



# **UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**



**FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN**

**CARRERA PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**MODALIDAD PRESENCIAL**

**DOCUMENTO PROBATORIO (DIMENSIÓN ESCRITA)**

**DEL EXAMEN COMPLEXIVO DE GRADO**

**PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO PSICÓLOGA CLÍNICA**

**PROBLEMA:**

**TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD Y SU INFLUENCIA EN EL  
COMPORTAMIENTO DE UN NIÑO DE 9 AÑOS DE EDAD DE LA CIUDAD DE BABAHOYO**

**AUTOR:**

**GERALDINE YULIETHE MONTENEGRO BURBANO**

**TUTOR:**

**MSC. FRANCISCO AMAIQUEMA MÁRQUEZ**

**BABAHOYO – SEPTIEMBRE 2021**



## **INTRODUCCIÓN**

El presente estudio de caso se pone en manifiesto según la Universidad Técnica de Babahoyo la línea Salud Integral y sus factores físicos, mentales y sociales y la sublínea abordaje clínico de los problemas del aprendizaje y conductuales en escolares, por medio de la intervención de un niño de 9 años con Trastorno por déficit de atención e hiperactividad en la ciudad de Babahoyo, cuyo propósito es conocer las posibles causas, factores de riesgo, consecuencias y tratamiento de acuerdo a la problemática.

Existen numerosas investigaciones en torno a este trastorno, pero la mayoría solo se desenvuelven en el ámbito profesional y no a nivel social, familiar y personal sobre quiénes son los grupos que experimentan dicho trastorno, es por esto que la investigación se va a centrar en atender las necesidades que presenta el niño dentro del área conductual y cómo este trastorno afecta no solo al paciente que está lo está experimentando, afectando principalmente el funcionamiento normal dentro de las áreas social, personal, escolar y familiar.

El estudio de caso además se va a realizar por medio de la entrevista psicológica, observación directa, entrevista estructurada y semiestructurada y test psicométricos con el fin de poder llegar al diagnóstico y a partir de ello utilizar la terapia cognitivo conductual la cual es la terapia más eficaz en casos de TDAH con el fin de ayudar a contrarrestar dichos comportamientos gracias a las herramientas brindadas por la misma, manteniendo estas habilidades dentro del hogar, en lo social, personal y escolar del paciente que son aquellos medios donde se desenvuelve en su diario vivir y por medio de los cuales se debe sumar importancia con el fin de prevenir su gravedad.

Además se implementará un abordaje psicoeducacional para poder dotar al sistema familiar de las herramientas necesarias que les ayude a contrarrestar dichas conductas problemáticas dentro del hogar y dentro del entorno social del niño y finalmente brindar recomendaciones necesarias para que dicho trastorno sea reconocido como una afección del neurodesarrollo, más que como mal comportamiento por desobediencia, dado a que un diagnóstico temprano ayudará a prevenir a que se sumen al TDAH otros trastornos tales como depresión, ansiedad, conductas asociales y drogodependencia.

## **DESARROLLO**

### **Justificación**

El presente estudio de caso explica la influencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en el comportamiento de un niño de 9 años de edad en la ciudad de Babahoyo. Este trabajo está dirigido al impacto que ha ocasionado en el ámbito personal, familiar, social y la población en general como toma de conciencia de las dificultades que presentan los niños con TDAH y a las necesidades para responder adecuadamente a las manifestaciones conductuales que pueden empeorar los síntomas del trastorno o incluso potenciar su severidad debido al escaso conocimiento sobre el TDAH y a un diagnóstico tardío los cuales son el motivo principal por el que muchos adolescentes ponen en riesgo su salud mental.

El TDAH tiene diversidad de factores que se relacionan a su origen tanto la herencia, genética o aquellos adquiridos durante el desarrollo, haciendo hincapié todas las áreas afectadas, con el fin de poder realizar un diagnóstico gracias a la intervención psicológica debido a que si se actúa de forma errónea el TDAH los pacientes gracias a la escasa autorregulación presentará aún más dificultades en cuanto a síntomas tales como irritabilidad, fragilidad emocional, dificultad para seguir ordenes, baja tolerancia a la frustración, por lo que el estudio de caso pretende buscar un aporte importante para el desarrollo de estrategias de intervención conductual, donde se abarque la sintomatología desde la terapia cognitiva conductual, con las herramientas correctas frente a la problemática y necesidades del paciente.

Pretende además buscar las técnicas adecuadas para el paciente por cada área de funcionamiento afectada tales como el área cognitiva/pensamiento, afectiva, social/escolar y somática, con el fin de contrarrestar los síntomas que el TDAH demanda, como también brindar dichas técnicas a la familia las cuales sirven de apoyo en el proceso terapéutico del paciente con el fin de obtener mejoría,

### **OBJETIVO GENERAL**

Determinar como el Trastorno por déficit de atención e hiperactividad influye en el comportamiento de un niño de 9 años de edad en el sistema familiar y social de la ciudad de Babahoyo.

## **SUSTENTOS TEÓRICOS**

### **Origen del TDAH**

Los primeros antecedentes del TDAH se remontan hacia 1902 cuando el pediatra británico George Still realiza tres conferencias en el Royal College of Physicians de Londres, denominado Goulstonian lectures donde describe la hiperactividad infantil al comienzo de la etapa escolar en ese entonces se lo conocía con el nombre de síndrome de lesión cerebral.

En 1914 surge un antecedente importante en manos de Binet y Simon, en su intento de describir los defectos mentales que estos niños poseían, publican una escala en la que se distinguen tres grupos de niños: aquellos que no aprenden por deficiencias mentales, un grupo de lo que ellos llamaban desequilibrados y uno mixto a los que incluyen ambas desviaciones, se referían a niños desequilibrados a aquellos que tienen como principal característica, la falta de atención, expresado esto también en los manuales del DSM-V y CIE-10 en la actualidad.

Según (Martínez , 2018) determino a estas desviaciones como un trastorno de conducta y del aprendizaje que se presenta en niños con una inteligencia normal, asociando esta anomalía a disfunciones del sistema nervioso central, es decir atribuyéndose, sin prueba alguna, a una afección cerebral una serie de trastornos donde ciertamente su origen es ignorado.

En la década de los 70 se empezó a señalar la incapacidad de mantener la atención y la impulsividad como deficiencia básica de los niños que poseían esta dificultad, por encima de la propia hiperactividad, por lo que este argumento obtuvo gran valoración explicando la incapacidad que padecían los niños en cuanto a términos de autorregulación, para adaptarse a las exigencias sociales imponiendo límites a su comportamiento, asociándolos a la mayoría de problemas que experimentaban los niños con hiperactividad.

### **Prevalencia del TDAH**

Según (Llanos Lizcano, Darwin García, Henry Gónzales y Pedro Puentes, 2019) a nivel mundial se estima que este trastorno se encuentra presente en el 7,2% de la población mundial, en cuanto a la distribución por sexos, se encuentra que el TDAH es más frecuente en hombres que en mujeres con una relación de 2:1 arrojando además que la prevalencia del rango de edad

arroja una mayor proporción en niños menores (6 a 11 años) con un 62,7% en comparación con sujetos mayores de 12 años.

### **Bases biológicas del TDAH**

En la actualidad para la psicología clínica es de gran importancia conocer sobre las bases biológicas del TDAH.

(García, 2012) Afirma:

La teoría fronsubcortical del TDAH propone que este trastorno se debe primariamente a anomalías del sistema dopaminérgico que se origina en el cerebro medial de la sustancia negra y ganglios basales, por lo que es posible que las regiones que dependen funcionalmente de entradas de esta región sean afectadas durante el desarrollo.

Según lo anterior el TDAH es considerado como un cuadro orgánico, debido a las deficiencias anatómico-biológicas donde se orienta hacia el estudio de la dopamina, ejerciendo una influencia crítica sobre las funciones cognitivas de la corteza prefrontal, lo cual provocaría la conducta impulsiva, desorganizada y distraída, demostrando así que niños con TDAH pueden organizar de forma deficiente su pensamiento, utilizando pensamiento ilógico, en ocasiones abstracto, además de dificultades para conectar ideas y de esta forma mantener un tema de conversación sin interrupción.

### **Neuro imagen del TDAH**

Gracias al estudio y avances de las últimas décadas se ha podido determinar además que.

Por medio de la neuro imagen se ha aumentado significativamente el conocimiento neurobiológico del TDAH, asociándolo a una dismorfología, disfunción y baja conectividad de múltiples redes, fronto-estriatal, fronto-parietal y fronto cerebral, lo que conlleva a que se reflejen distintos dominios cognitivos afectados en el TDAH, como inhibición, atención y percepción de tiempo (Rodillo, 2015)

### **Conociendo el TDAH**

A partir de entonces se sabe que en el TDAH es considerado como un trastorno del neurodesarrollo que tiene inicio en el periodo del desarrollo, manifestándose de manera precoz,

por lo general antes de que el niño o niña empiece la escuela primaria, caracterizándose por un déficit significativo que afecta el funcionamiento normal tanto personal, social, académico u ocupacional, por otro lado este trastorno afecta las habilidades sociales o de inteligencia.

Existe gran desconocimiento en la sociedad sobre dicho trastorno debido a que en muchas ocasiones personas que experimentan dicho trastorno en hijos, vecinos y/o conocidos por lo general tienden a confundirlo con una manifestación en el comportamiento por oposición, hostilidad o fracaso de las habilidades para cumplir con deberes escolares y al no saber cómo abordar dicha problemática, en ocasiones incluso por el mismo desafío y problemas conductuales y frente a la frustración de no poder controlar dicha sintomatología se tiende a los gritos, malos tratos e incluso golpes que afectaran de forma significativa al paciente.

Según (Alberto Hernández, Teresita Montiel y Juan Martínez, 2014) “Tanto padres como maestros dan diferente significación a conducta de los menores, dependiendo de su edad y su género, principalmente por su capacidad de control atencional y de su actividad motora, tanto en casa como en la escuela”

Aquellos niños que se han diagnosticado con un factor predominante de inatención, son los docentes quienes por medio de la observación hacia la conducta y hacia su capacidad de aprendizaje lograran identificar la gravedad del TDAH.

### **Entorno familiar del TDAH**

De acuerdo a (Martín Fernandez y Jaén Fernandez, 2010) “En el entorno familiar o domiciliario deberían enseñarse técnicas y herramientas que ayuden al mejoramiento escolar y conductual, algunas de las cuales se mantendrían en el ámbito escolar y familiar”

Muchos padres notan excesiva actividad motora en sus hijos desde tempranas edades, incluso hasta antes de los 4 años sin tomarle demasiada importancia hasta el momento de ingresar a la escuela primaria donde el rendimiento académico en algunos casos se ve afectado, como también existe la posibilidad de que el paciente se desenvuelva dentro de un sistema familiar disfuncional lo cual afectara en cierta medida el estado emocional de los niños, gracias a ello el TDAH es relativamente estable durante la adolescencia, y es probable de que tienda a agravarse cuando se presenten comportamientos antisociales.

## **Impacto del TDAH en el sistema familiar**

Según (Rocio Gonzales, Liliana Bakker y Josefina Rubiales, 2013) gracias a diversos estudios se ha demostrado el impacto que tiene el TDAH sobre la dinámica familiar-gracias al estrés familiar que conlleva-así como los estilos característicos de crianza de cada hogar determinado por normas y leyes que se deben cumplir a cabalidad, es por esto que muchas familias tienden a ser disfuncionales cuando presentan un paciente con TDAH debido a las exigencias y demandas que se requieren al poder controlar determinada sintomatología del trastorno.

## **Diagnóstico del TDAH**

Para realizar el diagnóstico del TDAH y su predominancia en cuanto a signos y síntomas podemos encontrar que el paciente falle en prestar atención a lo que en un momento determinado está realizando, implicando que cometa errores en tareas escolares, que tenga dificultad para prestar atención en actividades significativas tales como clases, conversaciones y/o lectura, que con frecuencia el paciente no escuche lo que se le está hablando distrayéndose con facilidad, no seguir las instrucciones recomendadas y tendencia a no terminar deberes escolares o actividades que tenía planificado realizar, distracción fácil con estímulos externos.

Al hablar de Hiperactividad e impulsividad el paciente debe haber experimentado al menos 6 de los síntomas siguientes en un promedio de 6 meses donde afecte las áreas social, académica/laboral, por lo general los paciente con TDAH tienden a jugar con los dedos de las manos o pies en el suelo, tiende a levantarse en situaciones donde se espera que permanezca sentado como por ejemplo en la escuela en medio de una clase, el paciente empezará a sentirse intranquilo y a corretear, trepar, saltar, gritar en situaciones en las que no se considera apropiado, tendrá dificultades para jugar debido a no poder seguir normas y leyes dentro de un juego lo que le resultará abrumador permanecer quieto y esperar su turno.

Los pacientes con TDAH por lo general son de habla excesiva en ocasiones la proyección de su pensamiento por medio del lenguaje será difícil de comprender debido a la cantidad de palabras y situaciones expresadas en un mismo tiempo, los pacientes con TDAH tienden a inmiscuirse en conversaciones de otros por lo que en este punto a afectado en gran parte a familiares de los mismos debido a la desaprobación al momento de dirigir la palabra.

Existen casos cuya dificultad se ve afectada principalmente en la inatención u otros en cuanto a la hiperactividad e impulsividad lo que afecta su conducta.

### **Factores del riesgo**

Es por esto importante conocer además de la sintomatología presente en el TDAH los factores de riesgo:

(Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2013) Afirma:

Dentro de los factores de riesgo se encuentra el factor ambiental como por ejemplo bajo peso al momento de nacer, fumar durante el embarazo, dificultades en el parto, maltrato infantil, negligencia y exposición a neurotóxicos, el factor genético y fisiológico por heredabilidad del mismo trastorno, deficiencias nutritivas, anomalías metabólicas entre otros y finalmente modificadores del curso en la interacción familiar en la primera infancia, influyendo en el desarrollo de problemas conductuales.

### **Tratamiento**

Una vez determinado el diagnóstico y la predominancia de síntomas del TDAH se busca el tratamiento correspondiente determinado por la gravedad de sintomatología presente en el paciente por lo general aquellos que tienen predominancia tanto en la inatención, hiperactividad e impulsividad lo que hace que el tratamiento sea un trabajo multidisciplinario, es decir, con tratamiento psicofarmacológico o sin tratamiento psicofarmacológico donde se usa la psicoterapia para el tratamiento de conducta y apoyo académico.

En el caso de tratamiento psicofarmacológico es importante conocer que tipos de medicamentos se usan en el TDAH

(Soutullo Esperón y Álvarez Gómez, 2014) Afirma:

Los estimulantes o simpaticomiméticos elevan el nivel de alerta y actividad del sistema nervioso central y tienen una estructura y acción similar a las catecolaminas (dopamina) o (noradrenalina) tales como sales mixtas de anfetamina, dextro anfetamina, metilfenidato, o aquellos no estimulantes como atomoxetina, clorhidrato de clonidina.



## **Modelo cognitivo conductual**

Según (Guía de práctica clínica sobre las intervenciones terapéuticas en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad TDAH, 2017) el modelo cognitivo conductual enfatiza el papel de las cogniciones, pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas y creencias desadaptativas. El uso de técnicas cognitivas está muy extendido en la intervención sobre los síntomas del TDAH con niños. Un ejemplo de aquellas técnicas y de las que más adelante se mencionaran son las de programas de entrenamiento auto instruccional (especialmente usado para el programa cognitivo de niños impulsivos de edades entre los 6 y 12 años), técnicas de autocontrol, de inhibición de respuesta y resolución de problemas.

Dentro de las técnicas cognitivo conductuales más empleadas se encuentran las de reestructuración cognitiva tales como: el debate de pensamientos, estrategias de resolución de problemas, técnica de entrenamiento en auto instrucciones, entre otras...

En cuanto al área afectiva-emocional es importante identificar y controlar las emociones del niño para prevenir aparición de otras patologías que pueden agravar el TDAH donde se ha de utilizar la técnica de auto registro de sentimientos, el área social y conductual se usa la técnica de programación de actividades.

Cada técnica implementada tanto en las áreas cognitiva, conductual, afectiva se irán dando de forma gradual cada una con revisión en cierto tiempo con el fin de poder determinar si cada técnica es adecuada para el paciente y si está causando efectos positivos en el mismo.

Es importante conocer que las técnicas conductuales para el TDAH se deben establecer un registro de conductas para identificar las características del problema a abordar

## **Cómo aplicar las técnicas cognitivo conductuales**

(Rodríguez Hernández y Criado Gutiérrez, 2014) Afirma:

Los encargados de aplicar las técnicas cognitivo conductuales son el sistema familiar conformado por padres, como también profesores, etc., del niño. Es por esto que es importante entrenar no solo a padres sino también a profesores sobre la identificación de los problemas que van a ir apareciendo durante el desarrollo del niño.

Para la intervención en el área conductual es importante concientizar a los padres o cuidadores del niño por medio de la psi coeducación que conozcan sobre las características y sintomatología del TDAH y como se ha de trabajar este trastorno a través de la terapia cognitivo conductual.

Dentro de los programas cognitivo conductuales más eficaces para tratar el TDAH se encuentran técnicas tales como el entrenamiento auto instruccional, técnicas de autocontrol, de inhibición de respuesta y resolución de problemas con el fin de que el paciente obtenga independencia en cuanto a actividades diarias las cuales abarcan el ámbito escolar, con el fin de que el paciente pueda mejorar su atención y memoria, poder recibir herramientas que le ayudarán a terminar una determinada tarea, como también le ayudara en el área social con el fin de incluirse dentro de un grupo donde se practique el juego sano sin tener dificultades debido a la impulsividad e hiperactividad que el TDAH demanda y finalmente dentro del sistema familiar, donde los padres por medio de las herramientas brindadas por el Psicólogo Clínico podrán dar un aporte importante al proceso psicoterapéutico del paciente con el fin de mejorar las áreas con mayor dificultades presentadas por el paciente teniendo en cuenta las comportamentales y cognitivas.

### **Otros aspectos a tener en cuenta**

La importancia de la terapia familiar es que da protagonismo a los niños con TDAH en el proceso ayudando de cierta forma en el mejoramiento de su conducta, haciendo que se sienta parte de su familia, entendiendo que todos y cada uno puede ayudarlo con las dificultades que posee, donde los padres tienen el papel principal como agentes del cambio, así como aprovechar en gran medida el trabajo terapéutico junto con el niño.

Es primordial además que en las escuelas se exija brindar servicios de educación especial a los niños que estén experimentando este trastorno como tal para de esta forma realizar un plan académico y curricular que vaya de acuerdo con las habilidades y destrezas de estos niños con el fin de evitar bajo rendimiento académico y pérdida de años escolares, colaborando tanto con padres y profesores para poder hacer modificaciones en los salones de clase, actividades y/o tareas que requieran el esfuerzo apropiado para niños con TDAH.

## **TÉCNICAS APLICADAS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN**

En el presente estudio de caso se utilizaron las siguientes herramientas y técnicas con el objetivo de compendiar información clara, precisa y confiable acerca de la problemática que el paciente muestra.

### **Entrevista psicológica**

Con esta técnica se busca obtener información necesaria con el fin de definir al paciente en relación a sus conductas, de esta forma podremos determinar un buen diagnóstico y cuál es la causa de la conducta del paciente y de ahí la forma en cómo y qué se va a trabajar con el paciente, en este caso la entrevista va a ser dirigida tanto al niño como al sistema familiar.

Dentro de la entrevista psicológica se ha utilizado tanto la entrevista estructurada como la entrevista semiestructurada, la primera nos habla sobre preguntas que se formulan de forma previa a la intervención con el paciente y se siguen al pie de la letra, en la segunda no necesariamente se seguirá un orden por lo que pueden aparecer nuevas preguntas durante la intervención y dependiendo de la función problemática del paciente.

### **Observación directa**

Esta técnica es un método de recopilación de datos, utilizando la observación dirigida hacia el objeto de estudio dentro de una situación determinada, sin que se altere el ambiente natural del paciente, esta técnica es usada para poder evaluar el comportamiento de un paciente dentro de un periodo continuo, la cual puede ser de dos formas, la primera cuando el paciente no sepa cuando está siendo observado y la segunda de manera manifiesta donde el paciente es consciente de que está siendo observado, en este caso se utilizaron ambas formas.

### **Historia clínica**

La historia clínica psicológica se la puede definir como el registro completo realizado de forma confidencial a todo tipo de paciente que se atiende por primera vez en un Servicio de Psicología hasta que se despide definitivamente de él, en donde se establece un diálogo de tal forma que se entienda, conozca y comprenda al enfermo generando así una relación *psicólogo-paciente* de considerable valor terapéutico. Jaspers fué quien observó la necesidad de recoger en las *historias* clínicas es por esto que esta técnica es de vital importancia para el profesional

de Psicología Clínica debido a que permite obtener los datos necesarios, resumiendo cada uno de los puntos más relevantes sobre el estado de salud mental del paciente en el pasado y presente, los cuales serán de vital importancia para llegar a un diagnóstico correcto y detallado.

### **Test psicométrico: Bender y test de caras**

El test de Bender se utiliza para evaluar la función giestáltica visomotora, mediante éste se puede detectar retraso en la maduración, madurez para el aprendizaje, diagnosticar lesión cerebral y retraso mental. En niños y adultos se pueden evaluar algunos aspectos emocionales. Se pueden evaluar estos aspectos debido a que la percepción visomotora es una función integral de la personalidad como un todo, que está controlada por la corteza cerebral. Cualquier perturbación en este centro máximo de integración modificará la función integradora del individuo llevándola a un nivel inferior y más primitivo. Y el test de caras evalúa las aptitudes requeridas para percibir rápidamente semejanzas y diferencias con patrones estimulantes parcialmente ordenados.

### **Abordaje psicoeducacional**

Se utilizó esta técnica con el fin de dar un abordaje educativo tanto al paciente como al sistema familiar sobre los signos y síntomas del TDAH, cuáles son sus características, que se puede hacer para mejorarlo, posibles problemas o riesgos que se encuentran asociados al trastorno y diferentes formas de intervención del trastorno.

### **Terapia cognitivo-conductual**

Se ha logrado determinar que el enfoque cognitivo conductual es la herramienta más eficaz para la reducción de comportamientos perturbadores en pacientes con TDAH y de esta forma de gran ayuda para aumentar el comportamiento auto controlado el cual será implementado tanto por el paciente como por el sistema familiar con el fin de mejorar la salud mental del paciente, es por esto que los padres asisten a 7 o más sesiones con el terapeuta. Las sesiones pueden ser con grupos o con familias individuales. El terapeuta se reúne regularmente con la familia para revisar su progreso, ofrecer apoyo y ajustar las estrategias según sea necesario para garantizar la mejoría. Los padres practican con su hijo entre las sesiones.

## **RESULTADOS OBTENIDOS**

En el presente estudio de caso para el desarrollo de la valoración psicodiagnóstica ejecutada se llevó a cabo 7 sesiones las cuales se especifican a continuación:

### **Primera sesión, segunda y tercera sesión**

Se procedieron a ejecutar los días 14, 21 y 28 de Junio del 2021, con horario de 9:00am a 10:00am.

En primera instancia se procedió a tomar los datos de identificación del paciente, estableciendo los parámetros de ética profesional tales como confidencialidad y atención gratuita. En segundo lugar, se procedió a preguntar datos personales, motivo de consulta, anamnesis, historia del cuadro psicopatológico, historia personal, social, familiar, signos y síntomas del paciente, además se realizó la entrevista con el niño, donde por medio de la observación se pudo determinar que tenía facilidad de distracción frente a estímulos externos, olvidaba lo que se le preguntaba, movía sus manos y pies en varias ocasiones y tenía dificultad de habilidades meta fonológicas, datos de vital importancia para poder llegar al respectivo diagnóstico (Ver anexo A)

### **Cuarta sesión**

Se procedió a ejecutar el día 05 de Julio del 2021, con horario de 9:00am a 10:00am.

En esta sesión, se realizó psi coeducación al sistema familiar para que se conozca sobre el problema que el paciente tiene, sobre signos y síntomas referentes al TDAH, además de introducir al niño hacia el problema que está experimentando, se elaboró el plan psicoterapéutico y los días de sesiones donde el paciente debe acudir a consulta y como se va a implementar la terapia cognitiva conductual.

### **Quinta sesión**

Se procedió a ejecutar el día 09 de Julio del 2021, con horario de 9:00am a 10:00am.

En esta sesión se procedió a trabajar directamente con el paciente, al realizarle el test de Bender para evaluar su función gestáltica visomotora, con el fin de poder detectar retraso en la maduración y madurez para el aprendizaje.

Durante la prueba se logró por medio de la observación directa identificar que el paciente tenía dificultades para realizar los dibujos plasmados en la hoja de modelo como también dificultades para organizar el material.

Además se realizó el test de caras para evaluar las aptitudes requeridas para percibir rápidamente semejanzas y diferencias con patrones estimulantes parcialmente ordenados, donde el niño tenía dificultades para encontrar semejanzas y diferencias gracias a los estímulos externos que le generaban distracción.

### **Sexta sesión**

Se procedió a ejecutar el día 12 de Julio del 2021, con horario de 9:00am a 10:00am.

En esta sesión se procedió a seguir trabajar con el área cognitiva utilizando el entrenamiento en auto instrucciones con el fin de que el paciente pueda potenciar sus capacidades donde él sea capaz de darse órdenes y auto instrucciones, utilizando imágenes donde el niño intenta ser un determinado personaje recibiendo instrucciones y refuerzos.

### **Séptima sesión**

Se procedió a ejecutar el día 16 de julio del 2021, con horario de 9:00am a 10:00am.

Se trabajó con el área afectiva utilizando la técnica de auto registro de sentimientos con el fin de que el niño pueda identificar sus emociones y sentimientos al no lograr terminar una determinada actividad o al ser regañado, como también se enseñó esta técnica a la madre con el fin de que identificará que regañando o golpeando a su hijo puede empeorar su situación, además se trabajó con el área conductual utilizando la técnica de programación de actividades, por medio de una rutina diaria implementando el estímulo recompensa y realización detallada de las actividades desarrolladas por medio de hoja de rutina identificando la dificultad para logro de metas durante el día, con el objetivo de que el niño empiece a regular su comportamiento gracias a demanda, donde el niño además de guiar su comportamiento podrá darse instrucciones a si mismo con el fin de poder empezar y culminar una determinada tarea, esto ayuda significativamente en su área social, personal y familiar aplicándolo además de forma didáctica.

## **SITUACIONES DETECTADAS**

Una vez se recolectaron los respectivos datos por medio de la entrevista clínica tanto al paciente como a la madre del paciente y al realizar la prueba diagnóstica de Bender, los resultados que arrojaron dicho test son los siguientes:

### **Test de Bender (Edad Cronológica: 4 años; CI: 81, Percentil: 10):**

Según la escala de maduración el niño presenta una edad equivalente a 4 años y 0 meses lo que no sería acorde a su desarrollo mental.

En lo que refiere al CI presenta 81 en la media del grupo lo que implica que podría verse afectado en el desarrollo del aprendizaje y a la capacidad de poder acatar normas y reglas dentro del hogar, como también en su dificultad en la memoria a largo plazo, afectando la capacidad de memorizar auto instrucciones en lo educativo, social y familiar.

En los equivalentes emocionales el paciente presenta poca capacidad para planificar y ordenar el material, explosividad, impulsividad, falta de control, agresividad y conducta “acting out”, lo que implicaría que el menor tienda a desobedecer, no acatar normas y leyes dentro del sistema familiar, lo que implica que tanto el niño como la familia tengan baja tolerancia a la frustración (Ver anexo B)

Se llegó a la conclusión de que el paciente está experimentando los siguientes signos y síntomas, los cuales han sido identificados en cada una de las áreas las cuales son: cognitiva/pensamiento, afectiva, conducta social/escolar y somática, las cuales se obtuvieron a partir de la historia clínica donde se ven reflejados en el siguiente resumen sindrómico:

### **Test de CARAS-R**

La información arrojada por el Test de percepción de diferencias CARAS-R demuestra que el niño tiene una adecuada capacidad viso perceptiva y atencional, lo que le permite realizar acciones tales como distinguir, diferenciar y depurar juicios.

En contraste a esto en los resultados relacionados con el control de impulsividad, el sujeto demostró ser muy impulsivo a la hora de desarrollar o ejecutar una acción, lo que implica una falta de control en sí mismo.

Esto conllevaría a que el niño tome decisiones al azar sin tomar en cuenta los aspectos importantes que sustentan dicha decisión, Es de importancia destacar que su poco nivel de control de impulsividad asociado a su alto nivel de ineficacia en la prueba, reflejan rasgos de un sujeto muy impulsivo.

**Tabla 1**

***Cuadro Sindrómico TDAH***

<b>Función</b>	<b>Signos y síntomas</b>	<b>Síndrome</b>
Cognitivo/pensamiento	Dificultad para concentrarse, olvido y/o problema para prestar atención, dificultad en la memoria a corto plazo.	
Afectivo:	Frustración, irritabilidad, desmotivación, impulsividad, estado de ánimo alto.	Hiperactividad, Impulsividad.
Conducta social - escolar	Desobediencia, hiperactividad, dificultad para realizar tareas, dificultad para acatar normas.	
Somática	Cefaleas	

Datos tomados por medio de la entrevista clínica

De acuerdo a los hallazgos encontrados dentro de la sintomatología presentada por el paciente en cada una de sus áreas funcionales y a la valoración realizada con el resultado de las técnicas aplicadas se determina el siguiente diagnostico según el DSM-5 las cuales determinan que el niño posee un Trastorno por déficit de atención e hiperactividad con presentación combinada cuyos códigos diagnósticos son: Según el DSM-5 314.01 y según el CIE 10 F90.2, cuya área con más afección de acuerdo a la entrevista realizada a la madre del paciente según lo que ha observado por vivencia propia, además de las dificultades que se han logrado dentro del sistema familiar y según la observación directa realizada durante la entrevista es el área conductual afectando no solo en lo personal, sino también en lo social y en lo familiar.



## **SOLUCIONES PLANTEADAS**

Después de concluida la evaluación psicológica y una vez establecido el diagnóstico del niño intervenido en este estudio de caso, se realizó la intervención cognitivo conductual, dicho tratamiento se llevó a cabo en un total de 7 sesiones con una duración de 50 minutos aproximadamente. Las cuales se llevaron a cabo de la siguiente manera con el fin de poder llegar a una solución del área afectada del paciente y prevenir así posibles complicaciones:

### **Sesiones 1,2 y 3**

En estas sesiones fue importante indagar completamente a la madre del paciente la cual manifestó que su hijo desde muy pequeño había notado que no presta atención, es demasiado hiperactivo, en ocasiones la ropa que usa estando limpia y nueva la rompe, no obedece a las instrucciones que en la casa se le dan, habla demasiado, en ocasiones es agresivo e irritable cuando se le regaña y cuando estaba en clases presenciales sus maestras decían que era un niño muy inquieto, dado el caso que en ocasiones no lo pueden controlar por su excesiva actividad motriz, lo cual identifiqué estas anomalías desde el primer año pero por falta de conocimiento nunca obtuve ayuda profesional hasta hace dos años donde el paciente empezó a tener comportamientos impulsivos e hiperactivos más de lo que su madre considera normal, como también se indagó al niño manifestando a través de lenguaje historias vividas de forma rápida y en ocasiones con dificultades meta fonológicas, además de presentar nerviosismo, ansiedad, movimientos repetitivos de manos, dificultad para mantener la concentración y mirada fija, todos estos datos los cuales fueron necesarios para lograr obtener el diagnóstico correcto.

### **Sesión 4**

Se dirigió hacia la psicoducción donde la madre del paciente y el niño comprendieron los signos y síntomas del TDAH, donde el área más afectada era la conductual gracias a la hiperactividad e impulsividad que el mismo trastorno producía, así como también demostraron interés en el tratamiento que se iba a llevar a cabo por cada sesión y las fechas programadas para cada una de ellas, teniendo un pronóstico favorable debido a la colaboración tanto del paciente como de su familia con el fin de poder seguir con el proceso psicoterapéutico apoyando a su hijo en las necesidades que el mantendría durante las sesiones.

## **Sesión 5**

Se trabajó con el paciente utilizando el test psicométrico de Bender donde se logró identificar que el niño presenta una edad equivalente a 4 lo que no sería acorde con su desarrollo mental con un CI de 81 en la media del grupo lo que significa que su aprendizaje se vería afectado con dificultad para acatar reglas, se trabajó además con la técnica de respiración donde el paciente empezó a obtener un estado de homeostasis.

Además se trabajó con el test CARAS-R donde se pudo identificar que el niño presenta conductas impulsivas e hiperactivas a tal grado de realizar comportamientos negativos sin antes pensar, lo que correspondería a lo manifestado según la madre del paciente, gracias a la tendencia de inmiscuirse en conversaciones de adultos lo cual ha producido en su sistema familiar grandes demandas debido a los desacuerdos.

## **Sesión 6**

Se dirigió hacia el área cognitiva con el entrenamiento en auto instrucciones, utilizando el modelado, guía externa en voz alta, auto instrucciones en voz alta, auto instrucciones en voz baja y auto instrucciones encubiertas, donde el paciente obtuvo respuesta positiva con el fin de poder regular su autonomía en el momento de realizar actividades diarias de forma consciente y organizada, además de mejorar su memoria a corto y largo plazo.

## **Sesión 7**

Se trabajó con el área afectiva utilizando el auto registro de sentimientos donde el paciente logró reconocer que a raíz de su impulsividad surgían sentimientos de ira, frustración, tristeza, irritabilidad para de esta forma aprender a contrarrestarlos, finalmente se trabajó con su área conductual utilizando la técnica de programación de actividades, donde el niño se vio interesado en su rutina diaria y en la recompensa que obtendría al lograr cada actividad, cumpliendo a cabalidad con las actividades planteadas, como también utilizando su rutina para su diario vivir la cual le ha ayudado en gran medida a darse instrucciones a sí mismo, terminar tareas y/o actividades diarias además de la resolución de problemas.

## CONCLUSIONES

El presente estudio de caso resulta importante para considerar las diversas situaciones de riesgo y morbilidades asociadas, las cuales gracias a un diagnóstico temprano se podrá evitar trastornos futuros los cuales se pueden sumar al diagnóstico del TDAH y aumentando su problemática principalmente en la adolescencia donde pueden ser más vulnerables al consumo de drogas, a conductas sexuales de riesgo y a comportamientos disociales, cuyas consecuencias pueden ser de gravedad para la salud mental.

La propuesta se basaba en intentar desglosar al máximo posible los diferentes ámbitos de la realidad humana del paciente y ver cuál de ellos es el más enfermo para favorecer un tratamiento integral. En este caso el problema principal se centró en el comportamiento del niño, su hiperactividad e impulsividad dentro del ámbito familiar y social gracias a las conductas de oposición, las dificultades en las relaciones interpersonales y con la familia, las dificultades de adaptación y los trastornos emocionales.

Fue de gran importancia diferenciar las exploraciones en familia, debido a que su sistema familiar presentaba menos confianza sobre cómo afrontar la realidad del problema, de este modo el mismo sistema familiar empleaba abordaje erróneo sobre el TDAH presentando desconfianza frente al mismo, demostrando menos afecto con su hijo gracias a los comportamientos opositoristas denominando al paciente como “malcriado, grosero y desobediente” además de tratar de mitigar dicho comportamiento con el castigo corporal, todo gracias al desconocimiento que implica el TDAH.

En cuanto al tratamiento se estimó abordar la comorbilidad mejorando el problema principal de elección por el sistema familiar el cual fue el comportamiento del paciente. Dicho problema fue abordado desde la Terapia Cognitivo Conductual la cual es considerada una terapia eficaz para tratar el TDAH, donde no solo debe ser implementada por el terapeuta sino además es importante enseñar dichas técnicas al sistema familiar, lo cual ayuda significativamente a mejorar el comportamiento, el autocontrol y la autoestima del niño, dicha terapia ha sido trabajada por cada área tales como área cognitiva/pensamiento utilizando el entrenamiento en auto instrucciones, área afectiva utilizando el autor registro de sentimientos, área social/escolar por medio de la técnica de programación de actividades y área somática utilizando técnicas de relajación.

Todas y cada una de las sesiones fueron de gran importancia tanto para el sistema familiar como para el paciente debido a que gracias a ello el sistema familiar logró reconocer que dicho comportamiento del niño no era normal y que por lo tanto se debía trabajar en ello, además de mejorar la relación afectiva de padres e hijo reconociendo errores que anteriormente estaban llevando a cabo con su hijo y reconociendo emociones y sentimientos tras la frustración que generaba el enfrentarse a dicho trastorno, además de generar empatía con el mismo, en cuanto al paciente desarrolló cada actividad, en especial la técnica de programación de actividades, donde además de cumplir con el objetivo planteado el paciente se encontraba motivado de las sesiones haciéndolas de forma didáctica.

En virtud de todos los progresos del niño, se hace necesario continuar el tratamiento y seguir contando con sus acudientes, como parte esencial del cambio, ya que resta seguir trabajando con ellos en la modificación de sus pensamientos disfuncionales y creencias, así como seguir instruyendo al niño con estrategias cognitivo-conductuales en la adquisición de nuevas habilidades como aprender a tolerar la frustración y ser aún más flexible en sus pensamientos.

Resulta de gran relevancia para nosotros como Psicólogos el ir enriqueciendo nuestros conocimientos, con casos tal como el presentado en este estudio, pues en base a estas experiencias vamos formando conciencia de la importancia de nuestra labor dentro de la sociedad y a la vez nos hacemos partícipes de las muchas tareas que aún faltan por cumplir para así lograr tratamientos más efectivos de este y otros trastornos.

El TDAH es un trastorno que requiere de atención y diagnóstico temprano es por esto necesario implementar charlas educativas en escuelas y colegios para que profesores como padres de familia logren identificar desde temprano signos y síntomas del mismo y poder intervenir de manera correcta de acuerdo a la problemática presentada por los pacientes con TDAH.

Es importante que desde casa se ayude a los niños con TDAH en la organización y planificación de tareas, dividir tareas, utilizar el mecanismo de refuerzo/premio tanto para realización de tareas como para comportamientos dentro del hogar, debido a que gracias al apoyo y supervisión se lograrán cambios significativos en el comportamiento del paciente.

## REFERENCIAS

- Alberto Hernández, Teresita Montiel y Juan Martínez. (2014). *Identificación por padres y maestros de síntomas del trastorno por déficit de atención con hiperactividad*.  
Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/798/79832492004.pdf>
- Asociación Estadounidense de Psiquiatría. (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Arlington: Médica Panamericana.
- García, D. O. (2012). *Bases biológicas del trastorno por déficit de atención e hiperactividad*.  
Obtenido de file:///C:/Users/Geraldine/Downloads/Dialnet-BasesBiologicasDelTrastornoPorDeficitDeLaAtencionE-6161376.pdf
- Guía de práctica clínica sobre las intervenciones terapéuticas en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad TDAH. (2017). *Guía de práctica clínica sobre las intervenciones terapéuticas en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad TDAH*. Obtenido de portal.guiasalud.es: [https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC\\_574\\_TDAH\\_IACS\\_compl.pdf](https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_574_TDAH_IACS_compl.pdf)
- Llanos Lizcano, Darwin García, Henry Gónzales y Pedro Puentes. (2019). *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en niños escolarizados de 6 a 17 años*.  
Obtenido de [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1139-76322019000300004](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322019000300004)
- Martín Fernandez y Jaén Fernandez. (2010). *Trastorno por déficit de atención/hiperactividad*.  
Obtenido de file:///C:/Users/Geraldine/Downloads/tdahactapediatrica.pdf
- Martínez , M. (2018). *Bases neurobiológicas del trastorno del espectro autista y del trastorno por déficit de atención e hiperactividad: diferenciación neural y sinaptogénesis*.  
Obtenido de neurologia: <https://www.neurologia.com/articulo/2018033>
- Rocio Gonzales, Liliana Bakker y Josefina Rubiales. (2013). *Estilos parentales en niños y niñas con TDAH*. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/rlcs/v12n1/v12n1a08.pdf>
- Rodillo, E. (2015). *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en adolescentes*. Obtenido de <https://cyberleninka.org/article/n/504422/viewer>

Rodríguez Hernández y Criado Gutiérrez. (2014). *Plan de tratamiento multimodal del TDAH. Tratamiento Psicoeducativo*. Obtenido de <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2014-11/plan-de-tratamiento-multimodal-del-tdah-tratamiento-psicoeducativo/>

Soutullo Esperón y Álvarez Gómez. (2014). *Tratamiento farmacológico del TDAH basado en la evidencia*. Obtenido de file:///C:/Users/Geraldine/Downloads/Dialnet-InfluenciaDeLosFarmacosEstimulantesYNoEstimulantes-4678756.pdf

## ANEXOS

### Anexo A

#### *Historia Clínica*

HC. # \_\_\_1\_\_\_

Fecha: 14/ 06/ 2021

#### **1. Datos de identificación**

**Nombres:** X.X.X.X

**Edad:** 9 Años

**Lugar y fecha de nacimiento:** Babahoyo 19/02/2012

**Género:** Masculino

**Estado civil:** Soltero

**Religión:** Católico

**Instrucción:** Tercero de Primaria

**Ocupación:** Estudiante

**Dirección:** Barreiro

**Teléfono:** 0994251890

**Remitente:** Iniciativa de la Abuela y Madre del menor

#### **2. Motivo de consulta**

Paciente de 9 años de edad acude a consulta la cual refiere “el niño no capta, llora al tomarle la lección y no las hace bien, toca estar ahí y ahí, es demasiado hiperactivo, la ropa estando sana la rompe, uno le habla y sigue haciendo lo que no debe hacer, no se acuerda donde deja las cosas, habla demasiado, juega demasiado y no llega cuando se le dice, no le obedece a mi esposo ni a mí, en clases se pone nervioso, a veces es agresivo y cuando se termina de enojar, más bravo se pone, el otro día en la noche quería tomarse las pastillas, no piensa para hacer las cosas, cuando era más pequeño se confundía con el día y la noche, por la noche estaba despierto y teníamos que turnarnos para verlo y durante el día se la pasaba durmiendo” incluso hace énfasis en que “cuando estaba estudiando presencial en la Escuela Antonio Calderón Muñoz la maestra decía que era un niño muy, muy inquieto.

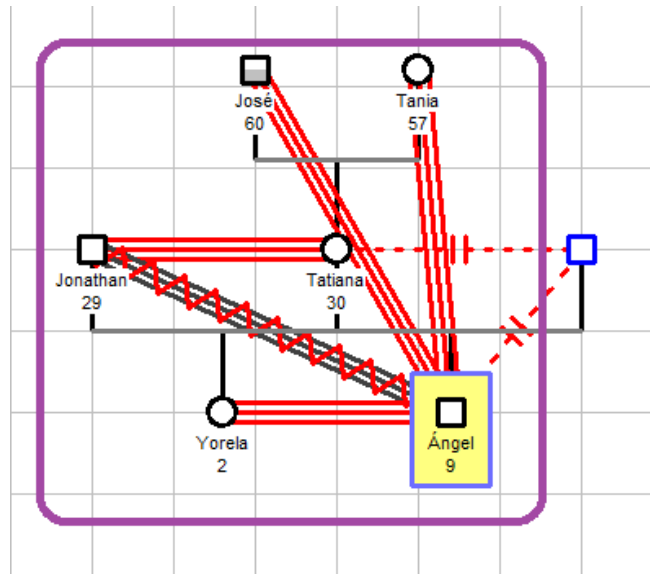
#### **3. Historia del cuadro psicopatológico actual**

El paciente no está siendo medicado, comportamiento hiperactivo empeoró en los últimos 2 años, no acata normas y reglas familiares, hiperactividad, falta de atención, distracción, cefaleas

presentadas tras comportamiento agresivo, disgusto de actividades que requieren esfuerzo mental, pierde los elementos necesarios para tareas y actividades.

#### **4. Antecedentes familiares**

##### ***a. Genograma (Composición y dinámica familiar).***

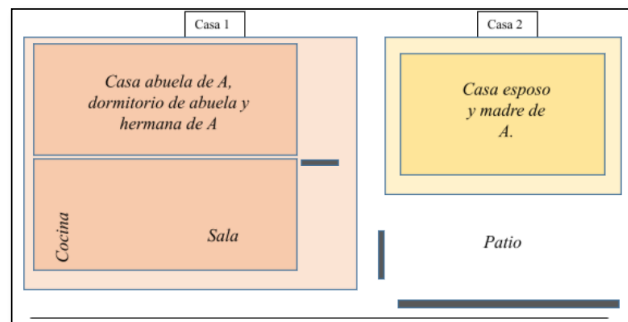


##### ***b. Tipo de familia.: Familia extensa***

##### ***c. Antecedentes psicopatológicos familiares.***

Paciente se encuentra dentro de una familia extensa conformada por madre, hermana, abuelos y padrastro, el abuelo del menor había bebido durante un tiempo considerable, actualmente es un bebedor social, además el padre biológico hasta donde recuerda la madre era alcohólico y nunca se hizo responsable del menor.

#### **5. Topología habitacional**





## **6. Historia personal**

### **6.1. Anamnesis**

Embarazo, parto, lactancia, marcha, lenguaje, control de esfínteres, funciones de autonomía, enfermedades.

**Embarazo:** La madre del paciente refiere que su embarazo fue complicado aunque sí asistió a todos los controles, sufrió de violencia intrafamiliar por parte del padre biológico del niño, ya que bebía demasiado y era agresivo.

**Parto:** Tuvo un parto difícil ya que sufrió *de ruptura prematura de membrana* y permaneció con dolores muy fuertes durante todo el día, además que los médicos le decían que la cabeza del niño estaba grande.

**Lactancia:** Madre refiere que el niño no lactó, fue alimentado con *leche de fórmula y coladas hasta el primer año de vida*

**Lenguaje:** El niño empezó con primeros balbuceos el primer año de edad.

**Marcha:** Madre refiere que el niño no gateó, utilizó solo caminadora

**Funciones de autonomía y control de esfínteres:** *El* niño empezó a ir al baño y a empezar a vestirse, comer, después del año.

**Enfermedades:** No refiere ninguna enfermedad grave

**6.2. Escolaridad** (Adaptabilidad, rendimiento, relación con pares y maestros, aprendizaje, cambios de escuela).

**Adaptabilidad:** Niño bien adaptado al medio escolar, le gustan sus clases virtuales.

**Rendimiento:** Buen rendimiento en clases virtuales, aunque con dificultad para realizar deberes en casa.

**Relación con pares y maestros:** Mantiene una buena relación con maestros, pues siempre se muestran colaborativos

**Aprendizaje:** Se distrae con facilidad al momento de realizar deberes en la casa y aprende con dificultad y exigencia

**Cambios de escuela:** Permanece en la misma Escuela

### **6.3. Historia laboral**

El paciente no refiere historia laboral

### **6.4. Adaptación social**

Madre refiere que es un niño muy activo, tiene amigos cercanos con los que le gusta jugar demasiado, aunque no acata normas y suele jugar hasta tarde, en ocasiones tiene que buscarlo para volver a casa, además el menor refiere que le gusta jugar mucho en la noche con un vecino amigo.

### **6.5. Uso del tiempo libre** (ocio, diversión, deportes, intereses)

El paciente refiere que después de realizar sus deberes le gusta jugar a la pelota y salir a andar en bicicleta.

### **6.6. Afectividad y psicosexualidad**

El paciente refiere que tiene una buena relación con todos los miembros de su familia.

### **6.7. Hábitos** (café, alcohol, drogas, entre otros)

No refiere hábitos

### **6.8. Alimentación y sueño**

Alimentación saludable y *sueño aproximadamente de 8 horas* (Presencia de pesadillas *cada 4 días* con el mismo contexto)

### **6.9. Historia médica**

No refiere historia médica

### **6.10. Historia legal**

No refiere historia legal

### **6.11. Proyecto de vida**

El paciente refiere que le gustaría en un futuro ser policía porque atrapa a los ladrones.

## **7. Exploración del estado mental**

### **7.1. Fenomenología** (Aspecto personal, lenguaje no verbal, biotipo, actitud, etnia, lenguaje)

**Aspecto Personal:** El aspecto personal del paciente es bueno, ropa limpia y bien presentado

**Lenguaje no verbal:** Gestos plasmados con su cuerpo y cara

**Biotipo:** Leptosómico y mesomorfo

**Actitud:** Inquietud, nerviosismo, constante movimiento, visión de un lado hacia otro.

**Etnia:** Mestiza

### **7.2. Orientación**

Buena orientación con respecto a sí mismo, orientación en tiempo, orientación en espacio y orientación con relación hacia los demás.

### **7.3. Atención**

Poca atención con facilidad de distracción, poca concentración.

### **7.4. Memoria**

El paciente hace buen uso de la memoria a largo plazo aunque con dificultad en memoria a corto plazo.

### **7.5. Inteligencia**

Inteligencia normal, responde de forma hábil a las preguntas planteadas, demostrando interés en las preguntas y respuestas.

### **7.6. Pensamiento**

El paciente rige el curso del pensamiento manifestada por rapidez, inexactitud, pobreza en los procesos de percepción y análisis de información en la presencia de tareas complejas.

### **7.7. Lenguaje**

Dificultad en el desarrollo de habilidades meta fonológicas

### **7.8. Psicomotricidad**

Movimientos corporales rápidos, nerviosismo, dificultad de escritura y coordinación (presión excesiva del lápiz)

### **7.9. Sensopercepcion**

Dificultad para organización de actividades, búsqueda de sensaciones, filtro auditivo, inquietud, pesadillas.

### **7.10. Afectividad**

Estado de ánimo altos, dificultad en el sistema familiar a causa de hiperactividad y desobediencia

### **7.11. Juicio de realidad**

Interpreta su ambiente correctamente, entiende sus relaciones y extrae conclusiones correctas.

### **7.12. Conciencia de enfermedad**

Conciencia de enfermedad por el sistema familiar

### **7.13. Hechos psicotraumaticos e ideas suicidas**

El paciente no refiere hechos psicotraumaticos e ideas suicidas

## **8. Pruebas psicológicas aplicadas**

- **Test de Bender (Edad Cronológica: 4 años; CI: 81, Percentil: 10)**

-Según la escala de maduración presenta una edad equivalente a 4 años y 0 meses lo que no sería acorde a su desarrollo mental.

-En lo que refiere al CI presenta 81 en la media del grupo lo que implica que podría verse afectado en el desarrollo del aprendizaje.

-En los equivalentes emocionales el paciente presenta poca capacidad para planificar y ordenar el material, se denota también baja tolerancia a la frustración, explosividad, impulsividad, falta de control, agresividad y conducta “acting out

## **9. Matriz del cuadro psicopatológico**

<b>Función</b>	<b>Signos y síntomas</b>	<b>Síndrome</b>
Cognitivo/pensamiento	Dificultad para concentrarse, olvido y/o problema para prestar atención, dificultad en la memoria a corto plazo.	
Afectivo:	Frustración, irritabilidad, desmotivación, impulsividad, estado de ánimo alto.	Hiperactividad, Impulsividad.
Conducta social – escolar	Desobediencia, hiperactividad, dificultad para realizar tareas, dificultad para acatar normas.	
Somática	Cefaleas	

**9.1. Factores predisponentes:** Dificultad en atención e hiperactividad desde inicios del desarrollo

**9.2. Evento precipitante:** Desacuerdos familiares por comportamiento hiperactivo

**9.3. Tiempo de evolución:**

El cuadro psicopatológico del paciente se viene presentando según refiere la madre desde el primer año

## **10. Diagnóstico estructural**

Trastorno por déficit de atención e hiperactividad con presentación combinada

Código DSM-V (314.01)

Código CIE-10 (F90.2)

## **11. Pronóstico**

Favorable: Tanto el paciente como la familia se muestran interesados en el proceso que se va a realizar.

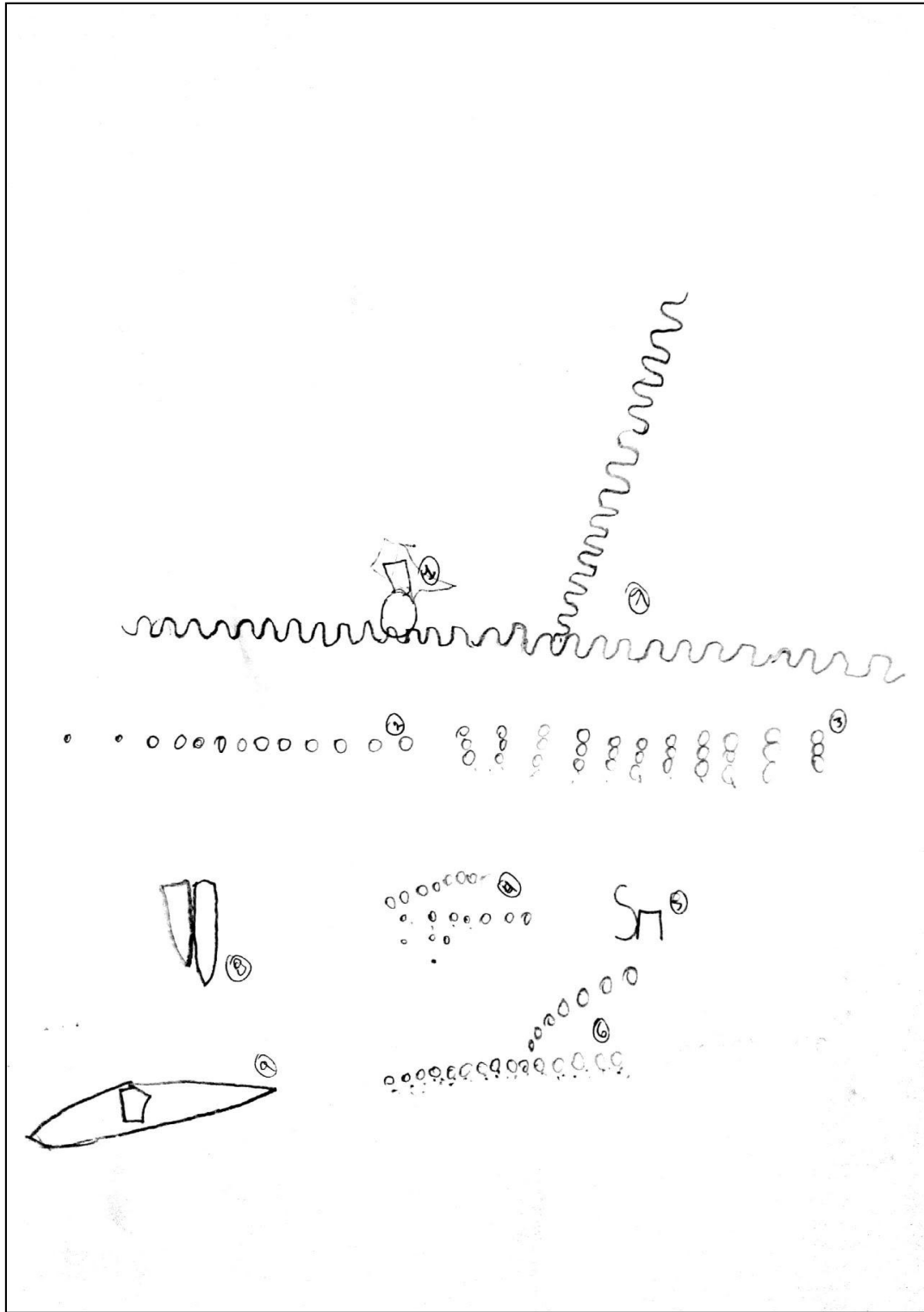
## **12. Recomendaciones**

### **-Terapia Cognitivo Conductual**

- a. Asistir a todas las sesiones solicitadas
- b. Realizar actividades tanto para el paciente como para la familia

Anexo B

Resultado del Test Psicométrico: Bender



## Anexo C

### Esquema Psicoterapéutico

Hallazgos	Meta Terapéutica	Técnica	Número de Sesiones	Fecha	Resultados Obtenidos
<b>Área Cognitiva</b> Dificultad para concentrarse, olvido y/o problema para prestar atención, dificultad en la memoria a corto plazo.	Explicación a familia sobre lo que el paciente está experimentando	-Psi coeducación	1 (Sesión 4)	14/06/2021	La familia del paciente y el paciente comprendieron los signos y síntomas del TDAH y demostraron interés en el tratamiento.
	Descubrir medios efectivos para que el paciente pueda solucionar problemas del diario vivir, además de potenciar las capacidades, como también	- Entrenamiento en autoinstrucciones	1 (Sesión 6)	21/06/2021	El paciente logró darse instrucciones a sí mismo, tales como vestirse y realizar tareas escolares.



	que el paciente sea capaz de darse a sí mismo órdenes e instrucciones.				
<b>Área afectiva</b>  Frustración, irritabilidad, desmotivación, impulsividad, estado de ánimo alto.	Que tanto el paciente como la familia del paciente sepan que el TDAH también puede afectar otra área tanto en sus emociones y sentimientos	Autor registro de sentimientos	1 (Sesión 7)	28/06/2021	Tanto el paciente como la familia del paciente reconocieron que después de regaños, A tiende a sentirse mal.
<b>Área conducta social/escolar</b>  Desobediencia, hiperactividad, dificultad para realizar tareas, dificultad para acatar normas.	Crear rutina diaria por medio de condicionamiento para que el paciente pueda controlar su comportamiento y acate normas y reglas dentro del sistema familiar.	Programación de actividades	1 (Sesión 7)	28/06/2021	Tanto el paciente como la familia empezaron a establecer rutinas que le ayudan al paciente a controlar su comportamiento diario.

<b>Área</b> <b>Somática</b> Cefaleas	Que el paciente obtenga un estado homeostático de relajación	Relajación	1	07/06/2021	El paciente empezó a obtener un estado de homeostasis
--	--	------------	---	------------	---