualización. Como segundo instrumento 2) la escala Wechsler de Inteligencia (WPPSI-II) la cual evalúa el nivel de habilidades cognitivas, el diagnóstico de altas capacidades o el diagnóstico de una posible discapacidad mental. En el tercer instrumento 3) se observó la aplicación de los tamizajes del DSM-V y el Connors-cuestionario comportamental-padres-maestros, siendo el primero el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales y el segundo que detecta la presencia de TDAH en niños. En el cuarto instrumento 4) se evidencio la aplicación de la batería ENFEN, la cual evalúa las funciones ejecutivas de los niños, y finalmente la observación directa que realizó la neuropsicóloga brindando así la conclusión del diagnóstico del paciente, el cual lo realizó mediante el contraste

del CIE 10. Con la revisión del informe neuropsicológico se pudo observar la aplicación de los instrumentos anteriormente mencionados en donde el análisis de los resultados de cada uno se observará en el apartado de presentación de análisis de resultados de la presente investigación.

Volviendo a retomar el referente a las consideraciones éticas, se comprende los diferentes lineamientos establecidos por el Manual Deontológico y Bioético de Psicología (2019) con relación a la investigación se procede con los diferentes enunciados allí instaurados, resaltando la entrega del consentimiento informado a los padres del paciente y al paciente explicando los alcances de dicho documento, según es comprendido en el Artículo 52 que expresa infaltable el manejo del consentimiento de los representantes legales en caso de menores de edad y personas incapacitadas.

En cuanto la ética del estudio con fines de investigación en menores de edad que enmarca el proceso evaluativo del paciente, se toma en consideración la ley 1090 de 2006 dando cabida a los principios universales de responsabilidad, competencia, estándares morales, legales, confidencialidad, bienestar, relaciones profesionales e investigación. Es pertinente igualmente abrigarse con el Artículo 56 donde se menciona que todo profesional de la Psicología tiene derecho a la propiedad intelectual sobre los trabajos que elabore en forma individual o colectiva, de acuerdo con los derechos de autor establecidos en Colombia. Estos trabajos podrán ser divulgados o publicados con la debida autorización de los autores.

Análisis de la información

Esta investigación permite poner en manifiesto la sintomatología del TDAH en un caso único bajo la coherencia del marco conceptual alineado principalmente al contexto académico,

con el objetivo de describir las características comportamentales de un paciente con Diagnóstico Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en el ámbito escolar. A continuación, se establece el número de sesiones que se trabajó con los progenitores del paciente y el niño de forma individual. Fueron 9 sesiones, cada una con una durabilidad de 50 minutos en donde eran destinados el primer momento con los progenitores del paciente y en un segundo momento era dedicado de forma individual al paciente, como se observa a continuación.

La evaluación del paciente se realizó en 9 sesiones: en las dos primeras sesiones se obtuvo información de antecedentes clínicos y se indago sobre dinámica familiar, en la tercera sesión se indago a los padres del paciente sobre la crianza respetuosa con el fin de evaluar las condiciones sobre los límites, roles, reglas, uso de tiempo libre, hábitos saludables, comunicación, validación emocional y relaciones afectivas en el hogar; a solas con el paciente se procedió a establecer la alianza terapéutica mediante el dibujo, ya que en las sesiones uno y dos mediante la observación directa se evidenció el gusto del paciente por el dibujo. En la cuarta sesión se hizo entrega de registro a los padres para el diligenciamiento con el paciente con el fin de obtener información del manejo emocional y conductual; a solas con el paciente se evaluó el reconocimiento de las emociones primarias. En la quinta sesión se procede a revisar y a analizar el registro diligenciado, con el paciente se evalúa la resolución de conflictos. En la sexta sesión se amplió el análisis junto con los progenitores frente a los hallazgos del registro trabajado en la quinta sesión y con el paciente se procedió a evaluar mediante el juego de roles situaciones descritas en el registro. En la séptima sesión se recibe la noticia por parte de los progenitores que la institución realizó el ajuste curricular en la institución educativa con el niño; con el paciente se valoró mediante una actividad llamada “Quiénes me valoran” con el fin de evidenciar la percepción de las relaciones interpersonales. En la octava sesión se comprende el avance positivo

que trae dicho ajuste frente al comportamiento y apreciación de los docentes; en la novena sesión se hace cierre de la fase de evaluación del consultante donde los resultados de cada una de las sesiones anteriormente descritas son planteados en el apartado denominado presentación y análisis de resultados.

En este proceso psicológico únicamente se realizó la fase de evaluación con el interés de describir el comportamiento del consultante en el entorno académico, teniendo en cuenta el diagnóstico dado desde el área de neuropsicología (TDAH) con que llega el paciente al CAPSI, atendiendo el motivo de consulta de los progenitores.

A continuación, se conceptualizan los procedimientos tomados en cuenta ante las sesiones abordadas que permitieron obtener información dentro de la estructura propia del enfoque teórico-analítico:

Historia Clínica.

La historia clínica es una técnica psicológica en la cual se realiza la recopilación de información como lo son los datos personales, así mismo como el motivo de consulta, evidenciando así la problemática del paciente, de la misma manera obteniendo información de antecedentes familiares, la composición familiar y su dinámica. Completando así la información de su estado mental (Castro y Ángel, 1998)

Entrevista.

La entrevista surge en un contexto de evaluación y diagnóstico siendo la técnica en psicología con más utilidad por excelencia; permite recolectar información y al mismo tiempo abordar una evaluación; de esta manera encontramos un tipo de entrevista determinada como

estructurada, según Castro y Ángel (1998) este término hace referencia a que la entrevista posee una ruta determinada con el fin de alcanzar unos objetivos específicos. (p.44).

Observación.

La observación consiste en enfocar la atención en el paciente evaluado en el momento presente, con la intención de examinar la conducta durante todas las entrevistas. Teniendo información sobre la apariencia física, así como del lenguaje verbal y no verbal, la orientación en tiempo, espacio y persona, además se debe de tener presente cooperación y compromiso del paciente durante la entrevista (Castro y Ángel, 1998)

Registro.

El registro es una técnica de la terapia cognitivo conductual y tiene como objetivo el recolectar información sobre antecedentes, respuestas y consecuencias, también existen los que se utilizan en la terapia cognitiva en el cual se observan las situaciones, pensamientos y acciones de los pacientes (Castro y Ángel, 1998)

Presentación y análisis de los resultados

La búsqueda del objetivo específico uno (1) de la presente investigación, nos permite involucrar una serie de herramientas y procedimientos de evaluación psicológica sumando como resultado el objetivo específico dos (2) de obtener información que permita tipificar el comportamiento del paciente de 6 años con TDAH, estructurando cualitativamente la información descriptiva del comportamiento dentro del ámbito escolar consolidando así el objetivo general. La dinámica evaluativa con enfoque cognitivo conductual realizada sesión a sesión arrojó resultados, que a continuación se mencionan y permiten reflexionar, implicando la

comprensión de conceptos citados en el marco conceptual y ajustados al caso del paciente y su patología.

En las primeras sesiones se logró obtener información de la impresión diagnóstica del consultante, identificando que el paciente estuvo por proceso en psicología y neuropsicología hace menos de un año, pero los progenitores del paciente desistieron en continuar con estas intervenciones en su momento por el factor económico; se solicitó informes de ambas especialidades, obtenido únicamente el informe de la especialidad de neuropsicología, la cual está descrita en el apartado de pruebas y resultados.

Ahora bien, desde el proceso de prácticas en el Centro de Atención Psicológica (CAPSI) de la Universidad Católica de Pereira, desde un contexto de prácticas de posgrado. Se hizo uso del informe de la especialidad de neuropsicología, que los progenitores entregaron en consulta, descritos a continuación, con el fin de evaluar el caso:

Pruebas y resultados

- Con base en la aplicación de la evaluación neuropsicológica infantil ENI-2, en los dispositivos básicos de aprendizaje de lectura, escritura y aritmética, se identificaron debilidades en la consolidación de estos procesos esperados para su edad cronológica. En este reporte se evidenció como recomendación la importancia del fortalecimiento de las áreas evaluadas para que logre consolidar estos procesos y le permitan tener un adecuado funcionamiento a nivel académico.

- En la aplicación del WPPSI - II, se identificó que los resultados corresponden a un coeficiente intelectual promedio alto de (115) lo que infiere que el niño no presenta alteraciones cognitivas que interfieran con su proceso de desarrollo.

- En relación con la aplicación del checklist DSM IV trastorno déficit de atención padres- maestros-Conners-cuestionario comportamental-padres-maestros. Se obtuvo como resultado que el paciente cumplió con los criterios para un posible Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad de clasificación presentación predominante hiperactiva/impulsiva, coherentes con lo descrito en la historia clínica por parte de los padres, cuestionarios de los padres, maestros y la observación cualitativa durante la evaluación.

- Ante la evaluación ENFEN (Evaluación de funciones ejecutivas propio del Lóbulo prefrontal) se evidenció un desempeño bajo en la flexibilidad cognitiva requerida para la prueba de clasificación de tarjetas de Wisconsin; se percibió poca flexibilidad en el cambio de esquemas de acción o pensamiento frente a la retroalimentación, las cuales están correlacionadas con la corteza prefrontal involucrada en el control, la regulación y la planificación eficiente de la conducta y el control cognitivo. El análisis permitió observar debilidades en el funcionamiento ejecutivo, expresado en las bajas puntuaciones típicas obtenidas en la prueba ENFEN, develando un desempeño bajo en tareas que requieren atención alternante, fluidez fonológica, flexibilidad mental y capacidad para programar su conducta dirigida a la consecución exitosa de una meta, mostró niveles de distracción asociado a fallas en los procesos de inhibición, así como dificultades para mantener la organización, lo que impide la apropiación de estrategias para la resolución de conflictos, implicando escasa modulación de las emociones y bajos estados de activación (motivación y frustración). No obstante, demostró un adecuado desempeño en tareas de sendero gris (atención sostenida).

- Durante la observación directa, se obtuvo como resultado que el paciente cumplió con las características del CIE 10. A F901 trastorno hiperactivo de la conducta, asociado a

alteraciones en los procesos neurocognitivos y habilidades escolares, el cual es un perfil que sugiere inestabilidad emocional.

Teniendo en cuenta la lectura de estos resultados, se evidencio que solo se obtiene el informe de la especialidad de neuropsicología, enseguida de recibirlo se realizó una lectura del mismo y como información se obtuvo que el paciente tiene una impresión diagnóstica de TDAH con predominio de impulsividad e hiperactividad. Este informe se adjuntó en los anexos de historia clínica.

Dentro del objetivo de evaluar las características comportamentales del consultante en el ámbito escolar, con las técnicas de evaluación utilizadas se logró obtener como información que el comportamiento del paciente presenta principalmente inquietud motora en el área educativa, sin embargo en las áreas familiar y social también presenta inquietud motora; del mismo modo se obtuvo detalle de antecedentes clínicos y se indago sobre dinámica familiar, la crianza con el fin de visualizar los roles de los progenitores, reglas, uso de tiempo libre, comunicación, validación emocional, relaciones afectivas en el hogar y hábitos saludables; cuyo resultado fue una crianza demandante hacia el niño en dinámicas académicas, con reglas estrictas, una comunicación autoritaria por ambos padres, donde no existe validación emocional. En cuanto al uso del tiempo libre se evidencia que el espacio para la diversión estaba condicionado al cumplimiento principalmente de los deberes académicos y del hogar. Tomando en consideración los hábitos saludables el niño mantiene un sueño adecuado, socialmente es activo, realiza actividad física limitada sólo al ámbito escolar, en su alimentación los padres expresaron que el niño se alimenta 3 veces al día, pero solía comer una cantidad considerable de dulce. Lúdicamente no tiene ningún tipo de actividad extra clases.

A solas con el paciente, se procedió a establecer la alianza terapéutica con ayudas pedagógicas como lo es el dibujo, ya que en las sesiones iniciales mediante la observación directa era evidente el gusto del paciente por esta actividad. Se trabajó a solas con el paciente donde se evaluó el reconocimiento de las emociones primarias, por medio de ayudas audiovisuales, en donde se obtuvo como resultado el reconocimiento únicamente de dos emociones como la felicidad e ira.

Se procedió al análisis desde la construcción teórica del autor Leónidas Castro Camacho, de un registro cognitivo sobre situaciones, pensamientos y acciones. Para este ejercicio el paciente procedió a diligenciar el formato con la ayuda de sus padres; es importante recordar que antes de iniciar con la aplicación de este ejercicio con el paciente, previamente se ejecutó en la cuarta sesión la explicación de la dinámica del ejercicio con el propósito de que lo diligenciaran con pertinencia.

En este orden de ideas la información obtenida por el registro iniciando el proceso de evaluación, se evidenció que el paciente no acataba normas principalmente en el área educativa. Cuando los padres del consultante y los docentes le llamaban la atención por interrumpir las conversaciones entre los adultos, distraer a sus compañeros de clase y tener conductas de inquietud motora primeramente en el área educativa; el paciente reacciona con enojo frente a estos llamados de atención. En cuanto a los pensamientos se obtuvo que el paciente era consciente de su comportamiento, pensaba en que no debía interrumpir a sus padres cuando se encontraran teniendo una conversación, asimismo que no debía interrumpir la clase ni comportarse inquieto en áreas sociales. En el área educativa la inquietud motora del paciente es en donde se ha presentado con mayor frecuencia desde el inicio de la evaluación, cuando el paciente se encuentra en su aula se levantaba de la silla interrumpiendo la clase entre 4 y 6 veces

con una duración de 3 a 5 minutos aproximadamente, además en la latencia, la conducta ocurría cada vez que el niño terminaba con sus actividades escolares asignadas por los docentes. En el avance de las sesiones se notaron cambios significativos en el comportamiento del paciente, debido al ajuste curricular. Explícitamente se evidencia en el informe semanal escolar, donde al principio se tenía reporte de cinco asignaturas, quienes escribían aspectos del comportamiento del paciente y ahora con el debido ajuste curricular y después de 8 sesiones por psicología, los informes que han recibido los padres del paciente refieren únicamente dos asignaturas (inglés-deportes) sobre la hiperactividad e impulsividad del consultante. Con ello se puede dar un análisis de la importancia de obtener el diagnóstico de manera temprana, con la finalidad de tomar decisiones en beneficio de los niños con TDAH.

Lo expuesto anteriormente se llevó a cabo mediante la formulación clínica conductual transdiagnóstica de Leónidas Castro Camacho y Elizabeth Ángel De Greiff (1998) quienes infieren que el análisis funcional es la triple relación de contingencia; es decir asentar los estímulos antecedentes, sucesos conductuales y estímulos consecuentes, procurando visualizar la naturaleza de los acontecimientos ambientales de los cuales depende el comportamiento y las características de las respuestas. En este orden de ideas para el caso del niño se validó como antecedentes precipitantes tener compañeros que suelen presentar la misma inquietud motora; como contribuyente se encontró la demanda por parte de los padres con las notas escolares, expresando términos como: “no quiero que se enseñe a ser mediocre con las notas”. Sumado a esta clasificación de antecedentes, el paciente al estar desocupado se motivaba a interactuar con sus compañeros y por ende interrumpir la clase, teniendo en cuenta su bajo control de impulsividad por su diagnóstico de base. En cuanto al pensamiento el niño expresaba sentirse aburrido al estar desocupado, esto le lleva a una respuesta cognitiva donde surge el pensamiento

que al estar desocupado podría jugar y tener una conversación con sus compañeros, siendo consciente de que ya finalizó con su tarea asignada por la docente, igualmente pensaba que los compañeros de clase debían de jugar lo que él quisiera, expresando: “me da rabia que no jueguen conmigo lo que yo quiero”. Ahora bien, en lo conductual, el niño se paraba de la silla y se dirigía hacia sus compañeros buscando, jugar, gritar y saltar. En esta misma línea se debe de resaltar que el paciente presenta inquietud motora con mayor intensidad cuando finaliza con las actividades escolares. Por otra parte, en lo afectivo presenta irritabilidad y enojo. En cuanto a las respuestas somáticas no se evidencio en el paciente presentar este tipo de respuesta.

En los factores de mantenimiento externos de la conducta del paciente se halló como factor principal el no ajuste curricular en la institución educativa, el desconocimiento del diagnóstico del paciente por parte de los progenitores conllevando así una crianza exigente. Finalmente, en los factores internos se encontró invalidación emocional por parte de los padres hacia el paciente. Vale recalcar que para el foco de esta investigación se dio prioridad en tomar la información obtenida del proceso de evaluación, siendo conscientes que el proceso de intervención y rehabilitación neuropsicológica, es el paso a seguir para el beneficio del niño.

Es de suma importancia el tener en cuenta a la hora de leer esta investigación, que según el análisis de resultados de pruebas aplicadas desde el área de neuropsicología se obtuvo como información importante que el paciente tiene un coeficiente intelectual de 115 lo que corresponden a un coeficiente intelectual promedio alto, ello significa que, el niño no presenta alteraciones cognitivas que interfieren con su proceso educativo, teniendo un rendimiento escolar adecuado con un promedio de notas altas en las asignaturas. Sin embargo, en el análisis de la lectura se obtuvo información de la presencia del diagnóstico de TDAH con prevalencia de hiperactividad e impulsividad, esta información se corroboró en el proceso de evaluación en el

centro de prácticas de postgrado, la presencia de los síntomas del diagnóstico en las diversas áreas, teniendo mayor prevalencia en el área educativa. En este orden de ideas se puede dar cuenta que en este caso en específico el paciente tiene un CI promedio alto que no interfiere en sus notas académicas y al mismo tiempo presentado un diagnóstico de TDAH con prevalencia de hiperactividad e impulsividad que si interfiere en su comportamiento en aulas de clase.

Discusión

En Respuesta a los objetivos planteados de identificar las características comportamentales de un Niño con Diagnóstico TDAH con Predominio Hiperactivo/Impulsivo, tomando como base el objetivo de usar herramientas clínicas para la toma de información, con la finalidad de tipificar los comportamientos involucrados en el diagnóstico de TDAH, se obtienen la siguiente información:

El DSM-V plantea tres tipos de prevalencia de TDAH- en el caso del consultante se ubica en el tipo de prevalencia de hiperactividad e impulsividad, ya que cumple con los criterios del diagnóstico donde se para de la silla, interrumpe conversaciones ajenas, no espera turnos asignados, presencia de inquietud motora en sus manos y pies. teniendo mayor dificultad en el ámbito escolar (Cornejo et al, 2005, en Llanos et al.2019). Sin embargo, el paciente si posee dificultades en el contexto escolar; a nivel comportamental por su prevalencia de hiperactividad e impulsividad. Su rendimiento académico no se ve afectado puesto que por lo contrario lo descrito por padres y profesores posee un desempeño promedio alto, lo cual también es ratificado por la prueba del WPPSI. Esta información es relevante puesto que el niño se mantiene en la categorización del diagnóstico de TDAH, pero su prevalencia es hiperactiva e impulsiva.

En concordancia con Barkley (2011) en donde se refiere a la inhibición de una respuesta, aplica para nuestro consultante puesto que se evidencia que, en las diferentes áreas familiar, educativa y social se posee un bajo control de impulso tanto motores como verbales que le genera su hiperactividad.

Alineado a la teoría de Barkley (2011) y las funciones ejecutivas, se retoma la memoria de trabajo no verbal donde se expone la habilidad de mantener información que permite realizar ciertas tareas; para este punto el consultante tiene esta característica puesto que, si recibe información, pero denota limitación al momento de retomar esa información nueva para ser aplicada cuando se requiere, frente a la memoria de trabajo verbal en niño no lo logra mantener un diálogo interno que le facilite la resolución de problemas, reflexión y autocuestionamiento, según lo expuesto por Barkley (1999) y su construcción sobre la autorregulación. Igualmente, el consultante posee la inhabilidad de la autorregulación del afecto y la motivación, según lo señalado por Barkley (2011) ya que el niño ante emociones fuertes no logra autorregularse.

Por último, frente a la teoría de Barkley (1999) el evaluado cumple con la característica de constitución del comportamiento desde la base de la imposibilidad de analizar y sintetizar conductas en beneficio propio.

La realidad que se encuentra en el caso del consultante permite evidenciar en concordancia con el estudio de este tipo de trastorno en Colombia, donde se señala una prevalencia alta a nivel mundial del TDAH, con un 17,1% (Llanos et al.,2019, p.102), no como resultado específico del caso, pero sí como un análisis de los factores que envuelven las particularidades del consultante; es decir, ante los hallazgos de los factores de mantenimiento que son predominantes y detonan la sintomatología del TDAH de este consultante de 6 años; con ello se refiere al desconocimiento del diagnóstico por parte de los padres, al no ser consecuentes

con lo que le sucede al paciente, sumado a ello el no ajuste curricular en la institución educativa, más aún manejando una estructura comunicacional exigente para con el niño sin reconocer o validar las emociones del mismo, debido al desconocimiento del diagnóstico, teniendo presente que los progenitores no dimensionan las implicaciones comportamentales que tiene el diagnóstico del TDAH en este caso en específico en el ámbito escolar.

Lo anterior da pie a una pregunta clave frente a los porcentajes de prevalencia de este diagnóstico en Colombia: ¿es el caso de este paciente de 6 años la realidad de muchos niños con este tipo de sintomatología, donde sus factores de mantenimiento, que pueden ser diversos, pero al no ser tomados en cuenta con la importancia que se requiere, se potencializa un problema de salud mental para nuestros niños, niñas y adolescentes?

La información recolectada dentro de los objetivos de este estudio, planteando una descripción de la sintomatología del niño, permite evidenciar la importancia de identificar qué sucede con los niños, niñas y adolescentes, desde una construcción psicológica a favor de una evaluación oportuna que sea el pilar fundamental de un proceso terapéutico de intervención, en beneficio de la calidad de vida, bienestar personal no solo de los pacientes sino también de quienes le rodean.

Conclusiones

A modo de conclusión reflexiva como resultado del análisis del caso, cada vez que el paciente estaba desocupado en clases, aumentaba su inquietud motora. Él manifestaba sentir ira al estar sin hacer nada, por ello constantemente se aburría al estar quieto; generando distracción a sus compañeros de clase y obteniendo como consecuencias anotaciones por interrumpir la clase. En estas circunstancias mostró los síntomas propios del TDAH con prevalencia de

hiperactividad e impulsividad, especialmente en el ámbito escolar. Esto ocurre debido a que el paciente es una persona con un afecto ansioso y en relación a una crianza exigente en cuanto a lo académico por parte de sus padres; por consiguiente, el paciente piensa que es importante cumplir con todos sus deberes siendo intolerante cuando tiene equivocaciones en los ejercicios académicos, lo que le genera diferentes tipos de respuestas. A su vez la conducta era mantenida por consecuencia del desconocimiento del diagnóstico por parte de los padres y el no debido ajuste curricular en la institución educativa. Se debe de hacer hincapié en que el tratamiento en el CAPSI no fue suspendido, este proceso se llevó a cabo hasta la fase de evaluación, brindando recomendaciones a los padres de seguir en sesiones psicológicas y retomar las sesiones neuropsicológicas, con el fin de que el paciente tenga un tratamiento multidisciplinar.

Frente a los objetivos se logró describir el comportamiento del niño con TDAH con predominio hiperactivo impulsivo, con mayor prevalencia en el ámbito escolar, recopilando información sobre los síntomas, por medio de las herramientas de evaluación psicológica mencionadas anteriormente y fue posible establecer la relación con lo revisado a nivel teórico para finalmente dar cuenta de la importancia y necesidad de un proceso evaluativo y entender cómo son afectadas las áreas de ajuste por el TDAH y sus factores.

Es importante tener en cuenta que en este caso en específico el paciente tiene un CI promedio alto que no interfiere en sus notas académicas y al mismo tiempo presenta un diagnóstico de TDAH con prevalencia de hiperactividad e impulsividad que si interfiere en su comportamiento en aulas de clase.

Es pertinente expresar la limitación que se puede tomar en consideración a esta investigación; es la exclusividad del abordaje de las sesiones desde la evaluación, puesto que la construcción que puede aportar la intervención y el avance que alcanza las diferentes técnicas

terapéuticas para el abordaje del TDAH, seguramente alimenta la búsqueda de conocer, analizar y describir aún más las conductas del niño. Esta limitación está atada al contexto de tiempo que posee la especialización de psicología clínica con énfasis en psicoterapia con niños y adolescentes de la Universidad Católica de Pereira, dado que la práctica se comienza en el segundo cuatrimestre de tres programados para dicha especialización, allí se establece que dicha intervención sólo se puede hacer en el tercer y último cuatrimestre donde la construcción académica de los seminarios facilitan dicho abordaje.

Referencias

- Antón, B.(2021). *Evaluación y tratamiento en un caso de TDAH, tipo combinado [tesis posgrado, Universitas Miguel Hernández]. Universitas Miguel Hernández.*
<https://hdl.handle.net/11000/8168>
- APA, A. A. (2014). *Guía de consulta de criterios diagnósticos DSM 5*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Barkley, R. A. (1997). *ADHD and the Nature of Self-control*. New York: The Guilford Press.
 Obtenido de https://books.google.com.ec/books?id=ivXFAL5CdAC&printsec=frontcover&dq=ADHD+and+the+Nature+of+Selfcontrol&hl=es-419&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false.
- Barkley, R. A. (1997). *Behavioral Inhibition, Sustained Attention, and Executive Functions" Constructing a Unifying Theory of ADHD*. *Psychological Bulletin*, 65-94.
- Barkley, R. A. (1999). *Theories of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder*. En H. C. Quay, & A. E. Hogan, *Handbook of Disruptive Behavior Disorders* (págs. 295- 316). New York: Springer Science+Business Media.
- Barkley, R. A. (2011). *La Naturaleza del TDAH: Las Funciones Ejecutivas y la Autorregulación*. Obtenido de Fundación Educación Activa:
<https://www.educacionactiva.com/doc/conferencia-2-la-naturaleza-del-tdahfunciones-ejecutivas-parte-I.pdf>.
- Biederman, J., & Faraone, S. V. (2005). *Attention-deficit hyperactivity disorder*. *Lancet*, 16-22 (367 (9506), 237–48.
- Castro, L., & Angel, E. (1998). *Formulación clínica conductual*. *VE Caballo (Comp.)*. *Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos*, 3-69.

- Fernández, L. Arias V, Rodríguez, H. y Manzano, N. (2020). *Estudio e intervención en niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad de educación primaria. Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 95(34.2),247-274. <https://redined.educacion.gob.es/xmlui/bitstream/handle/11162/232051/Estudio.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Llanos, L. Garcia, D. González, H. y Puentes, P. (2019). *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en niños escolarizados de 6 a 17 años. Revista Pediatría de Atención Primaria 2019;21:e101-e108.*
- Manual Deontológico y Bioético de Psicología (2019). Acuerdo No. 17. Séptima versión, del 7 de mayo de 2019. Disponible en: <https://www.colpsic.org.co/wp-content/uploads/2021/07/Acuerdo-N%C2%B0-17-de-mayo-del-2019.pdf>
- Ministerio de Salud. (2015). Encuesta Nacional de Salud Mental: Tomo 1. Recuperado de http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/C0031102015-salud_mental_tomoI.pdf
- Orjales, I. (2000). *Déficit de atención con hiperactividad: el modelo híbrido de las funciones ejecutivas de Barkley. Revista Complutense de Educación*, 71-84.
- Penas Padilla, M. Z. (2019). TDAH: historia, concepto, evaluación, diagnóstico, sobrediagnóstico y tratamientos.
- Rotger Marilina (2017), *“Neurociencia Neuroaprendizaje. Las emociones y el aprendizaje Nivelar estados emocionales y crear un aula con cerebro”*, Editorial Brujas, Argentina.

Rusca, F. Cortez, C. (2020). *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes. Una revisión clínica. Rev Neuropsiquiatría. 2020; 83(3):148-156. DOI: 10.20453/rnp.v83i3.3794.*

Valda Paz, V., Suñagua Aruquipa, R., & Coaquira Heredia, R. K. (2018). *Estrategias de intervención para niños y niñas con tdah en edad escolar. Revista de Investigación Psicológica, (20), 119-134.*