



Universidad Femenina del Sagrado Corazón

Facultad de Psicología y Humanidades

Escuela Profesional de Psicología

IMPACTO DEL TDAH EN LA FAMILIA A TRAVÉS DE UN CASO
CLÍNICO

Tesis presentada por:

SARA PAMELA RODRÍGUEZ BARRIOS

Para optar el Título Profesional de
Licenciada en Psicología

Asesora

Martha Alicia Lenti Cánepa

Orcid: 0002-6987-6743

Lima – Perú

2020

Los miembros del jurado han aprobado el estilo y el contenido de la tesis sustentada por:

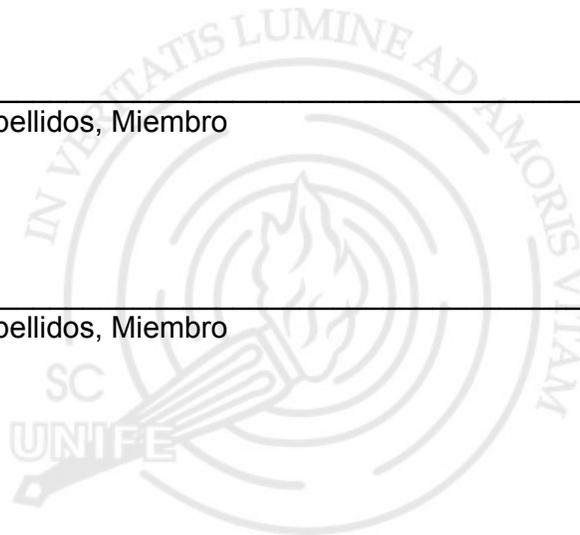
SARA PAMELA RODRÍGUEZ BARRIOS

Martha Alicia Lenti Cánepa, Asesora

Nombre(s) y Apellidos, Miembro

Nombre(s) y Apellidos, Miembro

Nombre(s) y Apellidos, Miembro



Dr. Luis Alberto Chan Bazalar
Decano Facultad de Psicología y
Humanidades



RESUMEN

El caso clínico que a continuación se presenta, es de un niño de siete años a quien en adelante se le llamará Joe, procediéndose a evaluar de forma integral para determinar si tiene el diagnóstico de TDAH (trastorno de déficit de atención e hiperactividad). Al mismo tiempo se ha revisado la bibliografía actual de este trastorno y también se muestra a través de la anamnesis, el impacto en el grupo familiar sobre esta condición. Del mismo modo se incluyen parte del plan terapéutico implementado con el evaluado y su madre, desde enero a junio del año en curso, donde se utilizaron técnicas de terapia cognitiva conductual, modificación de conducta, psicoeducación, y sesiones de terapia con enfoque Gestalt. Por otra parte, es oportuno mencionar, que mientras se ha llevado a cabo este trabajo se ha recibido la noticia sobre el establecimiento de la “Ley de Protección de las personas con Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad” (N°30956). En ella se han dispuesto acciones para sensibilizar a la sociedad y atender a las personas con este trastorno, declarándose el día 13 de julio como el Día Nacional de Sensibilización del TDAH.

Palabras clave: trastorno de déficit de atención e hiperactividad, impacto en el grupo familiar.

ABSTRACT

The following clinical case is a seven-year-old boy who will be named as Joe from now on, proceeding to a comprehensive evaluation to determine if he should be diagnosed with ADHD (attention-deficit hyperactivity disorder). At the same time, the current bibliography about this disorder has been reviewed and the impact of this condition on the family group is also shown through the anamnesis. Furthermore, part of the therapeutic plan implemented with the evaluated subject and his mother is included, from January to June of the current year, where techniques of cognitive behavioral therapy, behavior modification, psychoeducation, and therapy sessions with Gestalt approach were used. Moreover, it is appropriate to mention meanwhile this work was elaborated, the Congress of the Republic of Peru has promulgated the new "Law on Protection of People with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder" (No. 30956). This law stipulates actions in order to raise awareness on society and care for people with this disorder, declaring July 13 as National ADHD Awareness Day.

Keywords: attention-deficit hyperactivity disorder, impact on the family group.

DEDICATORIA

La presente tesis está dedicada a mi hija Andrea Robles, así como los pacientes y sus familias, de quienes aprendí mucho durante todo el año de internado. Además, quiero expresar un agradecimiento especial a mi asesora de tesis en la Universidad Femenina del Sagrado Corazón Mg. Martha Alicia Lenti Cánepa y al Lic. Luis Miguel Gonzales Güiven, por su generosidad para orientarme, compartir su conocimiento y experiencia profesional, sin quienes no hubiese podido culminar el presente estudio.



ÍNDICE

	Página
CARÁTULA.....	1
PÁGINA DE FIRMAS.....	2
RESUMEN/ABSTRACT.....	4
DEDICATORIA.....	5
INTRODUCCIÓN.....	9
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO.....	12
1.1 Aspectos generales de la entidad nosológica.....	12
1.1.1 Trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH).....	12
1.1.1.1 <i>Definición del TDAH</i>	12
1.1.2 Historia del TDAH.....	14
1.1.2.1 <i>El TDAH en nuestros días</i>	17
1.1.3 Factores de la Etiología TDAH.....	20
1.1.4 Sintomatología de niños con TDAH por edades.....	26
1.1.5 Complejidad en la crianza de un niño con TDAH.....	27
1.1.6 El Impacto en la familia de un niño con TDAH.....	30
1.1.7 La relación de los hermanos y el TDAH.....	34
1.2. Aspectos específicos del caso de la problemática del caso.....	37
1.2.1 Criterios para el diagnóstico del Trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH) bajo el DSM V de acuerdo a APA (2014).	37
1.2.2 Presentación del TDAH.....	41

	Página
1.3. Diagnósticos diferenciales	42
1.3.1. Diagnóstico perspectiva evolutiva.	42
1.3.2 Diagnóstico perspectiva médica y psicológica.	42
1.3.3 Diagnóstico perspectiva psicopatológica.....	44
1.3.4 Diagnóstico diferencial y comorbilidad.	45
1.3.4.1. <i>Diagnóstico diferencial (TDAH secundario)</i>	45
1.3.4.2. <i>Diagnóstico diferencial TDAH secundario o comórbido</i>	46
1.3.4.3. <i>Diagnóstico diferencial TDAH primario</i>	46
1.4 Modelos terapéuticos aplicables al diagnóstico	47
1.4.1 Terapia farmacológica.	47
1.4.2 Terapia cognitivo – conductual.....	48
1.4.3.Terapia emocional.....	49
1.4.4. Terapia Familiar.....	52
1.4.5 Terapia de aprendizaje.....	54
1.4.6 Intervención psicopedagógica.....	55
CAPÍTULO II: MÉTODO	57
2.1. Anamnesis	57
2.1.1 Información general.....	57
2.1.2 Informantes.....	57
2.1.3 Problema actual.....	59
2.1.3.1 <i>Motivo de consulta</i>	59

	Página
2.1.4 Historia familiar	61
2.1.4.1. <i>Antecedentes por la línea parental paterna.</i>	61
2.1.4.2. <i>Antecedentes por la línea parental materna.</i>	62
2.1.5 Historia personal	63
2.1.6 Historia escolar	69
2.1.7 Dinámica familiar	70
2.2. Diagnóstico psicológico	76
2.2.1 Pruebas aplicadas	76
2.2.2 Resultados de cada prueba	77
CAPÍTULO III: RESULTADOS	87
3.1. Informe Psicológico Integral	87
3.2 Presunción diagnóstica	93
3.3. Presunción pronóstica	94
3.4. Seguimiento terapéutico	94
3.5. Recomendaciones	94
3.6 Plan terapéutico viable	96
CONCLUSIONES	102
REFERENCIAS	107
ANEXOS	111

INTRODUCCIÓN

La historia del trastorno de déficit de atención e hiperactividad comúnmente llamado TDAH, tiene más de cien años de antigüedad y hasta el día de hoy, su estudio ha tenido una gran cantidad de variantes. Las voces antiguas decían que estos niños desatentos y sobre activos poseían un defecto mórbido de control moral, posteriormente debido a que los investigadores no pudieron comprobar una lesión la denominaron lesión cerebral mínima, y en nuestros días el TDAH, es considerado un trastorno del neurodesarrollo, que tiene como síntoma principal la desatención.

Al mismo tiempo, revisando el material bibliográfico podemos observar que, dentro de la investigación del TDAH, han existido y perduran algunas polémicas con respecto, por ejemplo: a los factores para que un niño pueda desarrollarlo, el cuestionamiento de la real existencia del trastorno, la posible existencia de intereses de la industria farmacéutica detrás del diagnóstico, entre otros. Lamentablemente el TDAH, es la patología diagnóstica más frecuente en la atención de niños y adolescentes y su prevalencia sobre encuestas realizadas de acuerdo a DSM-5, indican que afecta a 5% de niños y 2.5 % de los adultos a nivel mundial. En el Perú dentro de la Plataforma Digital Única del Estado Peruano (2019), se menciona que la prevalencia del TDAH, para el año 2007 era de 9.5 % esto de acuerdo a un estudio realizado por el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi, siendo estos los datos publicados más recientes que se han podido obtener hasta el momento del presente estudio.

También pude observar las estadísticas de atenciones de niños y adolescentes en el Hospital Víctor Larco Herrera (2019), verificando con

asombro que los nuevos pacientes con este diagnóstico, representan poco más del 20% sobre el total de atenciones, esto sólo hasta marzo del 2019.

A pesar de todo, dentro de este panorama tenemos una buena noticia que anuncia la Plataforma digital única del Estado Peruano (2019), a inicios de junio de este año, se ha establecido la “Ley de Protección de las personas con Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad” (N°30956). En ella se establece disposiciones para sensibilizar a la sociedad y atender a las personas con este trastorno. De igual forma declara el día 13 de julio de cada año, como el Día Nacional de Sensibilización sobre el Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH).

Durante el año que hicimos las prácticas profesionales, hemos sido testigo de la llegada de muchos niños a consulta derivados por el colegio, debido que a los maestros les es muy complicado el manejo de alumnos con esta condición. También he podido observar la angustia de los padres porque no saben cómo enfrentar la situación y que más hacer para que la sintomatología de sus hijos mejore. De la misma manera, constaté que existe una gran desinformación sobre el TDAH, que las familias no tienen consciencia del rol que les toca asumir cuando uno de sus integrantes tiene el diagnóstico y que en algunas oportunidades los padres tampoco son muy conscientes, que un porcentaje de responsabilidad por las conductas inadecuadas de sus hijos recae en ellos.

Para culminar, se ha de mencionar que no ha sido abarcado suficientemente el conocimiento total sobre el TDAH, quedando aspectos vacíos que todavía hay por descubrir, mi propósito a través de este trabajo es revisar la bibliografía actual respecto al tema y sobre todo mostrar cómo pueden impactar

mutuamente el TDAH y la familia, a través de un caso clínico de un niño de siete años a quien llamaré Joe.



CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

1.1 Aspectos generales de la entidad nosológica

1.1.1 Trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH).

1.1.1.1 Definición del TDAH.

Isorna (2015), describe al trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), como un síndrome conductual con base neurobiológica. Se define, de acuerdo a los criterios diagnósticos DSM-5, por la presencia continua de diversos síntomas de déficit de atención y/o hiperactividad, que deben mantenerse mínimamente medio año.

Este mismo autor manifiesta que el diagnóstico debe suponer no sólo la existencia de los síntomas (ubicados con la ayuda de los ítems estandarizados en el DSM-5 o del CIE-10), sino también, y como desencadenante de este trastorno, se presenta una perturbación o impacto significativo en áreas importantes en la vida del paciente, como: en el contexto familiar, académico, laboral y/o recreativo. Además, afirma que el trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), viene a ser un problema neuropsiquiátrico, en donde existe fundamentalmente a nivel biológico una excesiva recaptación del neurotransmisor dopamina a nivel sináptico, siendo su causa hereditaria en la gran mayoría de los casos. Por otra parte, revela que pruebas de resonancia magnética evidencian que el volumen de la corteza cerebral y de los núcleos cerebelosos, presentan un retraso en la maduración en niños que poseen este trastorno.

Filomeno y otros (2008), hace referencia a un estudio genético, el cual le fue realizado a un grupo étnico de origen español en el interior de Colombia,

donde se llegó a ubicar el gen que recibe la dopamina (DRD4), el gen transportador de la dopamina (DAT) y el gen de latrofilina, este último fue detectado en el grupo étnico en mención el cual sería el que afecta con mayor frecuencia a pacientes con TDAH en el mundo.

Pascual-Castroviejo (2008), señala que la mayoría de los casos se heredan a través de genes y cromosomas dominantes por parte de ambos padres. Aparte de los pacientes que tienen el trastorno por sucesión, se encuentran aquellos que lo adquieren. Sin embargo las dos vías de origen tienen la misma base bioquímica de génesis. En las últimas décadas y con el avance de los tratamientos de fertilidad se está observando un importante aumento de cifras de diagnósticos de niños con TDAH, primordialmente por el gran número de bebés nacidos anticipadamente y con bajo peso, que provienen primordialmente de partos múltiples y que logran sobrevivir gracias a cuidados neonatales intensivos y especializados. En estos pequeños se puede detectar en algunos casos que predominan secuelas de inquietud, desatención e impulsividad. En infantes que han sido adoptados, el origen del trastorno puede ser combinado, es decir hay tanto un origen genético o adquirido, existiendo además el riesgo de heredar patologías comórbidas tales como: agresividad, conflictos interreaccionales, propensión a ingerir alcohol, drogas, entre otras.

En cuanto al diagnóstico, hasta la actualidad no existen pruebas médicas, bioquímicas, genéticas, neurofisiológicas, neuropsicológicas, ni de neuroimagen, que detecten el TDAH, ya que se realiza exclusivamente en base a criterios clínicos, estando de acuerdo en este aspecto la mayoría de autores revisados.

El procedimiento para el diagnóstico de acuerdo a Bastardas, Ortiz, Sánchez & Sabaté (2015), consiste en el recojo de información por parte del especialista, teniendo como herramienta principal el relevamiento de datos clínicos (entrevista): con los progenitores, profesores, el niño y otras personas a su cuidado; como los abuelos que se quedan a cargo de los niños cuando ambos padres laboran. Para el clínico es muy importante contar con la mayor cantidad de fuentes de información, ya que esto facilitará que pueda tener las herramientas necesarias que le posibiliten el realizar un diagnóstico con precisión.

Filomeno y otros (2008), recomiendan - en caso se requiera - ampliar los estudios con una evaluación psiquiátrica, especialmente cuando se sospeche que el paciente tenga trastorno bipolar. Las evaluaciones neurológicas no suelen ser necesarias, más si se requieren cuando se presentan epilepsias de corta duración, que puedan confundirse con desatención o por la presencia de fuertes dolores de cabeza, sin que exista una historia familiar de migraña de por medio. Sólo así, sería necesario realizar de forma excepcional un electroencefalograma o resonancia magnética, para realizar un descarte que ayude a confirmar el diagnóstico.

1.1.2 Historia del TDAH.

De acuerdo a Ubieta (2015), la primera referencia se presenta en el año 1865, en un artículo denominado “De Strewwuelpeter”, donde el médico de origen alemán Heinrich Hoffman se refiere a un niño extremadamente activo y que no obedecía orden alguna. Posteriormente en 1902, Still y Tredgol realizaron las primeras descripciones del trastorno, agrupando los síntomas, bajo la denominación inicial de síndrome de lesión cerebral, en la cual se describe una

hiperactividad importante presente en un conjunto de niños en el inicio de la etapa escolar. Llama la atención que a pesar de que en ese momento no se pudo establecer una asociación entre hiperactividad y lesión cerebral, la atribución de que los síntomas observados eran causados por una lesión cerebral se mantuvo por varios años. Posteriormente siendo 1926, Smith planteó cambiar el término lesión cerebral por lesión cerebral mínima.

Más adelante afirma Saiz (2018), después de los años de 1950, la psiquiatría muestra un marcado cambio, que se evidencia con el surgimiento de los manuales de catalogación de los trastornos de la mente, hasta ahora vigentes. Por su parte la Asociación Americana de Psiquiatría publica el Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM) y la Organización Mundial de la Salud a su vez publica la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE). A través de los años ambos manuales han experimentado cambios importantes en sus distintas versiones, esto primordialmente para ampliar su patogenia, sin embargo, como consecuencia de dichas modificaciones existe desconfianza desde algunos puntos de vista, por cuanto se cuestiona su eficacia y los trastornos o patologías que abordan.

Saiz (2018), también realiza la recopilación de las principales modificaciones en los manuales DSM y CIE desde el inicio de su publicación:

- En el año 1952 en DSM-I, ya se tienen consignados más de cien diagnósticos y no se nombra al TDAH.
- Siendo 1968, la versión II del mismo manual presenta la respuesta *hipercinética* de la infancia y algo semejante refiere el CIE-8, describiéndolo como un trastorno del niño o niña, que mengua en cuanto madura y se vuelve adolescente.

- En 1980 se edita el DSM-III, éste pone énfasis en la falta de atención y si el niño cuenta o no con hiperactividad, contrario al CIE-9 le dá mayor prioridad a la hiperactividad. Además, por primera vez se establece que el inicio de los síntomas debe ser cuando el niño tiene menos de siete años y se excluyen otro tipo de diagnósticos.
- Siendo 1987 en DSM-III, se le otorga el nombre de trastorno de TDAH, unificándose dos tipos: uno donde se muestra hiperactividad y otro que no cuenta con ella.
- En el lapso de los años 1994 y 2012, DSM-IV y DSM-IV-TR, contienen más de 350 tipos de diagnósticos. Y, el TDAH, que ya tenía dos tipos pasa a subdividirse en tres: combinado, hiperactivo-impulsivo e inatento. En contraparte la CIE-10, contemplaba síntomas semejantes, pero exigía como requisito un determinado número de síntomas dentro de las tres dimensiones y que se cumplieran en dos contextos mínimamente. En oposición el DSM sólo pedía cumplimiento de síntomas en una dimensión y ciertas alteraciones dentro de dos espacios donde se desarrolle el niño. Además, la CIE consideraba los trastornos de ánimo, de ansiedad y desarrollo como diagnósticos que no debían ser incluidos. DSM, en ese sentido si permitió la valoración de una comorbilidad.
- Llegado el año 2013, se edita la última versión DSM-5, con cambios que de alguna manera ayudan a la dispersión del trastorno. Un ejemplo de ello, es que reduce de seis a cinco la cantidad de síntomas requeridos, en niños de dieciseis años por dimensión. Y, por el contrario la edad permitida para constatar el año de inicio de los síntomas, es

elevada de siete a doce respectivamente. Adicionalmente el autismo es aceptado como una comorbilidad y es en esta versión donde se empieza a considerar el TDAH, dentro de los trastornos del neurodesarrollo que conocemos hasta la actualidad.

1.1.2.1 El TDAH en nuestros días.

En junio de 2018, fue lanzada la tan ansiada CIE-11 (Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud), la desatención, la hiperactividad y la impulsividad se mantienen como síntomas principales en el TDAH.

Por medio de la página de OMS (2018), nos informamos que la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2019 presentó la CIE-11 para su afiliación por todos los países miembros, sin embargo, este manual, recién entrará en uso a partir del primero de enero de 2022.

Aunque para la llegada de la CIE-11, todavía tendremos que esperar un poco más, hasta que se encuentre vigente en nuestro país, como en otros lugares del mundo, vamos a mencionar los criterios más representativos del diagnóstico TDAH, en esta nueva versión, los cuales han sido recogidos por Orellana (2017), el autor también menciona las diferencias o similitudes con el DSM-5:

Inatención y Déficit de atención

- a) Inconvenientes para tomar atención en actividades que no le proporcionan un alto grado de estimulación o refuerzo rápido y que necesitan poner un enfoque mental sostenido, bajo nivel de atención y minuciosidad a detalles, cometen falencias o errores por distracción en las labores escolares, no terminan lo que se le encomienda.

- b) Se distraen fácilmente por estímulos o pensamientos que no se relacionan con la tarea; parece que no escuchan cuando se le habla de forma directa; mayormente se les percibe como soñando o divagando mentalmente.
- c) Extravían útiles, olvidan realizar diariamente las tareas, se les dificultan recordar el paso a paso a seguir para terminar una labor; tienen inconvenientes para planificar y organizar sus labores escolares, trabajos, tareas propias o encomendadas.
- d) La desatención puede dejar de verse cuando la persona está entusiasmada por actividades que sí le proporciona una fuerte estimulación y refuerzos continuos.

Como lo hace notar Orellana (2017), existe semejanza en cómo se conceptualiza y se otorgan cualidades al TDAH entre CIE-11 y DSM-5, esto resulta beneficioso, ya que ayudará a mejorar y entender los términos y definiciones, lo cual no facilitan únicamente la tarea del clínico, sino que redundará en un diagnóstico más acertado para el paciente.

Algo para resaltar es que en el CIE-11, se incorporan criterios que son aplicables por separados para los adolescentes y para los adultos, esto resulta novedoso ya que no se había tenido en cuenta anteriormente y contribuirá para poder esclarecer el conocimiento de síntomas propios del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad de acuerdo a las diferentes etapas de vida del paciente.

Hiperactividad e impulsividad

- a) Excesiva actividad motora, se levantan de su asiento cuando no corresponde que lo hagan (ejemplo: salón de clases o mientras come); se les ve corriendo usualmente; inconveniente para poder estar sentado sin

ponerse ansioso (en varones) o se les observa con inquietud física; no se sienten cómodos en situaciones en las que deben permanecer quieto (primordialmente adolescentes y adultos).

- b) Inconvenientes para participar y comprometerse en actividades que ameriten estar enfocados, siempre se le observa hablando.
- c) Son acelerados para ofrecer respuestas o referirse a algún tema, tienen inconvenientes para hacer uso de su turno en una conversación, cuando juegan con otros niños y en diferentes actividades; tienden a interrumpir o se inmiscuyen en las conversaciones de otras personas o juegos de los demás.
- d) No miden sus respuestas, lo hacen inmediatamente sin realizar pausa, sin reflexionar o prever las consecuencias o riesgos, esto se puede apreciar cuando participan en actividades avezadas, tienen reacciones impulsivas o cuando realizan conductas temerarias.

De acuerdo con los criterios propuestos por el CIE-11 el TDAH, puede tener las siguientes formas de presentación:

- a) El que tiene un predominio de inatención.
- b) El que cuenta con un predominio de hiperactividad e impulsividad.
- c) Donde se presenta una combinación de los síntomas y signos.

Para Orellana (2017), el DSM-5 y el CIE-11, en su nueva edición nos presenta una cierta homogenización en la caracterización sintomática del diagnóstico del TDAH. Sin embargo, CIE-11 profundiza un poco más y nos ofrece las características del TDAH aplicables para realizar la observación clínica, del mismo modo plantea un tema que no se había tenido en cuenta hasta el momento: las fronteras de la “normalidad” en comparación con otros

diagnósticos. También desarrolla el tránsito evolutivo, incorporando las variaciones en las diferentes etapas de acuerdo a la edad. Además, toma en cuenta las diferencias del trastorno de acuerdo al género. Es así, que con esta nueva emisión del manual se presenta una visión más amplia, entendiéndose que es el resultado de una vasta deliberación.

Siguiendo a Fernández-Jaén y otros (2017), ellos afirman que CIE-10 y CIE-11, siguen siendo un conglomerado de síntomas de forma descriptiva, dentro de la cual la inatención y el exceso de actividad deben superar lo previsible, dentro del rango de edad y el C.I del niño. En cuanto al DSM-5 refieren que continúa con el enfoque categórico y definido por un número de síntomas para el TDAH y no obstante se encuentra en la categoría de trastornos del neurodesarrollo, son necesarios un número de síntomas, teniendo cada uno de ellos importancia para el diagnóstico. En opinión de los autores esta circunstancia, así como otros trastornos del neurodesarrollo, se explican de mejor forma a partir de una aproximación dimensional, que categórica (o al menos combinando ambos modelos). Por lo tanto, para ellos, el TDAH, constituiría el extremo de una distribución continua de los síntomas y de las alteraciones genéticas, neurobiológicas y neuropsicológicas relacionadas.

1.1.3 Factores de la Etiología TDAH.

Desde el punto de vista de Soutullo & Hidalgo (2014), la causa raíz no ha sido hallada hasta el momento, más pareciera claro que el TDAH es un trastorno que deviene por diversos factores y que tiene una base neurobiológica, a lo que se suma una propensión hereditaria que se relaciona con factores del ambiente. Las suposiciones científicas sobre su origen abarcan diversas áreas: genética,

genética de la conducta, biología por adquisición, la neuroanatomía, bioquímica cerebral, neurofisiología y el entorno psicosocial.

a). Genética Conductual

A través de muestras en familias de pacientes con TDAH, Soutullo & Hidalgo (2014), manifiestan que se ha ubicado que existe mayor índice de prevalencia de enfermedades psiquiátricas como: ansiedad, depresión, trastorno antisocial, adicción a las drogas y consumo de alcohol, en el ámbito familiar de estos pacientes.

b). Genéticos

Herreros & Sanchez (2005), indican que mediante muestras clínicas se puso en evidencia el componente hereditario, encontrando que entre los progenitores de pacientes con TDAH existe una mayor probabilidad de riesgo relativo que va de dos a ocho veces más, que al de la población estándar de sufrir el trastorno ellos mismos. De acuerdo a los autores la probabilidad calculada para que un niño tenga el trastorno -si uno de sus progenitores lo tiene- supera el 50%.

c). Factores biológicos adquiridos

De la misma manera, Soutullo & Hidalgo (2014), sostienen que el TDAH, se puede contraer, variar y reacomodar en circunstancias biológicas durante el embarazo o posteriormente a él, como consecuencia de consumo de bebidas alcohólicas, cigarro y fármacos como los ansiolíticos y antiepilépticos por parte de la madre. Otros factores de riesgo son: nacimiento de forma prematura o tener bajo peso al momento de nacer, traumatismo encefalocraneano que dañe el córtex prefrontal, sufrimiento respiratorio (con ausencia casi completa de

oxígeno), la hipoglucemia o la exposición a plomo cuando los niños son muy pequeños.

d). Factores neuroanatómicos

Herrero & Sánchez (2005), manifiestan que se ha encontrado un daño en las funciones ejecutivas en los niños que tienen TDAH, a través del modelo de déficit cognitivos y alteraciones conductuales, el mismo que sería semejante a la que se evidencia en adultos cuando tienen un daño en el córtex pre frontal o en las regiones asociadas funcionalmente con esta.

e). Factores neuroquímicos

Soutullo & Hidalgo (2014), ponen énfasis en que los neurotransmisores de mayor repercusión en la fisiopatología del trastorno y donde se direcciona la intervención farmacológica en el TDAH, es en la dopamina y noradrenalina. Debido a que ambos están involucrados en el proceso de atención y la dopamina participa específicamente regulando la función motora. Se ha podido apreciar un daño en las áreas que contienen gran cantidad de dopamina (función ejecutiva) y en las zonas abundantes en noradrenalina (flexibilidad cognitiva).

f). Factores neurofisiológicos

Existen estudios científicos que advierten que los pacientes con TDAH, poseerían modificaciones dentro de su actividad cerebral algunas de ellas serían: acortamiento del metabolismo y la corriente sanguínea en el lóbulo frontal, córtex parietal, cerebelo y striatum, crecimiento de la actividad eléctrica en la córtex sensomotora y del torrente sanguíneo, déficit en la focalización neuronal y activación de otras redes neuronales.

g). Factores psicosociales

Herreros & Sánchez (2005), sostienen que dentro de los estudios que se han elaborado en familias con un hijo con TDAH, se ha podido observar que en algunos casos los padres manejan un estilo de crianza más intrusivo, dominante y juzgador, que los que usan los padres más asertivos. Los controles parentales sanos, mejorarían notablemente el efecto de los medicamentos. Adicionalmente, en los estudios realizados a pacientes, se ha notado que las conductas de oposición e hiperactividad, se mantienen a través del curso del trastorno debido a gran parte por el uso excesivo de críticas, órdenes, intromisión y en consecuencia de la adopción de un estilo parental sumamente dominante y controlador. Además, el estilo parental mencionado anteriormente contribuye al advenimiento de trastornos comórbidos al TDAH.

Soutullo & Hidalgo (2014), plantean que los factores psicosociales podrían influenciar y moldear los síntomas del TDAH. Además, se pueden intensificar cuando interactúan con la genética y el contexto social, también hay que tener en cuenta que el impacto de las circunstancias ambientales puede tener una reacción diferente de persona a persona, ya que cada una de ellas tiene una genética específica. Las variables psicosociales son: problemas familiares, inconvenientes para interrelacionarse, enfermedades psiquiátricas de los progenitores, estilo parental y método de crianza incorrecto, relaciones inadecuadas entre progenitores e hijos. También se contempla a niños que viven dentro de instituciones y que cuentan con ruptura de vínculos, así como los que tienen la condición de adoptados y con un inferior nivel socioeconómico. Hay que tener en cuenta que no está comprobado, que el nivel económico sea una causa que influya en la aparición del trastorno, más se sugiere que este se mezclaría

con circunstancias prenatales y perinatales, que proporcionarían las condiciones.

Aguirre, Abufhele & Aguirre (2016), resumen los resultados de algunos estudios en cuanto a los efectos del estrés tóxico prenatal y hacen referencia que, dentro de su evolución, estos niños podrían tener problemas en el desarrollo del lenguaje, mayor incidencia de problemas socioemocionales y problemas conductuales que incluyen el TDAH y trastornos de conducta. De la misma manera refieren que el estrés tóxico prenatal también ha sido materia de estudio, en correlación con la ansiedad o la depresión materna prenatal, refiriendo que se ha observado por ejemplo que la ansiedad y la depresión que reportan las progenitoras cuando están embarazadas impactaría de gran manera en el desarrollo del niño. Por lo tanto, para los investigadores significa aun un desafío el poder ubicar el efecto de los trastornos padecidos por la madre en el hijo.

Adicionalmente, este autor recopila de otros estudios que los factores de riesgo y determinantes sociales asociados con la aparición de estrés tóxico, depresión y ansiedad en el embarazo serían: tener un historial de depresión, tener historial de violencia doméstica o abuso, bajo nivel educacional y pobreza, mala relación de pareja, embarazo no deseado, eventos traumáticos, malas relaciones con los padres, entre otros.

Di Bartolo (2016), describe el desarrollo de un niño comparándolo a un tapiz que se va tejiendo con hilos de diverso color, grosor y forma. Estos hilos vienen a ser lo constitucional, lo individual, las características personales de los padres, la dinámica relacional, el clima familiar, los factores sociales y la cultura, quienes juntos conforman este tapiz. Los hilos a su vez vienen a ser factores internos, externos y relacionales. Adicionalmente muchos de los factores que han

demostrado ser de riesgo para la salud mental en la infancia, como el desempleo, la pobreza, la familia numerosa, cobran sentido y se convierten en un riesgo para el niño no en forma directa, sino a través de la relación con sus padres. Por lo contrario nos dice Di Bartolo (2016), los factores individuales del pequeño tales como: un nacimiento anticipado, una enfermedad congénita, quedan contenidos y moderados de acuerdo a la relación que los padres logran establecer con el niño.

Teniendo como base de su análisis la teoría del apego, Di Bartolo (2016), se cuestiona ¿de qué manera puede una representación segura de apego puede funcionar como un factor protector de la salud mental? Y, nos propone como respuesta: que aunque los patrones de apego no son equivalentes a salud mental o psicopatología, se encargan de aspectos centrales de la representación de uno mismo y del otro, siendo básicos en los procesos de psicopatología y salud. Las representaciones de apego guían la manera en que una persona -en todas las edades- se comportarán en el presente y futuro, con las personas significativas de su vida, y contienen una estrategia para enfrentar las situaciones y regular las emociones. Cuando un niño está expuesto a situaciones negativas, la cualidad de las representaciones es especialmente importante.

Entonces como conclusión para Di Bartolo (2016), el apego seguro es un factor de protección primordial para la evolución emocional y psicológica del niño. La consecuencia positiva de apego seguro sería que los niños cuyas representaciones de apego son seguras, se ven a sí mismo como valiosos y a los otros como disponibles para ellos. Estos niños confían en su capacidad para usar los recursos que precisan y son capaces de buscar y recibir ayuda. Esperan

que los demás den respuestas adecuadas a sus necesidades y sienten que son merecedores de respuestas.

Por su parte Cohen (2015), sostiene que es fundamental, una y otra vez, no perder de vista que el síntoma “incluye siempre al sujeto y al otro, porque el riesgo de perder esta perspectiva atañe, en la salud mental infantojuvenil, al futuro del niño”.

1.1.4 Sintomatología de niños con TDAH por edades.

Si bien existen conductas específicas y desarrollo de la sintomatología del trastorno en las distintas fases dentro de la niñez, adolescencia y adultez, nos remitiremos a describir las características presentadas en la edad del caso estudiado.

Niños en nivel escolar (6-12 años)

Servera (2012), refiere que es en esta etapa donde primordialmente se realizan los diagnósticos de TDAH, siendo los profesores los que reportan los primeros signos de alarma para que un niño sea llevado a consulta, debido a que observan una afectación en la conducta y en la atención del alumno dentro del contexto escolar. El encuentro con el diagnóstico en esta fase inicial, genera un alto estrés en el contexto familiar, manteniéndose en subida constante. Es en esta fase donde habitualmente comienzan a hacerse muy evidentes los problemas para poner atención, controlar la impulsividad, dificultades para poder aprender y también para poder interactuar socialmente. Los profesores comienzan a verse afectados debido a las conductas y el desempeño del alumno dentro del aula. Los padres bregan continuamente, para que el paciente cumpla con las rutinas y mantenga un orden diario en casa, así como para vigilarlos cuando se ausentan del hogar. A medida que el niño crece los síntomas

disminuyen, de igual forma se observa mayor progreso para cumplir órdenes. Por otra parte, una cantidad importante de pacientes con TDAH, muestran desde los primeros años inconvenientes para aprender a hablar, inconvenientes para poder leer lo que incluye comprender y decodificar, como consecuencia se observan que también tienen problemas de escritura. Los pacientes de forma habitual suelen olvidar realizar los deberes o llevar materiales esenciales para que puedan trabajar en clase, el maestro se queja porque el alumno tiene conductas disruptivas mientras él explica las materias y tiene dificultades para relacionarse con los compañeros de salón, todo lo mencionado impacta evidentemente en su desempeño escolar. Los autores consideran que, si existen problemas graves de conducta e inclusive hechos antisociales, puede entenderse y significar que el pronóstico del paciente es desfavorable.

1.1.5 Complejidad en la crianza de un niño con TDAH.

Grau (2007), realiza un análisis sobre lo complicado que puede ser el proceso de crianza de un paciente con TDAH, y en paralelo expone que el curso evolutivo de un niño se produce por medio de la relación entre las manifestaciones de su contexto social y sus características personales. Por otra parte, los contextos en que evoluciona una persona puede hacer que propicie el aumento, mantenimiento o se rebaje el riesgo a que desarrolle un trastorno. Por lo tanto, las condiciones del medio ambiente tendrían que valorarse, ya que pueden ser variables de riesgo o de protección. El contexto ambiental entonces acondicionaría el trastorno, mas no sería un factor de origen del mismo.

De la misma manera el autor mencionado anteriormente, realiza una comparación entre el enfoque de la psicopatología del desarrollo en la persona con la teoría ecológica desarrollada por Bronfenbrenner (1979), dentro de la cual

el entorno familiar, siendo lo más próximo que tiene el niño, resultaría siendo la variable primordial en el proceso evolutivo infantil, teniendo como principal tarea el mediar en el contexto social y educativo, donde se desarrolla el paciente. El ambiente del cual es parte el niño dentro de sus primeros años de vida es la familia, siendo esta donde recibe, aprende y se le alecciona, sobre los modelos sociales aceptados permitiéndole saber si es adecuado realizar o no una actividad. Es necesario que los niños desde pequeños sepan de la importancia e impacto que tienen sus acciones sobre los demás y sobre él mismo. En cada grupo familiar existe el uso del lenguaje propio, una manera particular de relacionarse, también una forma para manifestar sentimientos, así como el asumir y cumplir roles, aceptar funciones y de manejar situaciones de conflicto. Una familia al igual que un individuo, se constituirá única y funcionalmente siempre será diferente a las demás.

Presentación, Pinto, Meliá & Miranda (2009), sostienen que las conductas de los niños con el trastorno, sumado al estrés con que cuentan los progenitores para la crianza, influyen de forma significativa en la manera como se imparte la disciplina en casa. Se ha observado que cuando los padres aplican procedimientos de disciplina donde el objetivo es imponerse sobre los niños, se debe a los rasgos y características personales de los progenitores que se suman a las de sus hijos, esto supone ser el origen de una tensión continua en el ejercicio de la paternidad. Análisis experimentales han demostrado que los padres que tienen hijos con TDAH, no manejan una forma de disciplinar adecuada, siendo sus estrategias violentas y tiranas. Revisando a profundidad la comunicación entre progenitores e hijos, se ha podido apreciar que los padres de pacientes con TDAH, utilizan un tono de voz más adusto y deslizan más

apreciaciones negativas por las conductas de sus hijos, se observa también que sus requerimientos son muy estrictos y que no explican las razones de sus demandas.

Estos mismos autores precisan, que la consecuencia principal que existe entre el uso de una disciplina incorrecta y el estrés que de por sí produce educar a un hijo con TDAH, dentro de una familia, es que agudizan la gravedad de los síntomas y originarían el desarrollo de otros trastornos de conducta. Es inevitable que tener un hijo con TDAH, provoque en algunos padres un elevado nivel de manifestaciones o expresiones negativas de sus emociones como: comentarios críticos, agresividad o sobre implicación de emociones, los mismos que se vincularían con problemas de conductas y mayores conflictos en el paciente, cuando le toca atravesar la adolescencia.

Además, Presentación, Pinto, Meliá & Miranda (2009), ratifican que dentro de los estudios que se han realizado existe un gran interés por analizar la asociación de tres variables: rol familiar, TDAH y problemas de conducta; debido que a través de seguimiento de casos esta tríada cobraría un valor predictivo en la aparición y evolución de conductas adictivas y delincuenciales. Los estudios reflejan que las madres con hijos con TDAH y problemas de conducta, hacen comentarios despreciativos sobre ellos y son menos afectivas que las madres de los niños que tienen TDAH, únicamente. De la misma forma, refiere que de acuerdo al modelo de Patterson (1982), es coherente la asociación de un estilo parental restrictivo en la relación de padres e hijos, con la aparición y el sostenimiento de problemas conductuales. Sin embargo, en este contexto no se puede obviar la cuarta variable la cual sería el estrés, valorando su participación en un sentido amplio, ejerciendo un rol mediador considerable.

En cuanto a la actitud o disposición de los progenitores de pacientes de TDAH, Fernández (2018), manifiesta que las madres son las que principalmente acompañan a los hijos a la consulta. Ellas demuestran más sensibilidad ante las dificultades de su hijos y son las que continuamente se encargan de realizar el seguimiento de la situación escolar y del día a día del niño. Con esto no se niega que existan casos, donde los padres acaben jugando un papel tan o más importante que el de las madres, a la hora de involucrarse en el problema de sus hijos. Sin embargo, se puede apreciar que la mayoría de veces, la actitud de los padres es menos receptiva a la hora de reconocer la existencia de un problema, un diagnóstico y la necesidad de un tratamiento. En el caso de las madres si bien existe mayor disposición, son las que tienen mayor resistencia al inicio de una intervención farmacológica.

1.1.6 El Impacto en la familia de un niño con TDAH.

Para Fernández (2018), el TDAH, llega cargado de elevados niveles de estrés y conflictividad familiar, esto se debe entre otros factores al sobre esfuerzo constante que los diferentes miembros de la familia (padres, pareja, hermanos, abuelos entre otros), deben hacer para compensar las dificultades, problemas y conflictos generados en el día a día. A esto se añade a las dificultades que de por sí, ya presenta el propio afectado para mantener unas relaciones estables en muchos casos.

De acuerdo con la Federación Española de Asociaciones de Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad FEAADAH (2019), algunas de las etapas que viven los padres al saber que sus hijos tienen TDAH, son:

- **Desconcierto:** primordialmente se presenta en casos de niños pequeños donde las manifestaciones del trastorno se pueden controlar en el

contexto de la familia. Es por este motivo que los progenitores no pueden concebir que su hijo pueda tener inconvenientes en la escuela.

- **Negación:** se manifiesta por el miedo a que su hijo sea rechazado por las personas de su entorno como: amigos, familiares y profesores. En estos casos, negar los síntomas de TDAH, no protege al niño del rechazo social, solo le impedirá recibir la ayuda necesaria. Es muy común para los progenitores el pensar: *“esto no le puede estar pasando a mi hijo, y a mi familia”*.
- **Enojo:** puede relacionarse a la frustración, debido a la idea equivocada de los progenitores de que su hijo puede sobreponerse al problema si se esfuerza lo necesario. También existe una cólera de los padres hacia ellos mismos, porque sienten que le han fallado al niño.
- **Culpa:** cuando el clínico realiza un diagnóstico o realiza psicoeducación es probable que esta pregunta emerja: *“¿Es por mi culpa que mi hijo tiene este trastorno?”*. Posteriormente, surgen dudas de los padres, sobre cualquier hecho que haya podido producir el TDAH, en su hijo (descuidos durante el embarazo, problemas emocionales en la etapa prenatal como en el caso que relataremos, la educación que le han proporcionado al niño o posibles traumatismos que haya podido sufrir siendo pequeño, entre otros).
- **Miedo:** cuando los padres reciben el diagnóstico, en su mayoría la noticia les produce pavor, porque no conocen lo que es el TDAH y en algunas oportunidades pueden paralizarse y no saber qué hacer. También aparece el temor por el rechazo social y hasta la idea de que ellos mismos puedan sufrir de TDAH, de igual forma comienzan las dudas si el niño

podrá relacionarse, si en el futuro tendrá una vida “normal” y formar una familia, si logrará seguir una carrera y si llegará a lograr autonomía.

- **Rechazo:** esta emoción la pueden dirigir hacia el hijo, los especialistas o diferentes integrantes del grupo familiar. La sorpresa con que los agarra el diagnóstico puede hacer que, a la mayoría de los progenitores, se les dificulte entender que su hijo, es un ser humano con potencial y capacidades, para poder desarrollarse plenamente.
- **Desilusión:** para muchos padres es duro tener que aceptar que su hijo no sea perfecto, porque depositan todas sus expectativas en él. Cuando los progenitores tengan este sentimiento deben tener mucho cuidado para enfrentarlos adecuadamente, ya que esto puede hacer que rechacen al niño y que empiecen a realizarle demandas que él no podrá cumplir y sólo le generará resentimiento y agresividad.
- **Alivio:** en muchas ocasiones los progenitores pueden experimentar alivio al recibir el diagnóstico. Saber que el TDAH, tiene un origen hereditario, hace que se sientan con menor culpabilidad y los sentimientos de incompetencia disminuyan, ya que inicialmente lo asocian a la educación brindada a su hijo. Además, saber del trastorno hace que los padres se concienticen y que sean accesibles para pedir y obtener ayuda.

Por tanto, enfatiza la FEAADAH (2019), es importante que los progenitores afronten el diagnóstico, sabiendo todo sobre lo que esto puede generarles física y emocionalmente a ellos mismos y se mantengan alertas a síntomas de ansiedad, frustración o agresividad que repercutirían negativamente en el niño. Teniendo esta información, se abre un espacio para que puedan pensar sobre el origen, el impacto de sus conductas y de esa forma sentirse más

entendidos. Esto puede resultar un alivio porque la ansiedad disminuirá y podrán abocarse a direccionar su esfuerzo para ubicar la mejor manera de educar y de relacionarse con sus hijos.

Vetere & Dallos (2012), comparten su experiencia en la atención de pacientes con TDAH, donde han podido observar que algunos progenitores de cierta manera construyen un vínculo con el diagnóstico, como para sobrellevar la turbación de los síntomas, que se pueden presentar en el trastorno. Las familias expresan a menudo sentimientos de fracaso, zozobra y también de amenaza (peligro). Los padres manifiestan casi siempre que el niño es sumamente demandante, violento, incontrolable y no puede desenvolverse en distintos escenarios. De igual forma, los padres perciben que todo lo que intentan hacer con sus hijos no hace sino empeorar las cosas. En algunas oportunidades, no saben si los comportamientos del niño se dan porque quiere oponerse, porque se convirtió en un destructor, se trata de una agresión contra ellos o finalmente si reflejan algún tipo de enfermedad. Consecuentemente por este motivo los padres inicialmente, buscan alguna solución cercana, como el probar algún tipo de estrategia conductual que surta efecto “rápido”. Es así que buscan leer libros de autoayuda y hasta asisten a ver show de televisión, tipo Supernanny en donde se utilizan una mezcla de conceptos conductistas, evolutivos, psicológicos o sistémicos. Lamentablemente para todos ellos, si estas pautas no se dan guiadas por un psicólogo resultan ser perjudiciales, porque origina que el niño se sienta más molesto. Adicional a ello Vetere & Dallos (2012), sostienen que han podido apreciar, que los padres llegan a tener tanta frustración, desaliento, enojo y confusión –que una forma de defenderse de todo lo que están vivenciando- es pensar que los problemas de su hijo existen porque está

enfermo. Y aunque este hecho no es real, puede provocar una consecuencia favorable para el grupo familiar, aunque sea por un intervalo corto de tiempo. Debido a que esta idea, les ayuda a eliminar los sentimientos de culpabilidad, también dejan de proyectar la responsabilidad en los actos del niño, pues lo atribuyen a su “enfermedad”. Por otra parte, los padres experimentan que los beneficios que en algunos momentos tuvieron pierden valor, porque ven que las conductas negativas de su hijo, forman parte de su perfil psicológico. Algunos padres llegan a aceptar el diagnóstico, sin embargo llegado el tiempo en que lo prescrito por el médico deja de ser efectivo, ellos pueden expresar diferentes emociones y tener de acuerdo lo que a su experiencia una reacción diferente. A veces los progenitores tienen la idea que se debe elevar la dosis del medicamento o que el médico debe prescribir algo más potente. En otros casos los progenitores trasladan la culpa al hijo, por no haber ingerido la medicación como se lo había indicado el especialista y atribuyen que por ese motivo dejó de ser efectiva. Otros padres podrían molestarse mucho más con el hijo, porque consideran que todo lo que ocurre tiene que ver con su forma de ser, desechando la idea que el problema sea médico.

1.1.7 La relación de los hermanos y el TDAH.

Para la FEAADAH (2019), en todos los grupos familiares pueden cohabitar la rivalidad entre hermanos, sin embargo, existen mayores probabilidades que se acentúe cuando uno de ellos tiene el diagnóstico de TDAH. Esto ocurre primordialmente porque los progenitores optan en su mayoría, por favorecer continuamente al niño y no atienden como le corresponde al resto de hijos y en muchos casos se equivocan imponiéndoles

responsabilidades o una custodia esmerada al hermano con el diagnóstico. Esta conducta de los padres puede generar un gran resentimiento en los demás hijos.

Grau (2007), amplía que en los estudios sobre familias con niños con TDAH, se alerta, sobre una elevada probabilidad que existan relaciones conflictivas en todos los integrantes del grupo familiar y el paciente, se puede generar un clima tenso, inclusive la relación de pareja se puede deteriorar o romper. Hay que tomar en cuenta que la forma en que responden los padres y demás miembros de la familia, cuando uno de sus hijos tiene TDAH, no supone ser igual y por tal motivo no se puede deducir y catalogar como patológica, a una familia con un hijo que tiene el diagnóstico.

La FEAADAH (2019), recomienda a los padres que apliquen ciertas pautas para que los demás hijos no se sientan desplazados, es importante buscar un tiempo para estar con ellos, ya que todos los niños necesitan afecto. También sugiere que los padres tengan un contacto especial con los demás hijos, que no se pierda la afectividad, que no cambien las formas de trato entre ellos, que les den importancia y que los complazcan en sus gustos, así como lo hacen con el hermano que tiene el diagnóstico. De la misma manera, recomienda evitar comentarios tipo: “ya que Pablito no está, hoy si nos podemos divertir”, debido a que se genera mayor fricción y rivalidad entre los hijos.

La institución mencionada anteriormente afirma también, que los padres deben reconocer las competencias de sus demás hijos que no tienen TDAH, ya ellos igualmente necesitan de motivación y apoyo, así como hacerles cumplidos o regalos simbólicos, si por ejemplo se portan bien o sacan buenas notas en el colegio. También es de suma importancia, que los padres fomenten que los hermanos aprendan a resolver sus propias diferencias a solas. De presentarse

algunas riñas, los padres propiciarán el diálogo, enseñándoles que peleando no se resuelven las cosas y que la causa de sus peleas es accesoria. También recomiendan suma ponderación, como objetividad para evaluar las conductas del hijo con TDAH, ya que se le debe enseñar que el resto de personas pueden estar enojado con él si se porta mal y debe aceptar las consecuencias de sus acciones. Es importante también no justificar el comportamiento negativo del hijo con TDAH, refiriéndose ante sus hermanos con una frase tipo: “él es así”. Esto, solo contribuye a que se generen celos y resentimientos entre ellos, adicionalmente el niño podría pensar que todos tienen que tolerarle sus conductas o creerse acreedor de un trato diferente.

Por lo tanto, si no existe un buen manejo de los padres existe un gran riesgo de que los demás hijos se sientan desplazados y generarles un alto nivel de estrés o problemas emocionales irreversibles.

Por otro lado, Fernández (2018), refiere que, en los hermanos mayores, en muchas ocasiones se ha podido observar, que son un verdadero apoyo para los padres a la hora de colaborar en la solución de las necesidades del hermano con TDAH. De forma sorprendente, a veces inclusive los hermanos menores son un punto de sostén para los padres y su participación es muy útil dentro de los inconvenientes que el hermano con TDAH, puede presentar. Evidentemente todos estos procesos no son sencillos de gestionar para todas las familias, pero es importante tenerlos en cuenta para conseguir el éxito final.

El autor mencionado con anterioridad también hace alusión a la situación contraria, en donde los hermanos no colaboran en el entorno familiar y copian las conductas del hermano con TDAH o aprovechan la situación complicada para intentar sacar alguna ventaja secundaria y esto supone con frecuencia conflictos

con los padres, así como con el propio hermano afectado. La familia debe estar alerta para evitar este tipo de conflictos.

En cuanto a los hijos que son diagnosticados de TDAH, luego de que a uno de sus hermanos ya se le detectó que tiene esta condición, Fernández (2018), considera que en muchas ocasiones la detección del trastorno en uno de los hijos facilita la detección en otro, debido a la repetición de síntomas, mas en otras ocasiones, la dedicación que tienen los padres sobre el hijo con TDAH, provoca una falta de percepción de los síntomas de sus otros hijos, por lo que el diagnóstico finalmente no acaba por confirmarse hasta mucho más tarde de lo deseado. Para evitar esta situación el autor recomienda, realizar un cribado a todos los hermanos del paciente y así evitar sorpresas desagradables.

1.2. Aspectos específicos del caso de la problemática del caso

1.2.1 Criterios para el diagnóstico del Trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH) bajo el DSM V de acuerdo a APA (2014).

Patrón permanente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interrumpe el funcionamiento o desarrollo y que se caracteriza por (a) y/o (b):

a) Inatención

Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos seis meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas/laborales:

Los síntomas no son solo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso para comprender las tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (a partir de 17 años de edad), se requiere un mínimo de cinco síntomas.

1. A menudo se equivoca porque no presta la atención debida a los detalles o por despiste se equivoca en las labores escolares, en el trabajo o mientras realiza otras actividades (por ejemplo, no se toman en cuenta o se pierden detalles, el trabajo no se realiza con precisión).
2. Frecuentemente tiene inconveniente para sostener la atención en labores o actividades recreativas (por ejemplo, tiene dificultad para sostener la atención durante una clase, una conversación o leer de forma continua).
3. Repetidamente, cuando se conversa de forma directa con él, da la impresión de no estar escuchando y que estuviera distraído (a) pensando en otras cosas.
4. Habitualmente no sigue órdenes y no finaliza las tareas en la escuela, los deberes laborales u otras actividades (por ejemplo, inicia tareas, pero pierde la atención y deserta fácilmente).
5. Constantemente tiene inconvenientes en organizarse para realizar labores o actividades (por ejemplo, se le complica realizar tareas que tengan una secuencia; dificultad para colocar los materiales y sus cosas en orden; no puede organizarse o se descuida en el trabajo; no tiene una buena gestión de tiempo; no cumple los acuerdos o plazos).
6. Generalmente pierde los materiales que necesita para realizar una tarea o actividad (por ejemplo, materiales de la escuela o personales como: lápiz, libro, utensilios, billetera, llaves, documentos de trabajo, lentes o teléfono celular).

7. Repetidamente pierde la atención fácilmente debido a estímulos externos (para adolescentes mayores y adultos, se incluye pensamientos no relacionados).
8. Frecuentemente olvida realizar actividades diarias (por ejemplo, la tarea escolar, hacer un mandado, en adolescentes mayores y adultos: llamar a una persona, pagar las cuentas, asistir a citas).

b) Hiperactividad e Impulsividad

Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un nivel que no coincide con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas/laborales:

Los síntomas no son solo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso para comprender las tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (a partir de 17 años de edad), se requiere un mínimo de cinco síntomas.

1. A menudo se le ve jugueteando o golpeando con las manos o los pies o se mueve cuando está sentado.
2. Repetidamente se levanta de su asiento cuando se supone que debería estar sentado (por ejemplo, se levanta dentro del salón de clases, en la oficina o en otro lugar de trabajo, en situaciones en que las personas deben estar sentadas).
3. Habitualmente corre o sube a algún lugar, no obstante, la situación sea propicia (Nota: En adolescentes o adultos, puede restringirse a estar intranquilo.).
4. Generalmente no puede ser capaz o realizar actividades recreativas tranquilamente.

5. Constantemente está “ocupado”, actuando como si “lo impulsara un motor” (por ejemplo, es incapaz de estar sentado o se siente incómodo estando quieto durante un tiempo prolongado, cuando sale a comer fuera, en alguna fiesta o reunión; las demás personas pueden pensar que está inquieto o que le se complica el seguirlos).
6. Constantemente conversa de forma excesiva.
7. A menudo responde cuando menos lo esperan las personas o antes de que se realice una pregunta (por ejemplo, culmina las frases de otros; no puede respetar el turno en una conversación).
8. Habitualmente le es difícil esperar su turno (por ejemplo, mientras espera para ser atendido en una tienda).
9. A menudo interrumpe o se entromete con otros (por ejemplo, en las conversaciones donde no es parte, juegos o actividades; puede tomar y usar pertenencias de otras personas sin esperar o pedir permiso; en adolescentes y adultos, puede entrometerse o adelantarse a lo que realizan los demás).
10. Algunos síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos estaban presentes antes de los doce años.
11. Varios síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos están presentes en dos o más contextos (por ejemplo, en el hogar, en la escuela o el trabajo; con los amigos o familiares; en otras actividades).
12. Existen pruebas consistentes que los síntomas limitan el funcionamiento social, educativo o laboral, o hacen que baje la calidad de los mismos.

Los síntomas no se van a producir necesariamente durante el curso de la esquizofrenia o de otro trastorno psicótico y no se explican mejor por otro

trastorno mental (por ejemplo, trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo, trastorno de la personalidad, intoxicación o abstinencia de sustancias).

1.2.2 Presentación del TDAH.

En función de los síntomas se podrán clasificar las siguientes presentaciones de acuerdo a APA (2014):

a). Presentación combinada (TDAH-C)

Si se cumplen el Criterio A1 (inatención) y el Criterio A2 (hiperactividad impulsividad) durante los últimos 6 meses.

b). Presentación con predominio de falta de atención (TDAH-DA)

Si se cumple el Criterio A1, pero no se cumple el criterio A2 (hiperactividad-impulsividad), durante los últimos 6 meses.

c). Presentación con predominio con hiperactividad e impulsividad (TDAH-HI)

Si se cumple el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) y no se cumple el Criterio A1 (inatención) durante los últimos 6 meses.

Especificar si:

Si se encuentra en remisión parcial: especificar si todos los criterios no se han cumplido durante los últimos seis meses, aunque anteriormente si se cumplieran todos, y los síntomas presentes todavía causan deterioro en el funcionamiento social, académico u ocupacional.

Gravedad actual:

Leve: poco o ninguno de los síntomas por encima de los necesarios para hacer el diagnóstico están presentes y los síntomas provocan deterioros menores en la actividad laboral o el funcionamiento social.

Moderado: síntomas o deterioro funcional entre “leves” y “graves” están presentes.

Grave: cuando se observan mucho más de los síntomas necesarios para realizar el diagnóstico, o varios síntomas que son particularmente graves, están presentes, o los síntomas dan lugar a un importante deterioro en el funcionamiento social u ocupacional.

De acuerdo a APA (2014), los primeros síntomas del TDAH, se pueden observar desde la infancia temprana, durante los años preescolares, incluso antes de cumplir los tres años, como en el caso que estamos presentando. Algunos de los síntomas como la desatención y la impulsividad frecuentemente pueden persistir en la adolescencia y adultez.

1.3. Diagnósticos diferenciales

1.3.1. Diagnóstico perspectiva evolutiva.

Para Soutullo & Hidalgo (2014), el clínico debe saber reconocer si existe una alteración en la actividad o en la atención, dentro de la etapa de evolución del niño.

1.3.2 Diagnóstico perspectiva médica y psicológica.

En cuanto al diagnóstico desde la perspectiva médica los autores previamente mencionados indican que para el diagnóstico se toma en cuenta:

- Mediciones cuantitativas estimadas de la severidad de los síntomas.
- Existencia de un deterioro funcional de acuerdo al nivel evolutivo del paciente.

Un diagnóstico diferencial a veces es difícil porque dentro de la evolución del paciente hay particularidades que se presentan de acuerdo a la edad y la sintomatología es cambiante a medida que el paciente va evolucionando.

Actualmente no se señala en la versión cinco del DSM, mayor detalle sobre lo que corresponderían ser las conductas que no son adaptativas y cuál es el grado de desvío para cada etapa evolutiva. Por este motivo realizar un diagnóstico diferencial amerita que el especialista tenga un vasto conocimiento de los trastornos mentales tanto de los que puedan hacer comorbilidad asociativa con TDAH, como los que no hagan frecuentemente una alianza con él. Médicamente también es importante descartar problemas de vista u oído, ausencias momentáneas (epilepsias), traumatismo encefalocraneano, infecciones, anemia, problemas del sueño, síndrome de Tourette, así como saber si el paciente está siendo medicado actualmente, ya que algunos fármacos reducen la atención. También se debe contemplar el descarte de retraso mental y trastornos del aprendizaje en todas sus dimensiones.

En cuanto a la perspectiva psicológica del diagnóstico López, Rodríguez, Sacristán, Garrido & Martínez (2006), explican que el psicólogo de acuerdo a su formación y experiencia se encuentra calificado para diagnosticar, evaluar y tratar desde su perspectiva a los pacientes con TDAH, estando su labor relacionada permanentemente con la pediatría de atención primaria dentro del ámbito sanitario público, desarrollando su trabajo en equipos interdisciplinarios especializados de salud mental, que interactúan con un enfoque de la salud mental social y comunitaria, incluyendo también otros especialistas sanitarios, sociales y educativos.

También debemos tener en cuenta que a través de la ley del trabajo del psicólogo Nro. 28369 aprobada por Congreso de la República (2007), se indica que todo diagnóstico desde el ámbito psicológico se compone de: proceso de identificación, rotulación o denominación del repertorio comportamental,

cognitivo, emocional o social de la persona, grupo o comunidad y se inicia a partir del resultado del proceso de la evaluación que posteriormente servirá para realizar toma de decisiones, respecto a la intervención del paciente.

Dentro del escenario presentado, es importante resaltar la interdisciplinariedad, donde diferentes especialistas tienen en mente la resolución de un objetivo en común, respetando siempre los límites de competencia, conocimiento y la metodología de cada ciencia.

1.3.3 Diagnóstico perspectiva psicopatológica.

Larbán (2015), dentro de un manifiesto realizado a favor de una perspectiva psicopatológica del diagnóstico de TDAH, indica que es importante realizar un análisis minucioso, en el cual siempre se tenga en cuenta lo que el sujeto dice: a través de su producción verbal (pensamiento) y de su historia de vida. Además, cualquier diagnóstico desde esta perspectiva supone respetar y tomar en cuenta la particularidad del paciente y su contexto. En cuanto al proceso diagnóstico de TDAH, se realiza analizando la conducta dentro de la interacción padre o madre e hijo. Dentro de esta fase se somete a análisis y se interpreta la función y significado de una conducta alterada, ausente o retrasada, apoyándose en una sólida base de saber clínico. Por lo tanto, la experiencia del especialista es muy importante. Adicionalmente, desde la óptica de la psicopatología, el diagnóstico inicial se contempla como una mera hipótesis, que tiene que someterse constantemente a prueba. Ya que para este enfoque el diagnóstico es un proceso que se va construyendo a lo largo de la vida del sujeto, debido a que un niño o adulto no es un sujeto estanco, sino que se encuentra sometido a constantes cambios evolutivos, por tanto, es inadecuado ponerle una etiqueta diagnóstica. Lo señalado anteriormente cobra relevancia debido a que,

desde esta visión, si se toma en cuenta lo que representa el surgimiento de la constitución subjetiva y el tránsito complejo de ser infantes o adolescentes, como también la influencia del contexto.

1.3.4 Diagnóstico diferencial y comorbilidad.

Realizando una adecuada observación clínica, Bastardas, Ortiz, Sánchez & Sabaté (2015), manifiestan que es posible hallar una comorbilidad que lleve a realizar un diagnóstico diferencial, para esto se requiere ver ampliamente el caso, ya que los síntomas nucleares pueden estar presentes en otras patologías. Es así, que los síntomas del trastorno pueden ser adjuntos a otros trastornos comórbidos. Por lo tanto, no siempre resulta sencillo, poder diferenciar una comorbilidad en dos patologías ya que puede haber un encubrimiento entre ambas, pudiendo estar relacionadas.

1.3.4.1. Diagnóstico diferencial (TDAH secundario).

De acuerdo a Bastardas, Ortiz, Sánchez & Sabaté (2015), estos serían los síntomas TDAH, secundarios debido a factores ambientales:

- a) Estrés el ambiente.
- b) Inconsistencia en las pautas educativas de cuidadores.
- c) Casos de negligencia, abuso o maltrato infantil.
- d) Falta de hábitos de sueño.
- e) Malnutrición infantil.
- f) Síntomas TDAH, secundarios a otras enfermedades.
- g) Déficits de la vista o de la audición.
- h) Consecuencia adversa de fármacos
- i) Alteraciones en la función tiroidea.
- j) Intoxicación por plomo. - Anemia ferropénica.

1.3.4.2. Diagnóstico diferencial TDAH secundario o comórbido

En las entidades que se enumeran a continuación, los síntomas del TDAH, en ocasiones pueden ser secundarios a estas (por ejemplo: crisis de ausencia en el caso de pacientes con epilepsia, se pueden confundir con síntomas de inatención), pero en otras ocasiones también se pueden presentar de forma comórbida, aumentando la dificultad del diagnóstico y siendo en este caso necesario uno doble para un correcto tratamiento de ambas entidades:

- a) Daño cerebral adquirido.
- b) Traumatismo craneoencefálico.
- c) Epilepsia.
- d) Trastorno del sueño.
- e) Síndrome alcohólico fetal.
- f) Síndromes genéticos: Prader-Willi, X-frágil.

1.3.4.3. Diagnóstico diferencial TDAH primario.

Para Fernández (2018), es el típico TDAH, de origen puramente genético y hereditario con afectación cerebral tanto a nivel estructural como funcional.

1.3.5. Comorbilidad en el TDAH

De acuerdo a Bastardas, Ortiz, Sánchez & Sabaté (2015) : entre un 50 a 85% de pacientes con TDAH cumple criterios diagnósticos para otro trastorno psiquiátrico. Es muy importante el diagnóstico de las comorbilidades para su tratamiento precoz y pronóstico a corto y largo plazo, ya que los pacientes con TDAH y comorbilidad tienen peor funcionamiento que los pacientes sin comorbilidad. Además, la presencia de trastornos comórbidos puede influir en cómo se presenta inicialmente el trastorno, el desarrollo de la sintomatología, así como el paciente responde a la intervención.

Estos mismos autores refieren que existe comorbilidad del déficit de atención con trastornos: del espectro autista, neurodesarrollo, comunicación, del aprendizaje, déficit intelectual o motor.

Los trastornos del neurodesarrollo incluyen aquellas condiciones que se dan mientras el niño evoluciona, presentándose en infantes e impactan en el funcionamiento académico, personal, familiar y social. El rango de alteraciones del neurodesarrollo varía desde déficits muy concretos, como los trastornos específicos de aprendizaje, a déficits más globales, como la discapacidad intelectual o los TEA. Respecto al TEA, destaca que la clasificación de TDAH en el DSM-5 permite diagnosticar la comorbilidad TDAH y TEA, que en anteriores clasificaciones eran excluyentes.

1.4 Modelos terapéuticos aplicables al diagnóstico

De acuerdo a San Sebastián & Quintero (2005), la intervención debería tener un enfoque multidisciplinario, con la participación de pediatras, psicólogos, psiquiatras, terapeutas de aprendizaje, psicopedagogos en constante interrelación con los padres y la escuela.

1.4.1 Terapia farmacológica.

Para Palomino, Pérez & Martin-Calero (2013), el metilfenidato es el único estimulante indicado para el tratamiento del TDAH. Su ingesta reduce la agresividad y favorece el rendimiento académico. Al parecer este medicamento obstaculiza al transportador pre sináptico de dopamina (DA) y noradrenalina (NA), acrecentando de esa forma su concentración en el espacio pre sináptico neuronal y mejorando su biodisponibilidad. En cuanto la atomoxetina, es un medicamento no estimulante que mejora los síntomas del TDAH y las relaciones sociales y familiares, la autoestima y se lo considera una opción en aquellos

pacientes en los que metilfenidato no es viable por la presencia de tics o dificultades en el sueño, comorbilidades como depresión, ansiedad o en pacientes con inclinación a la adicción.

1.4.2 Terapia cognitivo – conductual.

De acuerdo a Ramírez (2015), la intervención cognitivo conductual viene demostrando una alta eficacia en niños que son diagnosticados con TDAH, aplicando técnicas que se enfocan en trabajar con el niño, sus padres y el centro educativo. Incorpora también programas de entrenamiento a progenitores y educadores donde les enseña las herramientas de condicionamiento operante como: el refuerzo, extinción de conductas, economía de fichas, coste de respuesta. A los niños les enseña el manejo de autocontrol, solución de problemas, incorporación de auto instrucciones, entre otras.

El mismo autor en mención indica que: el objetivo de entrenar a los padres tiene como meta, cambiar las relaciones entre padres e hijos buscando promover la conducta social y rebajar los comportamientos que no son adaptativos. Siendo su meta final proporcionar a los progenitores la base teórica y práctica que les posibilite un desarrollo integral. Su misión es trabajar con los hijos, padres y que esto repercuta en una mejoría en las relaciones familiares, a su vez en el ámbito social, tratando los inconvenientes actuales y previniendo la presencia de otros en el futuro.

Miller (2019), manifiesta existen diversos tipos de formación de padres que resultan efectivos como, por ejemplo: La Terapia de Interacción de Padre e Hijo (PCIT), por sus siglas en inglés, el Entrenamiento de Manejo de Padres (PMT), el Programa de Crianza Positiva (Triple P). Todas estas intervenciones entrenan a los padres para que sepan cómo alabar o dar refuerzos positivos

eficazmente, también los capacitan para que sepan comprometer a los niños a que si no obedecen hay consecuencias que deberán asumir. Los programas muestran un mejoramiento de las conductas de los niños, así como la eliminación o disminución de riñas diarias, pataletas y mejora la interacción entre progenitores y sus hijos, rebajando considerablemente el estrés de los padres.

Jill (2019), psicóloga clínica en Child Mind Institute, refiere que todas las formaciones e intervenciones demandan un gran sacrificio y compromiso de los padres y también de los educadores, a los que se suman lo que el propio paciente viene trabajando con los diversos especialistas. Frecuentemente cuando un progenitor no tiene conocimiento del trastorno, tiene en mente una idea preestablecida, que les dice que solo su hijo debe participar de las terapias y que solo él debe esforzarse trabajando en su propia mejoría. Luego se dan por enterados que también se necesita que ellos participen de forma activa, ya que son pieza fundamental, dentro del proceso para que su hijo mejore. Además, el training para los progenitores puede ser una ayuda inmensa para ellos mismos también, ya que en muchas ocasiones llegan a la consulta psicológica sintiéndose angustiados y no saben cómo hacer para su hijo pueda funcionar en casa y en el colegio. Con este espacio de aprendizaje los padres incrementan su confianza en ellos mismos.

1.4.3. Terapia emocional.

Otra de las terapias que se utiliza para trabajar las emociones es TFE, que significa terapia enfocada en las emociones, esta se puede aplicar en niños, adolescente y adultos. En esta intervención lo principal es centrar el cambio a través del entendimiento de las emociones y de los procesos que emergen para hacerlos conscientes a través de la conversación. En la terapia emocional los

cambios ocurren cuando las personas comprenden sus propias emociones, se trabaja: en la toma de consciencia, apertura de emociones, regulación, reflexión y el cambio de las emociones, dentro del contexto de una interacción empática entre terapeuta y cliente, que facilita estos procesos. Esta terapia toma herramientas de las prácticas centradas en el cliente de Rogers desarrolladas entre los años 1940 y 1950, de la Gestalt de Pearls (1951), entre otros. Fue llamada inicialmente como terapia de proceso experiencial EP, por Greenberg (1993) sosteniéndose en las bases humanísticas.

También tenemos la TRE (terapia racional emotiva), aplica para ser usada en niños/adolescentes y la temática principal son las emociones, tiene enfoque cognitivo conductual. En esta intervención se valoran los procesos internos que afectan al paciente. El objetivo es que aprenda a conocer sus emociones a través de actividades puntuales, que permitan movilizar su mundo interior. Estas actividades tienen como meta formarlos y a la vez corregirlo, haciéndole consciente de sus interpretaciones y emociones.

Igualmente, para la TRE, es importante que el material a utilizar sea tangible, gráfico, particular y explícito. Buscan también ser didácticos, pero a su vez vivenciales y flexibles a la experiencia de la reflexión infantil. Se trabaja con actividades y tareas, que refuerzan los temas que poco a poco se tocan en las sesiones. También se usan juegos donde se exige un rol activo del niño, con estímulos que le obligan a reflexionar, sentir y actuar, dentro de un contexto terapéutico de una manera lúdica, didáctica y controlada. La intervención con el niño es realizada por medio del diálogo y el juego. Su objetivo principal es despertar en el niño su lenguaje personal y privado, para que abandone el

lenguaje estereotipado y se pueda encontrar a sí mismo, fomentando su autoconfianza y autocontrol.

Otra forma terapéutica utilizada desde la época de Sigmund Freud, son aquellas basadas en el juego. Actualmente estas se apoyan en valorar la importancia, beneficio y significación del juego en la experiencia infantil. Además, permite que, dentro del contexto lúdico, el psicólogo pueda evaluar el funcionamiento y los aspectos evolutivos del paciente, así como plantearse que otras opciones de intervención puede aplicar. Al niño le facilitará que exprese en situaciones que le afectan *emocionalmente*. La terapia realizada desde el enfoque psicoanalista, se realiza con el progenitor y el hijo (a veces pueden estar ambos padres), la consigna es que ambos jueguen de manera libre. El consultorio estará habilitado con diferentes juguetes de acuerdo a la edad del paciente, también se les puede proporcionar materiales para que realicen creaciones conjuntas. La participación del terapeuta dentro de las sesiones, puede ser el de un mero espectador, que no realiza ningún comentario. A medida que las sesiones avanzan, el terapeuta puede realizar una devolución a los padres, de acuerdo a lo que observa y puede detectar de la interacción familiar. Muchas veces la dificultad ubicada por el terapeuta en el juego, suele estar asociado al síntoma reportado inicialmente y se trabaja conjuntamente con los padres y el niño, para superarla. En algunas oportunidades cuando recién se inicia la terapia, el terapeuta puede solicitar que toda la familia en su conjunto juegue en la primera sesión.

En cuanto a la terapia emocional para niños con diagnóstico de TDAH , Filomeno y otros (2008), mencionan que es necesaria, en primera instancia, debido a que la autoestima de la persona se ve afectada. Se sabe que el TDAH,

significa una alteración, a nivel neuropsicológico e inconvenientes en las funciones ejecutivas, lo que conlleva a que el paciente tenga sentimientos de incompetencia, porque siente una limitación en el área intelectual. De esta manera, el trastorno se convierte en una amenaza para la autoestima. En segundo lugar, se requiere terapia emocional porque el déficit de atención tiene una elevada comorbilidad, en el que convergen otros trastornos de índole emocional como: la depresión, los trastornos de conducta, los trastornos de ansiedad y el trastorno negativista desafiante.

1.4.4. Terapia Familiar.

Delgado, Rubiales, Etchepareborda, Bakker & Zuluaga (2012), refieren que el compromiso de los familiares para acompañar a sus hijos en el tratamiento siempre es una opción valorada, ya que su participación asegura resultados favorables.

Para los mismos autores citados anteriormente los progenitores requieren ser instruidos referente a la problemática de los pacientes y deberán apoyarse en los diferentes servicios de atención, que no se dediquen a atender únicamente a niños, sino también a los padres y todo el grupo familiar. El grupo familiar es el apoyo más importante para el paciente dentro de la intervención sistémica y se considera a la familia como un conjunto humano, que a través de su desarrollo produce normas para interactuar, guía los comportamientos de todos los miembros que la constituyen, marca el repertorio conductual, promueve las relaciones recíprocas, proporciona herramientas para el desenvolvimiento biopsicosocial y contribuye como una ayuda coterapéutica.

Para Bedoya & Alviar (2013), el modelo sistémico de la enfermedad considera a la familia el suministro principal de análisis, ya que ésta proporciona

amplia información de las situaciones que giran en torno a la salud de sus integrantes. De la misma forma, enfatiza la interacción que tienen lugar entre las demandas psicosociales y de las diferentes afecciones, las cuales se presentarían como desencadenante. Esta perspectiva también considera como punto de referencia el equilibrio entre el estilo de vida de una familia y las demandas psicosociales de las diferentes afecciones de la vida del sujeto a lo largo del tiempo. Es importante resaltar que desde esta perspectiva ninguna pauta familiar es considerada como saludable o patológica.

Gonzales (2014), resalta que una de las herramientas para trabajar la intervención sistémica es la terapia narrativa, en donde los integrantes del grupo familiar pueden darse cuenta a través de lo que expresan, que sus relaciones cobran nuevos y variados significados, que pueden agudizar la connotación o liberar las experiencias. Podemos decir entonces que esta terapia es aplicable para familias con un niño que tiene diagnóstico con TDAH, ya que les permitirá resignificar los hechos que están vivenciando. Por otra parte, hay que tener en cuenta que cuando tenemos un diagnóstico como el de TDAH, en una familia, el paciente extravía su nombre, se le estigmatiza y lamentablemente se le encasilla por responder a la sintomatología y no se opta por poder saber a qué se debe su padecer. Se lo etiqueta, siendo finalmente el diagnóstico “un síntoma más” de la intervención terapéutica, en ese sentido cobra importancia la responsabilidad del especialista, porque la forma en como maneja un problema humano también puede ser una manera de hacerlo permanente. Al mismo tiempo, hay que tener en cuenta que desde el enfoque sistémico el terapeuta trabaja con el conflicto familiar que viene a ser el síntoma, este se considera una característica del

sistema y no pertenece solo al que lo sufre, cobrando en este análisis un sentido real.

Pongamos por ejemplo el caso de una pareja de padres que ya no tienen una relación y no se divorcian porque uno de sus hijos “está enfermo” (el síntoma) y siguen mostrándose como un grupo familiar unido, podría significar que tienen una resistencia a una separación real, que encubriría el deseo de preservar “la unión familiar”. Como conclusión entonces la terapia familiar sistémica nos permite observar el problema en toda su dimensión.

1.4.5 Terapia de aprendizaje.

Para que un niño pase por una terapia de aprendizaje debe ser derivado por un psicólogo u otro especialista que haya realizado evaluaciones previas y maneje adecuadamente el diagnóstico, pudiendo diferenciar los síntomas del TDAH, con otros criterios de trastorno del desarrollo o de aprendizaje. En el caso del psicólogo éste trabaja y se basa científicamente usando la observación clínica, evaluación conductual y realizando evaluaciones integrales, utilizando las diferentes baterías y pruebas que le ayudan a ubicar limitaciones del paciente, en todos los aspectos, tomando en cuenta para el TDAH, los resultados de las pruebas realizadas en el área intelectual (memoria, velocidad de procesamiento), en donde el especialista de aprendizaje trabajará. En el Perú hay psicólogos que pueden estar preparados para poder realizar una terapia de aprendizaje, pudiendo aplicarlas mayormente en el ámbito de clínicas o en su consulta particular. Dependerá de cada profesional el ampliar su conocimiento, para cubrir un campo asociado a los diagnósticos en los que se va especializando a lo largo de su carrera.

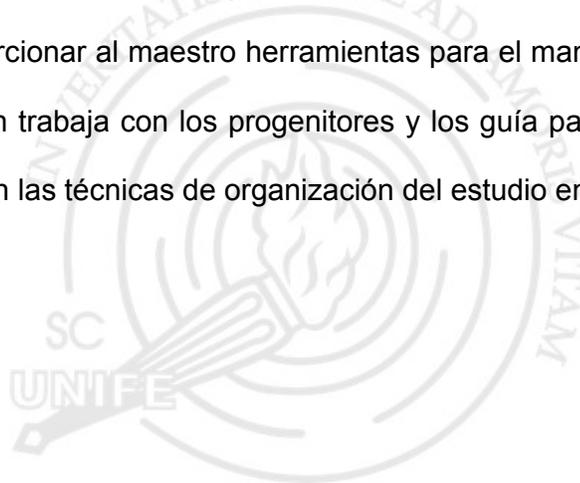
La terapia de aprendizaje es aquella donde el especialista trabaja con el paciente con TDAH, en las áreas donde requiera, para mejorar su conocimiento y su desempeño educativo, el cual está siendo afectado por el trastorno. El especialista debe abocarse en trabajar en los síntomas y características del déficit y de esa manera podrá observar la disminución de los problemas de aprendizaje y performance. Los objetivos de la terapia deben ser puntuales, de esa manera se puede ver de forma específica el avance del niño. El tiempo de intervención varía de paciente en paciente. Es importante que todas las partes involucradas como: padres, maestros y niños estén comprometidos, para poder apoyar con el seguimiento continuo de la terapia y en el avance de resultados. (Filomeno, y otros, 2008).

Además, el avance de la terapia de aprendizaje en el paciente, debe ser reevaluada periódicamente por el psicólogo a cargo, pudiendo hacerlo cada seis meses o según lo crea conveniente.

1.4.6 Intervención psicopedagógica.

El objetivo de la intervención psicopedagógica es mejorar el rendimiento escolar del alumno a través de la reeducación y su accionar tiene como objetivo mejorar en la adaptación en la escuela mediante programas de intervención y de la formación de educadores. La reeducación se realiza de forma individual con el alumno y usualmente se realiza después de terminada la jornada escolar, se trabaja reforzando conocimientos con el objetivo de contrarrestar el impacto negativo del trastorno, relacionados con el aprendizaje y la competencia del alumno. Es así, que apunta directamente en el lado negativo del trastorno de déficit atencional, las conductas impulsivas y la sobreactividad en el contexto de la escuela. Se busca que el rendimiento mejore en las diferentes áreas, fomentar

conductas adecuadas para poder enfocarse y aprender. También el aprender técnicas de organización y estudios de: lectura, esquemas, mapas, resúmenes, entre otros, que faciliten la incorporación de contenidos. Del mismo modo prepara al alumno para que obtengan estrategias en la confección y rendición de evaluaciones. Busca que el niño eleve su autoestima, haciéndoles notar que sus notas mejoran progresivamente, empoderándolo para que se sienta capaz de poder desenvolverse como otros alumnos y permitiéndole ubicar sus fortalezas. Se refuerza las conductas adecuadas que facilitan el estudio y la responsabilidad para cumplir con los deberes y reorganizar una rutina inadecuada. Involucra a todos los especialistas que trabajan con el paciente, con el fin de acordar objetivos y proporcionar al maestro herramientas para el manejo del alumno en el salón. También trabaja con los progenitores y los guía para que practiquen, vigilen y refuercen las técnicas de organización del estudio en casa.



CAPÍTULO II: MÉTODO

2.1. Anamnesis

2.1.1 Información general.

- Nombre : Joe
- Sexo : Masculino
- Edad : Siete años cuatro meses.
- Fecha de nacimiento : 12 de setiembre 2011
- Lugar de nacimiento : Lima
- Números de hermano : Dos hermanos
- Lugar que ocupa : Tercer lugar
- Colegio : Lima Metropolitana
- Grado de escolaridad : Segundo grado de primaria
- Estrato socio-económico : Medio bajo
- Religión : Cristiano
- Con quienes vive : Madre y hermanos
- Referido por : El colegio

2.1.2 Informantes.

a) Madre (Esther)

Natural de la provincia de Apurímac (Abancay), de 49 años de edad, de tez mestiza, cabello negro lacio y largo el cual trae recogido, contextura delgada y estatura aproximada de 1.65 cm. Es ama de casa y ocasionalmente vende ropa de forma libre.

Impresiona como una persona respetuosa, más rígida en cuanto a creencias y la crianza de sus hijos, al mismo tiempo muestra cierta melancolía.

Es con ella con quien se realizó la mayoría de entrevistas, las cuales se llevaron a cabo de 1 a 2 veces al mes en horas de la mañana. La madre es la persona responsable del niño. Durante las sesiones se muestra accesible, colaboradora para brindar una detallada información del niño y progresivamente evidencia mayor compromiso con el tratamiento del niño. Refiere sentirse preocupada, porque no ve mucho avance en el tratamiento que su hijo tiene desde pequeño, ya que persisten los problemas de atención y conducta.

En las entrevistas hay oportunidad de conversar con la madre y profundizar en su propia historia personal, sabiendo que tuvo un entorno de violencia familiar y además sufrió abuso sexual a los 12 años de edad por parte de un desconocido.

b) Padre (Concepción)

Natural de la provincia de Apurímac (Abancay), de 49 años de edad, de tez mestiza, cabello negro lacio, contextura mediana y estatura de 1.70 cm. aproximadamente. Es maestro carpintero, vive en el taller que tiene en Ventanilla y viene a la casa familiar solo los fines de semana (domingo). Impresiona como una persona distante, rígida en cuanto a sus creencias y la crianza impartida a sus hijos, además se evidencia que es poco participativo en la crianza de Joe. Debido a complicaciones por el tema laboral se pudo conversar con él solo en la primera sesión. Se mostró poco participativo, dio alguna información de su hijo y familiar, sin embargo, se percibe poco conectado emocionalmente a Joe.

2.1.3 Problema actual.

2.1.3.1 Motivo de consulta.

Los padres del niño asisten a la consulta derivados por el colegio y solicitan evaluación psicológica, debido a los constantes inconvenientes que la profesora reporta tener en el aula con Joe.

La madre muestra preocupación debido al comportamiento que el niño tiene en casa y en el colegio, los principales síntomas que reportan consisten en: dificultades para poner atención, dificultades para la comprensión y aprendizaje, hiperactividad e impulsividad. Esto último hace que el evaluado y su madre se ven inmersos en continuos conflictos con los padres de los niños con los cuales Joe tiene peleas. La madre refiere no saber qué hacer para eliminar las conductas impulsivas/agresivas del niño, siente mucha vergüenza y tristeza porque no pueden relacionarse naturalmente como las otras familias, ya que a donde Joe asista: el aula, la clase de karate, parques u otros lugares públicos, siempre existen conflictos con otros niños. Por otra parte, cuando el evaluado está en casa, su madre no encuentra manera de poder hacer que haga las cosas a tiempo, teniendo una constante lucha para que por las mañanas realice su aseo personal, se aliste para ir al colegio, tome desayuno y durante las tardes para que realice los deberes escolares. La madre refiere: *“es como si Joe no me escuchara, a veces hasta cuento uno dos y tres y no obedece, sigue distraído jugando con cualquier cosa o viendo la televisión. En algunas oportunidades él me ha dicho: mamá yo te escucho, pero no sé por qué no puedo hacer las cosas rápidamente y tampoco por qué golpeo a los otros niños, yo sé que eso está mal, pero no puedo controlarme, me siento triste cuando no me entienden y cuando los otros niños no quieren jugar conmigo”*. Respecto a las conductas de Joe

dentro del aula la profesora manifiesta que el niño no puede mantenerse en su lugar, buscando pretextos para levantarse por cualquier motivo, interrumpe la clase con algún comentario y/o fomenta el desorden. Adicionalmente, no presta atención o a veces lo observa como en las nubes o mirando hacia otro lado, se demora en copiar lo que la maestra escribe en la pizarra. Indica también que la inquietud del niño se acentúa cuando no logra entender lo que se le explica, lo que hace que se moleste, se aburra y empieza a realizar otras actividades. A pesar de todos estos inconvenientes en el aula, él niño no ha llegado a desaprobado las materias, sin embargo, requiere un constante seguimiento por parte de la profesora y de su madre, esta última refiere dedicarse casi a tiempo completo a él cuando está en casa, para que estudie, cumpla con las tareas, y funcione en la dinámica familiar.

A pesar de los inconvenientes con sus compañeros, la madre manifiesta que su hijo no es un niño tímido, ya que ha observado que busca socializar con los demás, pero se le dificulta relacionarse. Suele chocar con los demás niños porque tiene una manera brusca de jugar o porque no cumple las normas en los juegos, se molesta cuando pierde y no tiene paciencia para esperar su turno para participar. Joe reacciona de forma agresiva: empujando, con patadas o puñetes, sin que pueda controlar su impulsividad. En algunas oportunidades al ver que los otros niños ya no quieren jugar con él, insiste para reintegrarse al grupo, pero al ver que ya no lo aceptan, se aísla y se entristece.

Joe es el único niño en casa, tiene dos hermanos mayores con quienes no interactúa mucho debido a que tienen una amplia diferencia de edad (16 y 23 años) y que están inmersos en sus propias actividades. La madre indica que, dentro de las fortalezas que posee su hijo, es que, a pesar de los inconvenientes,

no ha perdido la alegría y que busca socializar. De igual manera lo que más le agrada de él, es su enorme agilidad física y vigor, ya que nunca parece cansarse, así como la destreza que muestra para los deportes (karate). En cuanto a su desempeño escolar, manifiesta que a Joe le cuesta entender y realizar las tareas, sin embargo, con gran esfuerzo sí logra captar como se hacen los deberes y a partir de ello puede hacerlos solo, sintiéndose con mayor confianza y tranquilo.

2.1.4 Historia familiar

2.1.4.1. Antecedentes por la línea parental paterna.

Abuelo (Manuel)

Falleció a los 84 años de edad y de acuerdo a la descripción por parte de su hijo era un hombre rígido, tradicional, machista y tenía problemas con el alcohol. Adicionalmente, recuerda con resentimiento los maltratos que recibían su madre y todos los hermanos. También lo recuerda como una persona muy “activa” y que siempre estaba “hablando y socializando”, refiere que estas conductas se asemejan un poco a las de Joe. El abuelo era agricultor y tenía parcelas de maíz.

Abuela (Dolores)

De acuerdo a la descripción de su hijo es muy cariñosa, pero fue muy sumisa y paciente para tolerar las conductas de su padre. De acuerdo a la descripción de la esposa (madre de Joe) su suegra ha engraido bastante a su esposo, siempre atendía todas sus necesidades, nunca le enseñó a realizar las tareas del hogar y hasta ahora que es padre de familia muestra preocupación al detalle por su hijo. La abuela se ha dedicado siempre a su casa y ocasionalmente también ayudó en la cosecha a su esposo.

2.1.4.2. Antecedentes por la línea parental materna.

Abuelo (Poncio)

Falleció a los 85 años de edad y de acuerdo a la descripción de su hija era una persona agresiva, que golpeaba constantemente a su madre y sus hijos cuando eran pequeños. Refiere: *“yo odiaba a mi padre porque era agresivo, ninguno de mis hermanos le decía nada, pero yo si le reclamaba por su comportamiento y también porque era despreocupado para matricularnos en el colegio, nos hacía faltar los útiles, nos hacía pasar vergüenza cuando no llevábamos las cosas que nos pedían y no se aparecía en las reuniones de padres de familia. Cierta día le pregunte por qué era así con nosotros y me contestó que él había sido abandonado por su madre a los cinco años y que había crecido solo como una planta y al menos yo debía estar agradecida porque tenía un plato de comida y alguien que me dé un consejo”*. Adicionalmente, lamentó que su padre nunca la comprendió y que por el contrario le propinaba castigos físicos y verbales, cuando salía desaprobada en el colegio, sin darse cuenta que ella fracasaba escolarmente porque había quedado traumatizada por el abuso sexual, del cual fue víctima a los doce años. El abuelo se dedicaba a sus cultivos y a la crianza de ganado vacuno.

Abuela (Agridina)

Falleció a los 83 años de edad de acuerdo a la descripción de su hija era una buena madre, pero sumisa con su padre, aceptando el maltrato y la difícil relación que tenía con su esposo. La madre de Joe, era la más cercana a ella y dentro de las limitaciones en casa, refiere que fue su madre quien le sirvió de apoyo emocional cuando ocurrió el abuso sexual. La abuela se dedicaba a la

casa y apoyaba eventualmente a su esposo en el cultivo y crianza de ganado vacuno.

2.1.5 Historia personal.

a) Etapa prenatal

La madre del evaluado informa que su embarazo no fue planificado, debido a que la pareja ya tenía dos hijos grandes y que no pensaban agrandar más la familia. El esposo al enterarse del embarazo no estuvo de acuerdo con tener otro hijo, refiriendo que no podían asumir los gastos económicos, por este motivo se generaron continuas discusiones entre ellos. Al ver que el esposo rechazaba tener al bebé, la madre se sentía muy triste, angustiada debido a la presión que le generaba haber decidido tenerlo sin la “aprobación” de su pareja, produciéndose un distanciamiento entre ellos que casi los lleva a la separación. Refirió: *“yo creo que todo eso le afectó a mi hijo, por eso debe haber nacido así”*. Durante el tiempo de “distanciamiento” que se prolongó por cuatro meses, la madre lloraba constantemente y no podía dormir, en varias oportunidades entró en crisis y se refugiaba en la casa de una amiga del barrio, quien la llevó a la iglesia cristiana a donde asiste hasta la actualidad. Semanalmente el esposo venía a visitarlos, pero interactuaba muy poco con ella, estando siempre serio y evitativo en su comunicación. La esposa no se sentía contenida por él. Hubo semanas dentro del embarazo en que ella se sentía muy mal física y emocionalmente, tenía dolor de cabeza intenso, náuseas y vómitos. En el cuarto mes se le detectó que tenía la hemoglobina baja y le recetaron vitaminas. Adicionalmente tuvo conflictos con los vecinos porque hacían fiestas constantemente, estas se prolongaban toda la noche y el ruido la tenía perturbaba. Se encontraba con labilidad emocional y tenía pensamientos

suicidas, refiriendo: *“a veces cuando estaba en la calle tenía pensamientos de arrojarme a un carro, de tirarme”*. Además, informó que no podía estar sentada y que su cuerpo le pedía estar siempre recostada. La madre recuerda su etapa de embarazo con mucha tristeza. La pareja se fue acercando nuevamente al cuarto mes, el esposo fue “aceptando” el embarazo. No tuvo accidentes de importancia. Dentro de la evaluación periódica le realizaron una sola ecografía y no se detectó nada inusual. No ingirió medicamentos, ni alcohol, ni drogas. El nacimiento del niño se adelantó quince días y fue de forma natural. El niño nació en posición encefálica, el doce de setiembre de 2011, a la 1.15 pm, pesó 2980 gr. y midió 45 cm. El bebé no lloró al nacer, esto llamó la atención del personal médico, por lo que tuvieron que darle varias palmaditas para que lo haga. El niño no necesito incubadora, nació sin ninguna malformación, y el parto fue atendido en el Hospital López Silva de Pachacámac.

b) Etapa natal

La madre comenta que a pesar de que adaptarse a tener al niño en casa le costó bastante, ella estaba muy contenta por su nacimiento. Su estado de ánimo mejoró, tuvo apoyo de una sobrina para atender al niño en el primer mes y también para que realice las labores en casa. Sin embargo, manifiesta que, en todo el primer año de vida, el evaluado tuvo problemas para conciliar el sueño, lloraba constantemente y con bastante esfuerzo podía lograr que se quedase dormido en brazos, esta situación le producía un fuerte desgaste. Un hábito que tuvo el niño desde pequeño era quedarse dormido cogiendo la oreja de su mamá o papá, esto se prolongó hasta los tres años. Se succionó el dedo gordo de la mano hasta los seis meses.

c) Alimentación

Su alimentación fue mixta hasta los seis meses, debido a que la madre no producía suficiente cantidad de leche y que tuvo mastitis. A esto se sumó que a los tres meses y medio al bebé le salieron los primeros dientes y que al no encontrar leche mordía constantemente los pechos de su madre, comportamiento que de acuerdo a lo que informa le llamaba la atención porque para ella evidenciaba “agresividad”. Al no tener suficiente leche -en coordinación con el pediatra- tuvo que incorporar alimento sólido en su dieta desde los seis meses: sopas de verduras, purés y luego añadieron carnes. También le enseñaron a tomar leche con vasito de pico. Al mismo tiempo, la madre refirió que su hijo desde pequeño no tuvo buen apetito - esto se mantiene hasta la actualidad - teniendo problemas por el desayuno todos los días. Sin embargo, informa que Joe tiene gustos especiales en comidas y si le ofrecen algo que le agrada lo acepta contento, como el yogurt con cereal. La madre refiere también que Joe disfruta cuando pueden salir a comer fuera de casa, sin embargo, por temas económicos estas oportunidades no se pueden dar seguido. Comenta también que siendo verano está menos estricta con Joe en lo que se refiere a las comidas, porque la psicóloga del colegio le ha recomendado que no le obligue a comer.

d) Desarrollo psicomotor

La madre de Joe informa que fue bastante adelantado en su desarrollo psicomotor y que desde esta etapa notó, ciertas diferencias con sus otros hijos. El niño levantó su cabeza a los quince días, se sentó solo a los cinco meses, se paró sin apoyo a los siete meses y aunque se notaba que sus piernas no tenían mucha fuerza, quería levantarse. No se incentivó el gateo debido a según su

mamá, no había espacio en casa para hacerlo. A los seis meses le llamaba la atención ver peluches y sonajeros e interactuaba con ellos. El evaluado caminó sin ayuda a los diez meses y aunque se caía siempre volvía a intentarlo. Posteriormente se dieron cuenta que tenía el pie plano y para corregirle la pisada le colocaron “los zapatos al revés”. Además, desde que aprendió a caminar se pudieron percatar que el pequeño no medía el riesgo, era muy avezado. Cuando el niño aprendió a caminar la madre tuvo que estar detrás de él, porque le gustaba experimentar en toda la casa, agarrándolo todo. Era demasiado activo, entraba al baño y se mojaba en el inodoro, la madre refiere: *“no era algo normal lo que yo veía, porque mis otros hijos no habían sido así, a ellos yo les dejaba sentaditos en un lugar, regresaba y los encontraba ahí mismo donde los había dejado, no se movían, ellos si obedecían. Joe, siempre estaba inquieto y yo estaba siempre preocupada porque sabía que algo había hecho...”*. A los dos años el niño si manipulaba y jugaba con los diversos objetos que encontraba mientras caminaba en su casa. A los tres años si lograba jugar a recoger la pelota y sabía pasarla a su mamá o hermanos.

e) Control de esfínteres

Tuvo ciertos inconvenientes para el control de esfínteres ya que no pidió ir al baño hasta pasado los tres años de edad y por las noches no retenía, razón por lo cual le seguían poniendo pañal a la hora de dormir por precaución. Adicionalmente, la madre refiere que seguía viendo cosas que para ella “eran diferentes” en su comportamiento y que la asustaban. Por ejemplo, que el niño después de ocuparse, jugaba a sacar sus heces de la bacinica o vaciaba su orina en el piso y no entendía que no debía hacerlo. Actualmente el niño se atiende

solo y en algunas oportunidades se demora porque se distrae jugando con el rollo de papel higiénico. No tiene problemas de control por las noches.

f) Desarrollo del lenguaje

El niño balbuceo a los cinco meses y realizó algunas vocalizaciones a los ocho meses aproximadamente. Pasado el año de edad dijo algunas palabras con significado como: papá, mamá, teta, sin embargo, su vocabulario era limitado. A los dos años de edad, el niño parecía entender cuando su madre le hablaba, siguiendo algunas órdenes, sin embargo, no pudo construir frases simples (cortas) hasta pasados los tres años y medio aproximadamente. En esta etapa, es la profesora de nido la que da la alerta del retraso en el lenguaje del niño (pobreza en el vocabulario) y se lo hace notar a la madre, recomendándole que todas las tardes, le lea cuentos y repitan los textos juntos. Esto era muy dificultoso para la madre de Joe, ya que tenía que dedicar buena parte de su tiempo en esta actividad. A veces cuando el niño no quería repetir las palabras, ella lo estimulaba con algún dulce o bocadito (galletas o papitas fritas). Hasta que progresivamente su vocabulario se incrementó y comenzó a armar frases simples y entablar un diálogo un poco más fluido con la madre y demás personas. La madre también comenta que en esta etapa veía al niño como con cierto temor para expresarse, esto se incrementaba cuando estaban frente a otras personas y Joe solo atinaba a mirarla fijamente.

g) Enfermedades

Su estado de salud siempre ha sido bueno y no ha tenido enfermedades ni accidentes de gravedad. Aunque siempre tuvo accidentes menores, por ser inquieto, mas no requirieron intervención médica. Tampoco ha sido operado. El inconveniente con el niño desde muy pequeño ha radicado en la hiperactividad,

desatención e impulsividad. Todos los síntomas -según refieren los padres- evidenciados desde muy pequeño. Viendo que el niño era elevadamente activo la madre lo llevó a diferentes hospitales y teniendo dos años y ocho meses le realizaron un encefalograma en el hospital del niño, como resultado de esta prueba se observó la posibilidad de que tenga TDAH, razón por la cual medicaron al niño desde los tres años aproximadamente con Gamalate y Ritalin.

h) Hábitos

Actualmente el niño come solo, aunque se demora para hacerlo, la madre refiere que tiene que presionarlo porque no tiene mucho apetito. El niño usa cuchara y tenedor para comer y ocasionalmente también puede usar cuchillo para cortar la carne, a veces su hermano le ayuda con esta tarea. Sus comidas actuales son: desayuno (que a veces tiene ganas de ingerir y si no quiere hacerlo lo lleva como lonchera), para el recreo de media mañana lleva un jugo y una fruta, el almuerzo y cena son en casa. Si el niño no quiere comer la madre usa la amenaza con un “chicote” y después de mucho rato logra que coma. Ella dice saber que está mal amenazar al niño, pero refiere no saber que más hacer. El niño se asea y se puede bañar solo, pero el inconveniente es que se demora porque se distrae, por lo cual muchas veces su madre debe ayudarlo. El niño también puede vestirse solo pero el problema es que siempre se demora. En cuanto a control de esfínteres, como ya se refirió actualmente no tiene ningún inconveniente, él se atiende solo, el único inconveniente es que estando en el baño hace travesuras o se demora. El evaluado realiza pequeños mandados, pero le envían únicamente a la bodega que esta al costado de su casa. No suelen enviarle a comprar lejos, no porque no pueda cruzar las pistas por su cuenta, sino porque han observado en alguna oportunidad, que cuando sale a la calle

siempre está en búsqueda de piedritas u objetos que luego lanza hacia “cualquier lado” y tienen el temor que lastime a alguien. Por otra parte, la madre también comenta que cuando salen a la calle de compras o a realizar un trámite juntos, aunque sujete al niño fuertemente de la mano, se le escapa y para hacer que vuelva le dice: *“ah yo no sé te va a robar un hombre y te va hacer daño.”*. Ella dice saber que este tipo de amenazas pueden asustarle, pero manifiesta no saber que más hacer con el niño en esta situación.

2.1.6 Historia escolar.

El niño asistió al nido a los tres años y de acuerdo a lo que informa la madre no hubo mayores complicaciones en su adaptación, aceptó quedarse con la profesora desde los primeros días y hasta parecía disfrutarlo. Sin embargo, ya desde esta etapa la madre recibió quejas de la profesora. Le informaba que no podía trabajar con el niño porque no obedecía, no seguía órdenes, jugaba bruscamente o se tiraba al piso. Preocupada por lo que sucedía la madre lo llevó a un psicólogo, que le indicó que tampoco podía hacer terapia con él, porque no seguía órdenes y no había forma de controlarlo. Actualmente en el colegio cuando ha tomado “su pastilla” la profesora comenta que es el primero en terminar de copiar, pero cuando está en casa y no toma la medicación, no quiere hacer las tareas o se demora. Además, la madre refiere que Joe tiene constantes peleas con los demás compañeros y que siempre recibe quejas de las otras mamás porque es agresivo. Refiere que el niño no sabe compartir, es ansioso, siempre le gana el impulso y empuja a los demás porque no puede esperar su turno en los juegos. También ha notado que Joe, no es solidario con los otros niños, manifiesta por ejemplo que, si un niño se cae, se burla y podría ser capaz de lanzarse sobre él estando el otro niño en el suelo. En el colegio incita el

desorden en el salón y en alguna oportunidad ha levantado la voz a la profesora o proferido lisuras. Cuando ha tomado la medicación se porta mejor y se concentra un poco más en clase, aunque su tiempo de atención es reducida. En de toda su historia escolar Joe, nunca ha repetido de año y la madre considera que es porque ella ha tenido que dedicarse casi por tiempo completo a su hijo. Refiere: *“mi trabajo más grande es Joe, vivo prácticamente para él y eso me apena, tengo que hacerlo estudiar porque no puedo decir ya no quiere y no le hago estudiar, tiene que hacerlo y todos los días estoy detrás de él, pero es mucho esfuerzo para mí y termino agotada”*. Toda esta situación tiene muy preocupada a la mamá. Actualmente estudia segundo grado en un colegio de Villa el Salvador.

2.1.7 Dinámica familiar.

a) Composición familiar

Nombre	Edad	Parentesco	Instrucción	Ocupación
Esther	49 años	Madre	Secundaria	Ama de casa
Concepción	46 años	Padre	Secundaria	Carpintero
Miguel	23 años	Hermano	Superior	Estudiante
Luis	16 años	Hermano	Secundaria	Estudiante

b) Interacción familiar

Los padres de Joe, se conocieron en Apurímac de donde ambos son originarios. Estudiaron en el mismo colegio, pero nunca fueron amigos. Ambos

tomaron la decisión de migrar a Lima el año 1988, debido al terrorismo y porque buscaban mejorar su situación económica, en ese momento él tenía quince años y ella dieciocho. Concepción el esposo, era vecino del tío de Esther y ambos se reconocieron en una reunión que organizaron en el barrio. Desde ese momento se hicieron amigos y luego empezaron a salir. Fueron enamorados por dos años y posteriormente empezaron a convivir. Esther refiere: *“nuestra relación no ha sido fácil, hemos pasado muchas cosas, una de ellas es que he tenido problemas en mi relación por causa de que nunca he superado el trauma del abuso sexual. Luego hemos tenido episodios de infidelidades por parte de él, cosas lamentables que me han decepcionado bastante, sin embargo, me he mantenido junto a él por mis hijos, mi esposo también ha tenido épocas en que ha bebido demasiado, en algún momento pensé que iba a repetir la historia de su padre quien también tuvo problemas con el alcohol. En varias oportunidades hemos estado a punto de separarnos, hasta le inicié un juicio por alimentos. Ahora creo que ha madurado, aunque nuestra relación no es perfecta”*. Refiere también que veces la pareja discute ya que el padre no vive con ellos y solo viene a casa los domingos, siendo la madre la que debe asumir la responsabilidad de todo sola. El padre refiere que no puede venir más días a la casa en Villa El Salvador porque el taller está en Ventanilla, donde prácticamente vive y con la distancia le resulta complicado ir y venir constantemente. Por el momento no tiene pensado alquilar un taller cerca a la casa familiar ya que el terreno del negocio actual es propio. Esta relación sin convivencia diaria ha sido aceptada por la esposa y es un conflicto de pareja que resurge por temporadas y que está asociado principalmente a: *“la crianza de Joe”*. Algo que hay que tener en cuenta es que mientras me encontraba terminando el estudio del caso, en la sesión del día 05

junio en conversación con la madre manifestó que la pareja tuvo una nueva crisis, Esther encontró unos mensajes en el celular de su esposo. Él aceptó que estuvo teniendo una relación extramatrimonial que ya terminó y refiere no haber sido significativa. Ella se encuentra muy afectada emocionalmente (lloró dentro de la sesión) y se le ha derivó a la consulta psicológica de adultos. Esta recomendación se la hice saber desde el inicio del caso, porque observamos que se encuentra afectada por ser la única responsable de los hijos y del cuidado de la casa y porque cuando nos relató su historia observamos que no había logrado superar (el abuso sexual, familia disfuncional). De la misma manera, se le expresó nuestra preocupación en que la crisis de pareja afecte al niño e implique un retroceso, teniendo en cuenta que ella es el único apoyo familiar. Actualmente la pareja, no se ha separado, pero siguen en conflicto, existiendo una exigencia de la madre hacia su pareja, para que la familia completa vaya a vivir a Ventanilla, donde el padre de Joe tiene el taller.

Regresando a la interacción familiar, la madre manifiesta que la relación de Joe y su padre es *"buena"* pero que a veces percibe que su esposo es frío y rígido con el niño y no tiene *"paciencia"* con él. A pesar de todo Joe, espera con ansías la llegada de su papá para ir a jugar la pelota. Durante los días de semana cuando Joe se porta mal, la madre amenaza al niño diciéndole que todo lo que está haciendo se lo va a contar a su papá para que imparta *"la disciplina"* el domingo. Joe y su madre pasan todas las tardes juntos, los hermanos siendo mayores tienen sus propias actividades en la universidad o en el colegio. No interactúan mucho con él, algunas veces el hermano intermedio -Luis- le acompaña a tomar desayuno o juega un rato con él, pero tampoco tiene mucha paciencia para compartir más tiempo con Joe. La madre dice que para que su

hijo se porte bien a veces les pone de ejemplo a sus hermanos, esto a pesar de que sus hijos mayores también son un problema para ella, debido a que son desordenados con sus cosas o que hay insistirles para que colaboren con los deberes en la casa, estando más enfocados en sus propias actividades. Ella ha conversado con los jóvenes sobre la situación de Joe para que se concienticen y que se esfuercen en ser un ejemplo para su hermano. La madre dice que ama a Joe, sin embargo, en algún momento de la entrevista comentó que hubiera querido tener una hija *“mujer”*. Finalmente, concluyó: *“yo me digo a mí misma, mi hijo mayor ya está encaminado, el segundo ya va terminar secundaria y ya está avanzado, pero Joe es mi cruz, sus conductas me afectan, porque es agresivo y las demás mamás me hacen problemas, estoy cansada de esta situación...”*.

c) Rutina cotidiana del niño

El evaluado se despierta a las 6:00 am, previamente por las noches la madre le deja preparada en una silla la ropa que debe ponerse. Posteriormente a ello viene el desayuno, que resulta ser una de las actividades que más estresa a su progenitora, debido a lo limitado del tiempo y porque le cuesta que el niño ingiera alimentos temprano. Todos los días hay un altercado entre madre e hijo, ya que Joe dice no tener hambre o reclama porque no le gusta lo que su progenitora prepara. La madre indica: *“me quiere manejar”*. Algunos días Joe no desayuna de forma completa porque el tiempo les gana y su madre empaca lo que le falta ingerir para que pueda comerlo en el colegio si le da hambre, esto ha sido coordinado con la profesora. A la hora del desayuno está acompañado usualmente de Luis el hermano intermedio y su mamá. A las 7:15 am la madre le lleva al colegio que está a quince minutos de distancia de la casa. A las 2:00

pm la madre le recoge del colegio y almuerzan juntos a las 2:30 pm y siempre surge algún tipo de incidente por la comida. De 3:00 pm a 4:00 pm la madre permite que Joe juegue o vea televisión. Pasado ese tiempo empieza la persuasión de parte de su madre para que deje de jugar y empiece a realizar las tareas. A partir de las 4:15 pm aproximadamente pueden sentarse en la mesa de comedor a revisar la agenda escolar. En medio de los quehaceres Joe se levanta de la mesa varias veces con el pretexto de ir al baño, en un descuido mira por la ventana o se pone a jugar con cualquier objeto que encuentre a su paso. Su madre debe enfocarlo constantemente para que se vuelva a sentar y que pueda terminar de realizar las tareas o estudie. A veces ella dice perder la paciencia y le “pega” con el chicote o le da un palmazo o le jala la oreja. En otras oportunidades para poder agilizar la solución de los conflictos diarios con Joe, la madre utiliza la “comparación” con otros niños, la progenitora dice saber que hacer comparaciones está mal, sin embargo, manifiesta que a veces le funciona como un disuasivo para que deje de hacer travesuras y obedezca.

A las 6:00 pm aproximadamente el niño se baña y usualmente siempre lo hace sin ayuda, aunque suele demorarse bastante y la madre tiene que intervenir para que se apure. A las 7:00 pm aproximadamente cena y en algunas ocasiones “lo hace acompañado de su mamá y sus dos hermanos”. Luego de la comida la madre le permite jugar un rato, más observa que el niño es incansable y resulta todo un problema hacer que termine de jugar y que se cepille los dientes y se prepare para ir a la cama. Las tardes donde no hay tareas por hacer o que “puede” acabar rápido con ellas, la madre lo lleva a un parque cercano a su casa para que juegue, esto suele darse una o dos veces por semana como máximo ya que según refiere nunca se sabe si podrán terminar de hacer las tareas rápido.

El niño se acuesta entre 8:30 pm y 9:00 pm, esto significa una lucha más para la madre, ya que el evaluado quiere seguir viendo la televisión o jugar. Joe suele conciliar el sueño después de quince minutos aproximadamente. Actualmente duerme en el mismo cuarto de los padres, pero en una cama aparte. De lunes a sábado la madre duerme sola, porque su esposo sólo viene los domingos a pasar la noche en casa y el lunes temprano regresa al taller en Ventanilla. La madre refiere que cuando el niño era más pequeño (hasta los tres años), se despertaba por las noches y se pasaba a la cama de los padres, pero que actualmente ya no lo hace. El niño duerme de corrido, la madre observa que a veces tiene “*pesadillas*” y que suele sudar bastante mientras duerme.

d) Rutina del fin de semana

El sábado a las 11:00 am. Joe asiste al karate, usualmente lo lleva la madre y su hermano Luis a veces pasa a recogerlo, sino se encuentra ocupado por alguna actividad en el colegio. El hermano mayor no participa en las actividades de Joe, porque asiste a la universidad de lunes a sábado. De regreso a casa Joe almuerza con su madre y su hermano Luis, después de comer juega dentro casa o va al parque con su progenitora. Esta refiere que el niño debe estar activo constantemente porque de lo contrario hace travesuras, por eso tratan de tenerlo ocupado armando rompecabezas, dibujando y a veces hasta le piden que haga crucigramas. De vez en cuando el evaluado sale a pasear con sus hermanos, asisten a los juegos o al cine en el centro comercial más cercano a su domicilio. El domingo en la mañana el niño realiza las tareas con su madre y luego ordenan la casa. Joe, tiene la tarea de barrer y hacer su cama. Después la madre cocina y esperan que llegue su padre, siendo Joe quien lo espera con mayores ansias. Posteriormente todos almuerzan juntos, luego el padre

descansa, conversa un rato con sus hijos y lleva a Joe a jugar pelota al parque, esto según indica la madre *“hace muy feliz al niño”*. Sin embargo, mientras realizábamos la entrevista, Joe interviene en la conversación y le dice algo en el oído a su mamá, se logra escuchar que dice: *“dile que mi papá a veces llega con sus amigos y se ponen a conversar y a tomar, por eso no vamos siempre a jugar fútbol”*, la madre responde: *“Joe tú no intervengas estamos hablando cosas de grandes”*. Adicionalmente, la madre añade que ya le ha pedido al esposo que debe evitar estas situaciones. También comenta que mientras el padre de Joe, está en casa el niño *“se porta mejor”*.

2.2. Diagnóstico psicológico

Materiales- Pruebas aplicadas

2.2.1 Pruebas aplicadas.

- a) Escala de inteligencia
- b) Test Gestáltico Visomotor
- c) Test de Madurez Social
- d) Test infantil
- e) Test proyectivo del Garabato
- f) Test proyectivo de la figura humana
- g) Test de la Familia
- h) Cuestionario de personalidad
- i) Test infantil de Fábulas
- j) Cuestionario de conducta para padres

2.2.2 Resultados de cada prueba.

a) Escala de inteligencia

Observación de conducta

El niño tiene contextura delgada y estatura acorde a su edad. Se encontraba vestido de acuerdo a la estación: polo blanco con rayas amarillas, bermuda marrón y zapatillas y mostrando adecuado aliño personal. Desde que el niño ingresó a la consulta se mostraba inquieto: se movía en el asiento, tocaba objetos que estaban en el escritorio, luego se levantó para observar el área, agarró algunos utensilios y se subió a una silla pequeña para mirar por la ventana. Todas estas acciones se pudieron observar en los primeros cinco minutos de sesión. Se le tuvo que enfocar bastante para comenzar con la evaluación. En las dos sesiones que tomó realizar la evaluación el evaluado evidenció ansiedad, molestia, reclamaba indicando que se dificultaba realizarlos ejercicios, mostrando poca capacidad de tolerancia a la frustración y baja motivación.

Resultados

En el área intelectual Joe, obtuvo un puntaje global **CI 85** puntos lo cual lo coloca en el nivel **Media Baja**. Los resultados por dimensión son: IVP (Índice de Organización Perceptual) 104 nivel Promedio, ICV (Índice de Comprensión Verbal) 93 nivel Promedio, IMO (Índice de Memoria de Trabajo u Operativa) 80 nivel Media Baja, IVP (Índice de Velocidad de Procesamiento) 70 nivel Media Baja.

Realizando una revisión cualitativa de los resultados por dimensión, vemos que el evaluado obtiene resultados promedio en la dimensión de Organización

Perceptual y de Comprensión Verbal lo cual evidencia que tiene capacidad para discernir sobre los estímulos perceptuales que se le presentaron y que maneja un lenguaje y comunicación de acuerdo a su edad respectivamente. Sin embargo, muestra limitaciones tanto: en Memoria de Trabajo y Velocidad de Procesamiento.

Se puede observar a través del resultado de Memoria de Trabajo Operativa que el evaluado tiene inconvenientes para retener información de corto plazo y esto le dificulta para realizar tareas operativas.

En cuanto el resultado de Velocidad de Procesamiento donde obtiene el puntaje más bajo, podemos observar que el evaluado tiene altos inconvenientes para poder responder en forma y tiempo a los estímulos que se le proporcionó en la evaluación de acuerdo a su edad, observándose que le cuesta enfocarse.

Índices diagnósticos

- Desempeño heterogéneo (variabilidad de puntajes entre dimensiones)
- Ansiedad.
- Baja motivación ante actividades donde se requiere enfoque y esfuerzo.
- Poca persistencia ante tareas que se complejizan.

b) Test Gestáltico Visomotor

Observación de conducta

El evaluado se mostró colaborador ante la evaluación y siendo una prueba de corta duración, se mantuvo concentrado durante todo el tiempo que duró. Durante la ejecución realizó algunos borrones, intentando realizar los dibujos lo más parecidos al modelo, pero evidenciando cierto descontrol en algunos trazos.

Al mismo tiempo, cuando se le mostraba alguna figura que bajo su criterio le resultaría difícil de hacer, exclamaba: ¡huy esta si no me va a salir!

Resultados

El evaluado mantiene su habilidad para la integración viso espacial, viso motor y viso constructivo, encontrándose estas conservadas. No se ubican indicadores para determinar una posible lesión orgánica cerebral.

En cuanto el aspecto emocional el evaluado muestra ansiedad y tensión. También se evidencian rasgos impulsivos que interfieren en la coordinación motora y que le dificultan el plasmar y organizar la información encomendada.

Índices diagnósticos

- Ansiedad e impulsividad.
- Dificultad para coordinación motora.
- Dificultad para organizar la información.
- Baja autoconfianza.

c) Test de Madurez Social

Observación de Conducta

La madre del evaluado fue la persona en proporcionar los datos del niño. Mientras hacíamos la evaluación, Joe se mostraba inquieto. Se levantó del asiento varias veces y empezó a coger los materiales del consultorio, pidió salir al patio a jugar y manifestaba constantemente que estaba aburrido y que quería irse a casa.

Resultados

Los resultados dan cuenta que el evaluado obtuvo una edad social de 7 años y 9 meses y un cociente social de 104 perteneciente a la categoría **Normal Promedio**.

En cuanto su capacidad para alimentarse por sí solo, Joe, usa cuchillo y se atiende solo en la mesa.

En cuanto su capacidad para valerse por sí mismo, el niño se cuida solo en el baño y dice la hora en cuartos de hora casi siempre acertadamente.

En cuanto su auto dirección, el evaluado se baña solo, pero por momentos aún necesita la intervención de su mamá principalmente porque se demora.

En cuanto su auto vestimenta, se puede peinar solo y acostar solo, más requiere seguimiento de su madre.

En cuanto al área de comunicación, el evaluado usa el lápiz para escribir en el colegio y en casa y arma oraciones y frases correctamente.

En cuanto a su locomoción, Joe puede desplazarse por su vecindario solo, pero esta actividad está restringida debido a sus conductas impulsivas (jugar rudo, coger piedras y lanzarlas).

En cuanto al área de ocupaciones el niño puede realizar diversos juegos, incluidos aquellos donde se usan patineta y bicicleta, pero siempre con supervisión ya que suele caerse al no medir la velocidad. En cuanto socialización, el niño ya no cree en Papá Noel y sabe que es un hombre disfrazado.

Índices diagnósticos

Madurez social de acuerdo a su edad cronológica, nivel promedio.

d) Test infantil

Observación de Conducta

El niño mostró cierta resistencia para crear cuentos, refiriendo: *“no sé qué puede estar sucediendo allí, no se pues, un poco aburrido...uhmm...”*, se le animó para

que puedo hacerlo y poco a poco se observó que se involucró con mayor espontaneidad logrando crear cuentos con inicio y final.

Interpretación

En esta etapa el evaluado está luchando para formar su autonomía, sin embargo, tiene sentimientos de inseguridad y miedos infantiles. Se puede observar también que busca ser aceptado, mas tiene sentimientos de tristeza porque percibe que no lo es. Posee ideales de logro aunados a la necesidad de aceptación por parte de su entorno. Asimismo, se observa que siente cierta insatisfacción de la dinámica familiar. Percibe a sus padres distantes y su relación con ellos rutinaria. Su concepción del mundo denota que es un lugar hostil, peligroso y rígido. Experimenta constantemente ansiedad en grado elevado, la cual está asociada a la falta de seguridad en sí mismo, aprobación, rigidez en el entorno y carencia emocional, porque no se siente suficientemente contenido. Para protegerse se defiende negando ciertas situaciones que le pueden causar dolor.

Índices diagnósticos

- Temor y ansiedad del mundo adulto.
- Inseguridad.
- Conflicto en su formación de autonomía.
- Sentimientos de indefensión.
- Necesidad de aprobación.
- Anhelos de logro.

e) Test proyectivo del Garabato

Observación de Conducta

Al evaluado le sorprendió la propuesta de realizar esta prueba y se le observó bastante cómodo. En un momento de la evaluación preguntó si debía rayar su nombre y se le explicó el procedimiento y repreguntó: “¿entonces puedo hacerlo como yo quiera?” como reasegurándose. Mientras rayaba la hoja ejercía presión con el lápiz y en su rostro mostraba “cierta satisfacción”.

Interpretación

El niño tiene el deseo de expresar sus emociones y posee la creatividad infantil para poder hacerlo. Sin embargo, se observa que tiene fuertes pulsiones (agresividad) las cuales mantiene controladas (represión) y a distancia, para para mantenerse tranquilo y no angustiarse. Eso hace que actualmente tenga una lucha para poder manejar su agresividad y no exteriorizarla. Sin embargo, muchas veces no logra hacerlo y termina reaccionando hacia el exterior, aún se encuentra inmaduro emocionalmente (regresión).

Índices diagnósticos

- Conducta reactiva
- Agresividad
- Inmadurez emocional

f) Test proyectivo de la figura humana

Observación de Conducta

El niño tuvo resistencia en realizar la figura humana, manifestando que no puede dibujar bien personas, refirió: “no me salen bien”. Se persuadió empáticamente para que pueda hacerlo. Primero dibujó a la figura masculina, posteriormente cuando le tocó dibujar la figura femenina puso nuevamente resistencia y se le

tuvo que convencer y persuadir aún más hasta que accedió. Refirió: *“mujeres no, esas sí no me salen...”*.

Interpretación

El niño tiene preocupaciones relacionadas a que no se siente seguro de sí mismo. Muestra una autoimagen desvalorada, con sentimientos de inadecuación y de culpa, talvez por no lograr un desempeño escolar y no poder relacionarse adecuadamente con los demás. Esto le genera mucha ansiedad. En él hay una fuerte tensión para controlar sus impulsos y no reaccionar con agresividad. Actualmente está en lucha por formar su identidad y ser independiente, teniendo sentimientos de ambivalencia a sus progenitores. Por otra parte, siente una fuerte presión de ellos y percibe el entorno rígido. Por momentos se encuentra replegado en sí mismo para protegerse.

Índices diagnósticos

- Autoestima baja.
- Sentimientos de inadecuación.
- Impulsividad.

g) Test de la familia

Observación de Conducta

Si bien anteriormente refirió tener dificultades para dibujar figuras, en esta oportunidad se observó que el evaluado estaba muy concentrado realizándolas y no puso objeción. Cuando se terminó de realizar el cuestionario de preguntas del protocolo, indicó por cuenta propia que había dibujado a su propia familia.

Interpretación

El niño percibe su entorno familiar rígido. Siendo el de menor edad en casa, se siente por un lado un poco desconectado con cada uno de los integrantes y por

otra parte como avasallado por un mundo de experiencias diferentes a las suyas. Se siente ansioso y quisiera sentirse más contenido por su grupo. Idealiza la figura paterna, pero al mismo tiempo la siente distante, está cerca de su madre, pero tiene sentimientos de ambivalencia. Sus relaciones fraternas tampoco son satisfactorias y se siente maltratado por uno de sus hermanos, esto le genera tristeza.

Índices diagnósticos

- Entorno familiar rígido.
- Inseguridad.
- Ansiedad.
- Tristeza.

g) Cuestionario de personalidad

Observación de Conducta

El niño se mostró muy ansioso durante la prueba, refiriendo que era aburrido responder preguntas. Por lo cual se realizó algunas pausas y se trató de orientar lo más lúdicamente las preguntas. Se le tuvo que enfocar en varias oportunidades para que pueda contestar a todas.

Resultados

El evaluado tiene una personalidad ambivertida es decir que se acompaña muy bien estando solo realizando actividades de su preferencia, pero al mismo tiempo disfruta de estar acompañado por otros niños o personas. Esto le permite interactuar con los demás y sentirse cómodo. Sin embargo, tiene tendencia a la inestabilidad emocional. Guarda preocupaciones, temores infantiles que interfieren estando despierto y dormido. También se siente fácilmente herido cuando los demás encuentran algún defecto o falla en él,

encuentra insatisfacción de su momento actual, preocupación por ser observado constantemente, sentimientos de soledad y cambios de emociones continuas.

Índices diagnósticos

- Inestabilidad emocional.
- Temores y preocupaciones.
- Inseguridad.

h) Test infantil de Fábulas

Observación de Conducta

Cuando se le explicó al evaluado en que constaba la sesión se entusiasmó bastante. Refirió: ¿de qué tratan los cuentos?, se le contestó: “ya lo vas a saber”. El niño estuvo atento a las historias que se le fueron contando y respondió de forma espontánea a cada una de ellas.

Interpretación

El evaluado evidencia celos por la relación de sus padres, lo que podría indicar una falta de identificación parental y que aún se encuentra muy ligado (dependencia) a su madre: *“el niño estaba molesto porque los padres se amaban, por eso se fue al jardín”*. De la misma manera, experimenta miedos infantiles que le generan ansiedad y están asociados a amenazas externas: *“que no vaya solo porque le van a llevar, alguien le está robando, alguien le quiere matar, tiene miedo a la oscuridad, a las pesadillas y de los sonámbulos que le pegan”*. Adicionalmente percibe la relación con sus padres es castrante y rígida: *“se le rompió la cola al elefante y su mamá o su papá no sé cuál...la botó, el niño se sintió triste”*.

También proyecta relación ambivalente con su madre a través del rechazo por el alimento. Del mismo modo tiene necesidad de ser autónomo dentro de su edad, pero lo mencionado anteriormente influye en que se sienta inseguro.

Índices diagnósticos

- Inseguridad.
- Conflicto en su formación de identificación y autonomía.
- Miedos infantiles.
- Sentimientos de tristeza.
- Ambivalencia de sentimientos con sus figuras parentales.

i) Cuestionario de conducta para padres

El cuestionario fue resuelto por la madre, se le informó el procedimiento y pudo responderlo íntegramente.

Índices diagnósticos

Resaltan:

- Impulsividad e irritabilidad.
- Hiperactividad.
- Desatención.
- Problemas en la relación con otros niños.

CAPÍTULO III: RESULTADOS

3.1. Informe Psicológico Integral

a) Observación de conducta:

Joe, es un niño de tez mestiza, contextura delgada y estatura acorde a su edad. Durante las sesiones usualmente evidenció regular aliño. En algunas oportunidades se observó que el niño llegaba a consulta vestido prolijamente, se sentaba en la sala de espera con su madre y pasado un corto tiempo le pedía permiso para ir a jugar al jardín. Cuando le tocaba ingresar al consultorio, su madre tenía que ir a buscarlo y de regreso venían discutiendo, porque se había ensuciado la ropa y las manos jugando. En cuanto a su personalidad en las primeras sesiones se mostró tímido, evadiendo la mirada por momentos, progresivamente se fue sintiendo con mayor confianza. Por otra parte, se pudo observar que dentro de las sesiones se mostraba inquieto, se movía en el asiento, se levantaba para observar el consultorio, tocaba los objetos que estaban en el escritorio y en alguna oportunidad se subió a una silla pequeña para mirar por la ventana. Todas estas acciones las realizaba rápidamente. Progresivamente se trabajó con él para que sea consciente de su conducta, a través del diálogo y el refuerzo positivo.

En la evaluación del área intelectual el evaluado evidenció: ansiedad, molestia, reclamaba indicando que se le dificultaba realizar los ejercicios, mostrando poca capacidad de tolerancia a la frustración y una baja motivación.

En la evaluación visomotriz, siendo una prueba de corta duración, se mantuvo concentrado durante todo el tiempo que duró. Durante la ejecución realizó algunos borrones, intentando hacer los dibujos lo más parecidos al

modelo, pero evidenció cierto descontrol en algunos trazos. Al mismo tiempo, cuando se le mostró alguna figura que bajo su criterio no podría realizarla, exclamó: ¡huy esta si no me va a salir!

El niño mostró cierta resistencia en las pruebas infantiles en que se requería que use la creatividad, en una de ellas refirió: *“no sé qué puede estar sucediendo allí, no se pues, un poco aburrido...uhmm...”*, posteriormente se le animó para que pueda participar, percatándonos que necesita mucha motivación para involucrarse en algunas actividades.

Sin embargo, cuando se le propuso el test de garabatos se le observó bastante cómodo. En un momento de la evaluación preguntó si debía rayar su nombre y se le explicó el procedimiento y repreguntó: *“¿entonces puedo hacerlo como yo quiera?”* como reasegurándose. Mientras rayaba la hoja, ejercía presión con el lápiz y en su rostro mostraba satisfacción.

Por otra parte también tuvo resistencia a realizar las pruebas donde había que dibujar figuras, refirió: *“no me salen bien”*. Se le persuadió empáticamente para que pueda hacerlo. Primero dibujó a la figura masculina, posteriormente, cuando le tocó dibujar la figura femenina también puso objeciones refiriendo: *“mujeres no, esas sí no me salen...”*.

c) Interpretación de resultados:

En el **área intelectual**, la prueba administrada, permite hallar un coeficiente intelectual global a partir de la evaluación de cuatro dimensiones.

Joe obtuvo un Coeficiente Intelectual de 85, correspondiente en la clasificación mental Media Baja. Los resultados evidencian una variabilidad significativa entre dimensiones, dando como resultado un perfil heterogéneo.

Los resultados parciales son: en el Área de Análisis Perceptual obtiene un puntaje de 104

correspondiente a la categoría Promedio, en el Área de Comprensión Verbal obtiene un puntaje de 93 correspondiente a la categoría nivel Promedio, en el Área de Memoria de Trabajo obtiene un puntaje de 80 correspondiente a la categoría Media Baja, en el Área de Velocidad de Procesamiento obtiene un puntaje de 70 correspondiente a la categoría Media Baja.

Realizando una revisión cualitativa de los resultados por dimensión, vemos que en el **Área de Percepción** donde se valora la rapidez mental y asociación de aprendizajes, el evaluado evidencia que cuenta con recursos para el análisis y síntesis visual, capacidad para relacionar conceptos usando el pensamiento asociativo y que cuenta con capacidad de abstracción verbal de acuerdo a su edad.

En el área de Comprensión, que evalúa la comprensión verbal, habilidades verbales y desarrollo del lenguaje, habilidad para conceptuar y esfuerzo intelectual. El evaluado pudo demostrar que tiene capacidad para la comprensión y expresión verbal, refleja también cierta capacidad para usar el juicio práctico y poder discernir de cómo comportarse ante determinadas situaciones acorde con su edad, sin embargo, como se detallará más adelante falla en su control de impulsos.

En el área de la **Memoria de Trabajo**, donde se valora buena memoria, atención e interés en el medio, ambición y curiosidad intelectual. Joe evidencia inconvenientes para adquirir, almacenar y recuperar información aprendida de la memoria a corto plazo y esto también influye para que pueda realizar tareas

operativas. Le cuesta secuenciar la información que escucha, retenerla y evocarla de manera mecánica.

En el área de **Velocidad de Procesamiento**, que mide la atención hacia los detalles, así como habilidad para establecer una serie de aprendizajes nítidamente y para diferenciar entre detalles esenciales de los que no los son. El evaluado tuvo altos inconvenientes para poder responder a los estímulos que se le proporcionó en forma y tiempo, siendo el puntaje más bajo que obtuvo. Evidenciando de esta manera una limitación para poder enfocarse en una tarea que implique minuciosidad y discernimiento y que deba realizar en un tiempo de trabajo limitado. El evaluado no logró procesar y discriminar adecuadamente la información brindada y ejecutarla de manera rápida y eficaz, desenfocándose con facilidad de los estímulos visuales previstos no pudiendo retenerlos por un lapso corto de tiempo.

Podemos observar finalmente en el **área intelectual**, que debido a los resultados heterogéneos por dimensiones, el promedio del puntaje global resultó impactado. Igualmente, se comprueba que existe una limitación en las dimensiones de **Memoria de Trabajo y Velocidad de Procesamiento**, aspectos asociados a los síntomas reportados por los padres en las entrevistas. Adicionalmente a través de la observación al evaluado, se aprecian indicadores emocionales y conductuales que influyeron en los resultados de la evaluación como: ansiedad, desatención, baja motivación para realizar actividades que requieren enfoque y esfuerzo, así como falta de persistencia para realizar tareas que se puedan complejizar. Estos síntomas también fueron relevados en la historia educativa del niño. Se puede apreciar en el resultado de área intelectual, que el evaluado presenta criterios diagnósticos asociados al TDAH.

En la **Evaluación Visomotriz**, se puede observar que el niño mantiene su habilidad para la integración visuo espacial, viso motor y viso constructivo, encontrándose conservadas. No se ubican indicadores para determinar una posible lesión orgánica cerebral. Sin embargo, se pudieron observar la existencia de indicadores emocionales como ansiedad a través de ciertas irregularidades en los trazos. También se evidenciaron conductas impulsivas a través de un poco de descontrol en la coordinación motora, que le dificultaron por momentos el plasmar y organizar una parte de la información encomendada.

En el área **Socioemocional**, Joe, tiene tendencia a la inestabilidad emocional. Actualmente tiene preocupaciones relacionadas a que no se siente seguro de sí mismo, reflejando una autoimagen desvalorada. Posee sentimientos de inadecuación y de culpa, esto talvez en parte por no poder lograr un buen desempeño escolar y también a que no puede relacionarse adecuadamente con los demás niños. Le preocupa ser observado constantemente y se siente herido cuando los demás encuentran algún defecto o falla en él. También se observa que tiene ideales de logro y busca ser aceptado, mas se da cuenta que no lo es, por lo cual tiene sentimientos de tristeza y soledad. El niño vivencia temores infantiles que interfieren en su estado emocional estando despierto u dormido (monstruos, personas que le agreden o roban entre otros). Internamente el niño tiene una fuerte presión para controlar sus impulsos y no reaccionar con agresividad, pero a veces no logra hacerlo y actúa de forma reactiva. A pesar de todo el niño tiene el deseo de expresar sus emociones y posee la creatividad infantil para poder hacerlo. Por momentos se encuentra replegado en sí mismo, con el fin de protegerse ante las situaciones que vive y se defiende negándolas para no sentir dolor. Desde su percepción, el

mundo es un lugar hostil, peligroso y rígido. Actualmente está en lucha por ir formando su identidad y lograr independencia dentro de su etapa evolutiva, sin embargo, tiene sentimientos de ambivalencia hacia sus progenitores, debido a que su relación con ellos representa fundamentalmente la demanda para cumplir órdenes y reglas. El niño tiene una personalidad ambivertida pudiendo disfrutar de realizar actividades de su preferencia solo o acompañado por otros niños o personas.

En cuanto a su **madurez social**, de acuerdo a los datos proporcionados por su madre el niño obtuvo una edad social de 7 años y 9 meses y un cociente social de 104 perteneciente a la categoría **Normal Promedio**. Evidenciando que el niño puede: ayudarse, dirigirse, ocuparse, comunicarse, y relacionarse socialmente de acuerdo a su edad.

Sin embargo, a través de la información proporcionada se debe tener en cuenta que, si bien el niño puede valerse por sí mismo dentro algunos aspectos de la vida diaria de acuerdo a su edad, tiene limitaciones asociadas a los síntomas reportados, estos son: no culmina actividades o tareas porque se distrae o demora, no sigue indicaciones a tiempo, impulsividad, entre otras condiciones que dificultan su desenvolvimiento.

En la **dinámica familiar**, el niño percibe su entorno familiar rígido y rutinario. Siendo el integrante de menor edad en la familia y con hermanos que le llevan amplia diferencia, se siente distanciado de cada uno de los integrantes. El evaluado se siente poco contenido por su grupo familiar. La figura del padre es la más representativa para Joe, sin embargo, percibe una distante física y emocional con él, del mismo modo se relaciona y apoya más con su madre, pero tiene sentimientos de ambivalencia hacia ella, porque su relación está basada

en el cumplimiento de las actividades rutinarias y todo lo que acarrea para que el niño funcione dentro de esa dinámica, fallando en el vínculo emocional. Siente una fuerte presión de ambos progenitores para que cumpla con sus demandas. Se puede observar también que existen celos de la relación de los padres, lo que indicaría que faltaría identificación masculina y un deseo de mantener dependencia de la madre. Sus relaciones fraternas tampoco son satisfactorias, teniendo conflictos con el hermano mayor, que le genera tristeza.

En el **área psicosexual** se encuentra identificado con su rol sexual.

3.2 Presunción diagnóstica

Para realizar la presunción diagnóstica se ha considerado una evaluación integral del evaluado con pruebas psicológicas, observación conductual y entrevistas con sus padres.

Joe, es un niño de siete años que tiene un coeficiente intelectual Medio Bajo y presenta inconvenientes en la atención selectiva y sostenida, posee inquietud motora, dificultades en el control de impulsos, con poca tolerancia a la frustración, le cuesta seguir pautas, empezar y terminar las actividades que realiza. Se muestra inestable emocionalmente, ansioso, con baja autoestima, sentimientos de inadecuación y tristeza.

Por todo lo expresado anteriormente, se presume que sus inconvenientes son una consecuencia de:

- “Trastorno de déficit y atención e Hiperactividad combinado” concordantes con los criterios diagnósticos del DSM-5.

Adicionalmente existen:

- “Problema de relación entre los padres e hijos”.
- “Maltrato psicológico infantil”.

3.3. Presunción pronóstica

Tomando en cuenta que Joe, tiene inconvenientes en el área intelectual y emocional y que actualmente sus padres atraviesan una crisis de pareja que puede traer como consecuencia: una separación definitiva, depresión de la madre quien de acuerdo a su historia de vida pudo haber tenido un cuadro similar (siendo ella el único apoyo que el evaluado tiene), posibilidad que el niño sea utilizado como el síntoma para preservar la unión familiar (disputas) o la posibilidad que el evaluado vaya a vivir con su padre (esto último fue expresado por la madre) y otras circunstancias manifestadas por ambos progenitores en las entrevistas que se realizó, posterior al inicio del conflicto actual, el pronóstico para el evaluado es **Reservado**, debido a que esta nueva situación familiar puede impactar negativamente en el curso del trastorno.

3.4. Seguimiento terapéutico

Se realiza seguimiento terapéutico continuo de Enero a Junio del año en curso (2019), teniendo sesiones quincenales/ mensuales con el evaluado y su madre.

3.5. Recomendaciones

Para el niño

- Continuar con psicoterapia individual.
- Continuar con el tratamiento médico.
- Terapia de aprendizaje.
- Terapia de atención y concentración.
- Taller de habilidades sociales y autoestima.
- Continuar con la práctica de actividades deportivas
- Intervención psicopedagógica

Para los padres

- Se sugiere que los padres puedan solicitar una consulta individual en salud mental en algún hospital u otro centro especializado para realizar terapia.
- Terapia familiar/pareja.
- Recibir y aplicar las pautas de crianza sugeridas.
- Brindar un adecuado soporte emocional al niño, asumiendo un rol más representativo en la vida de su hijo.
- Se sugiere que el padre y madre compartan más tiempo exclusivo con el evaluado, donde se enfatice la comunicación, el afecto y momento en el cual pueda fortalecer su autoestima, resaltando su importancia en la familia, sus logros y cualidades.
- Re-educación familiar con la finalidad de eliminar cualquier tipo de maltrato físico o psicológico hacia el niño.
- Brindar un ambiente familiar adecuado donde todos los miembros se comuniquen asertivamente, donde el niño pueda percibir respeto, cariño y amor.
- Fomentar entre los hermanos el respeto mutuo, la comunicación asertiva, la comprensión y unión.
- Además, se sugiera a los padres que fomenten mayor autonomía en el niño en cuanto las actividades que le corresponde acorde a su edad, como en la higiene personal, alimentación, hábitos de sueño, entre otros.

Para los profesores

- Integrar al evaluado en diversas actividades grupales, propiciando una mejor interrelación entre toda el aula.
- Mantener una constante comunicación con los padres para informar sobre las dificultades de Joe en el salón.

3.6 Plan terapéutico viable

El desarrollo del presente plan terapéutico está basado en diferentes herramientas de: terapia cognitiva conductual, modificación de conducta, psicoeducación, gestalt. Cabe resaltar que muchas de las actividades ya han sido abarcadas dentro de las sesiones de seguimiento terapéutico al paciente y a su madre, entre enero y junio del año en curso. El programa de intervención consta de once sesiones inicialmente que tienen una frecuencia de dos veces por semana, con una duración de cuarentaicinco minutos. Se trabaja con el niño y con su madre de forma individual y también con el niño de forma conjunta. Las primeras ocho sesiones han sido programadas exclusivamente para los padres de familia (madre), porque vimos conveniente primero trabajar con ellos para que tengan información y herramientas básicas, que de antemano puedan incorporar y usar con el niño así como a manera de que las sesiones iniciales les sirvan para expresar sus emociones y bajar el estrés ante el diagnóstico. A partir de la novena sesión se incorpora la participación del evaluado. La metodología utilizada, busca que las temáticas se conecten entre ellas a medida que avanza la intervención. Al mismo tiempo, se programaron sesiones mensuales para revisar los avances del programa con los progenitores.

PLAN DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

Sesión	Objetivo	Actividad
Sesión 1 Psico educación	Proporcionar información general sobre el Trastorno de déficit de atención e hiperactividad a los padres, transmitiéndoles calma y dejándoles también expresar sus emociones ante el diagnóstico.	El psicólogo explica el objetivo de la intervención. Posteriormente informa a los padres que es el TDAH. Se debe resaltar lo siguiente en la explicación: <ul style="list-style-type: none"> ○ Lo frecuente del diagnóstico en niños y es crónico. ○ Que no existen causas concretas de origen pero que si hay que tener en cuenta que las conductas si se ven influida por una causa concreta. ○ El impacto de los síntomas en el desenvolviendo del niño. ○ Los niños están centrados en los acontecimientos del momento y por lo tanto le es difícil proyectar actividades futuras. ○ Se encuentran orientados en sus propias sensaciones, afectos y sentimientos. ○ Tienen una autopercepción negativa y baja autoestima. ○ Tiene una baja motivación para realizar actividades que requieran esfuerzo. ○ Se deja un espacio para que los padres puedan expresar sus emociones sobre la situación familiar que viven.

<p>Sesión 2 Implementación de habilidades sociales con énfasis en el manejo de estrés.</p>	<p>Proporcionarles a los padres, herramientas que puedan ayudarles al control del estrés del día a día.</p>	<p>Se les enseña las técnicas básicas de la terapia de relajación, como la respiración (inhalación-exhalación), el control del aire a través de la consciencia en la contracción y distensión de los músculos.</p>
<p>Sesión 3 Pautas de crianza</p>	<p>Revisar y modificar la rutina diaria y semanal del evaluado y su familia.</p>	<p>Se rearma conjuntamente con los padres la rutina diaria y de fin de semana, buscando que sea más eficiente, enfatizando en el cumplimiento de horarios. También se enseña las formas como deben de interactuar con su hijo (ser específicos).</p>

<p>Sesión 4 Implementación de habilidades sociales con énfasis en el autocontrol y manejo de estrés.</p>	<p>Concientizar a los padres del impacto de las sobre reacciones ante los conductas de su hijo, ya que no contribuyen en la solución de problemas y empeoran y aumentan su propio estrés.</p>	<p>Se enseñan a los padres técnicas cognitivas, aprendiendo a identificar la secuencia de sus reacciones verbales y no verbales.</p>
<p>Sesión 5 Modificación de conducta.</p>	<p>Proporcionar herramientas para la resolución de problemas con el fin de reducir el estrés diario.</p>	<p>Se identifica en conjunto, uno de los problemas diarios, se describe la conducta habitual de respuesta a dicho problema, se identifican diferentes alternativas de solución, se evalúa cada una en relación al problema planteado y las consecuencias.</p>
<p>Sesión 6 Habilidades sociales con énfasis en la comunicación.</p>	<p>Enseñar una comunicación asertiva.</p>	<p>Se les pide escribir una situación y se identifica en ella qué tan asertivamente se actuó. Se le proponen nuevas alternativas.</p>

<p>Sesión 7</p> <p>Implementación de habilidades sociales con énfasis en el manejo de estrés.</p>	<p>Proporcionar herramientas de autocontrol a los padres.</p>	<p>Se les enseñan a los padres la técnica de autocontrol “el semáforo “con el fin de que puedan controlar sus propias conductas.</p>
<p>Sesión 8</p> <p>Modificación de conducta.</p>	<p>Proporcionar técnicas de modificación de conducta.</p>	<p>Se les enseña técnicas operantes de modificación de conducta: refuerzo positivo para fortalecer las conductas adecuadas ya existentes, extinción, el tiempo fuera y el coste de respuesta para ser utilizada para reducir o eliminar las conductas desadaptativas que el niño presenta.</p>
<p>Sesión 9</p> <p>Implementación de habilidades sociales con énfasis en el manejo de estrés.</p>	<p>Proporcionar herramientas que puedan ayudar al niño en el control del stress del día a día.</p>	<p>Se le enseña al niño las técnicas básicas de la terapia de relajación y respiración (inhalación-exhalación), el control de aire a través de la consciencia en la contracción y distención de los músculos.</p>

<p>Sesión 10</p> <p>Preparando el cierre de la primera parte del plan.</p>	<p>Comprometer y motivar al niño para que refuerce las conductas positivas.</p>	<p>Se le explica al niño el funcionamiento de la economía de fichas y las conductas que se van a reforzar y los refuerzos que va obtener si lo consigue, buscando comprometerlo.</p>
<p>Sesión 11</p> <p>Evaluación y conclusión</p>	<p>Evaluar los avances del plan en el paciente y en la familia.</p>	<p>Se evalúa con los padres la aplicación de herramientas y técnicas. Se verifica el avance hasta el momento (niño y padres). Se absuelven dudas. En base a lo conversado, el psicólogo, analiza las próximas estrategias para implementar en la segunda etapa del plan.</p>

CONCLUSIONES

- Joe es un niño de siete años que presenta un coeficiente intelectual **Medio Bajo** con diagnóstico de: “Trastorno de déficit y atención e Hiperactividad combinado” detectados bajo los criterios diagnósticos del DSM-5. Adicionalmente, presenta un caso típico de: “Problema de relación entre los padres e hijos” y “Maltrato psicológico infantil”.
- Debido a los inconvenientes en el contexto familiar actual, la presunción pronóstica de Joe es: **Reservado**
- El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es un síndrome conductual con base neurobiológica. Se define, de acuerdo con los criterios diagnósticos DSM-5, por la presencia continua de diversos síntomas de déficit de atención y/o hiperactividad, que deben mantenerse mínimamente medio año. Se puede comprobar a través de la evaluación integral que el evaluado presenta criterios de diagnósticos que aplican al trastorno por déficit de atención.
- Herreros & Sánchez (2005) sostienen que dentro de los estudios que se han elaborado en familias con un hijo con TDAH, se ha podido observar que en algunos casos los padres manejan un estilo de crianza más intrusivo, dominante y juzgador, que los que usan los padres más asertivos. Los controles parentales sanos, mejorarían notablemente el efecto de los medicamentos. Adicionalmente, en los estudios realizados a pacientes, se ha notado que las conductas de oposición e hiperactividad, se mantienen a través del curso del trastorno debido a gran parte por el uso excesivo de críticas, órdenes, intromisión y en

consecuencia de la adopción de un estilo parental sumamente dominante y controlador. De la misma manera, el estilo parental mencionado anteriormente contribuye al advenimiento de trastornos comórbidos al TDAH. A través de la evaluación y de lo recabado en las entrevistas sobre la dinámica familiar del evaluado, podemos apreciar que los padres tienen un tipo de crianza dominante, controladora y que por momentos utilizan una comunicación donde tienden a desvalorizar y juzgar lo que hace el niño.

- En cuanto a la actitud o disposición de los progenitores de pacientes que pueden tener un posible diagnóstico de TDAH Fernández (2018), manifiesta que las madres son las que principalmente acompañan a los pacientes a la consulta. Ellas demuestran más sensibilidad ante las dificultades de sus hijos y son las que mayormente se encargan de realizar el seguimiento de la situación escolar y día a día del niño. Con esto no se niega que existen casos en donde los padres acaban jugando un papel tan o más importante que el de las madres a la hora de involucrarse en el problema de los hijos. Más se puede apreciar que en no pocas ocasiones, la actitud de los padres es menos receptiva a la hora de reconocer la existencia de un problema, un diagnóstico y la necesidad de un tratamiento. En el caso de las madres si bien existe mejor disposición, son las que tienen mayor resistencia al inicio de una intervención farmacológica. En el caso presentado, la madre de Joe, es quien muestra mayor interés y participa activamente del tratamiento de su hijo, mientras que el padre se mantiene al margen de los inconvenientes que pueda tener la progenitora en cuanto a la crianza del niño.

- Los resultados de algunos estudios en cuanto a los efectos del estrés tóxico prenatal, hacen referencia que, dentro de su evolución, estos niños podrían tener problemas en el desarrollo del lenguaje, más probabilidad de problemas socioemocionales y problemas conductuales que incluyen al TDAH y trastornos de conducta. De la misma manera refieren que el estrés tóxico prenatal también ha sido materia de estudio en correlación con la ansiedad o la depresión materna prenatal, refiriendo que mediante estudios se ha observado por ejemplo que la ansiedad que reportan las progenitoras cuando están embarazadas impactaría de mayor manera en el desarrollo de los niños, mucho más que la depresión. Por lo tanto, para los investigadores significa aun un desafío el poder ubicar el efecto de los trastornos padecidos por la madre en un hijo. En el caso presentado se ha podido apreciar que, en la historia prenatal, la madre revela haber tenido un embarazo donde tuvo un alto grado de estrés, evidenciando rasgos depresivos, porque su esposo no estaba de acuerdo con la gestación de Joe. De igual forma, en la historia del desarrollo del lenguaje, se ha podido observar que el evaluado tuvo inconvenientes para construir frases simples (cortas) hasta pasados los tres años y medio aproximadamente y presentó síntomas de falta de atención e hiperactividad desde temprana edad.
- De igual modo, se puede observar, la presencia de factores de riesgo y determinantes sociales asociados con la aparición de estrés tóxico, depresión y ansiedad en el embarazo, los cuales serían: tener un historial de depresión, violencia doméstica y/o abuso, bajo nivel educacional y pobreza, mala relación de pareja, embarazo no deseado, eventos

traumáticos, malas relaciones con los padres, entre otros. En el caso presentado, se ha podido observar por las entrevistas efectuadas en la construcción de la historia pre natal, embarazo y posterior desarrollo evolutivo del niño, que se cumplen las condiciones anteriormente mencionadas, tales como: embarazo no fue planificado, ni deseado por ambos progenitores; la madre no había superado totalmente el abuso sexual del que fue víctima en la niñez y no existía una buena relación con el esposo.

- Di Bartolo (2016) se cuestiona ¿de que manera puede una representación segura de apego funcionar como un factor protector de la salud mental? Y nos propone como respuesta, que aunque los patrones de apego no son equivalentes a salud mental o psicopatología, se encargan de aspectos centrales de la representación de uno mismo y del otro, siendo básicos en los procesos de psicopatología y salud. Las representaciones de apego guían la manera en que una persona -en todas las edades- se comportarán en el presente y futuro, con las personas significativas de su vida, y contienen una estrategia para enfrentar las situaciones y regular las emociones. Cuando un niño está expuesto a situaciones negativas, la cualidad de las representaciones es especialmente importante. A través de la evaluación psicológica en el caso presentado, se pudo apreciar que existe dificultades en el vínculo emocional en la diada materno-filial.
- Por su parte Cohen (2015) sostiene que es fundamental, una y otra vez, no perder de vista que el síntoma “incluye siempre al sujeto y al otro, porque el riesgo de perder esta perspectiva atañe, en la salud mental infantojuvenil, al futuro del niño. Dentro de la evaluación en el caso

presentado, se aprecian que existen inconvenientes en las relaciones emocionales entre el evaluado y sus padres.

- Grau (2007) amplía que en los estudios sobre familias con niños con TDAH nos alertan sobre una elevada probabilidad que existan relaciones conflictivas en todos los integrantes del grupo familiar y el paciente, se puede generar un clima tenso, inclusive la relación de pareja se puede deteriorar o romper. Hay que tomar atención ya que la forma en que responden los padres y demás miembros de la familia, cuando uno de sus hijos tiene TDAH no supone ser igual y por tal motivo no se puede deducir y catalogar como patológica a una familia con un hijo que tiene el diagnóstico TDAH. En el caso presentado la madre asume la responsabilidad de la crianza de Joe y la responsabilidad de llevar el hogar, motivo por el cual se presentan discusiones en la pareja. Actualmente no se ha definido si los padres continúan con la “relación”.
- Gonzales (2014) dice que es importante tener en cuenta que desde el enfoque sistémico el terapeuta trabaja con el conflicto familiar que viene a ser el síntoma, este se considera una característica del sistema y no pertenece solo al que lo sufre. En el caso presentado apreciamos que podría haber una resistencia a la separación real, que encubriría el deseo de preservar “la unión familiar”. Sería deseable, como se recomienda, que la familia pueda realizar terapia sistémica porque permitiría trabajar el problema en toda su dimensión.

REFERENCIAS

- Aguirre, E., Abufhele, M., & Aguirre, R. (2016). Estrés prenatal y sus efectos Fundamentos para la intervención temprana en neuroprotección infantil. *Estudios Públicos*, 144, 7-29. Obtenido de https://www.cepchile.cl/cep/site/docs/20170113/20170113095631/rev144_eaguirre_otros.pdf
- APA. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales(DSM-5)* (Quinta ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Bastardas, J., Ortiz, J., Sánchez, V., & Sabaté, J. (2015). Diagnóstico del TDAH. *Revista española de pediatría clínica e investigación*, XXXXXXI(2), 69-74. Obtenido de <https://www.seinap.es/wp-content/uploads/Revista-de-Pediatrica/2015/REP%2071-2.pdf>
- Bedoya, L., & Alviar, M. (2013). Familias atrapadas en la hiperactividad. *Revista Facultad de Trabajo Social*, 29(29), 237-259. Obtenido de <https://revistas.upb.edu.co/index.php/trabajosocial/article/download/2336/2080>
- Cohen, S. (2015). *La niñez cautiva Salud mental infantil y juvenil* (Primera ed.). Buenos Aires , Argentina: Fondo de Cultura Económica de Argentina .
- Congreso de la República. (2007). *Colegio de Psicólogos del Perú Consejo Directivo Nacional*. Recuperado el 13 de Julio de 2019, de Colegio de Psicólogos del Perú Consejo Directivo Nacional: http://www.cpsp.pe/documentos/marco_legal/ley_28369_del_trabajo_del_psicologo_y_su_reglamento.pdf
- Delgado, I., Rubiales, J., Etchepareborda, M., Bakker, L., & Zuluaga, J. (2012). Intervención multimodal del tdah: el papel coterapéutico de la familia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XXI(1), 45-51. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/2819/281925884005.pdf>
- Di Bartolo, I. (2016). *El Apego Como nuestros vínculos nos hacen quienes somos* (Primera ed.). (J. Cicoella, Ed.) Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial .
- FEAADAH. (2019). *FEAADAH Federación española de asociaciones de ayuda al déficit de atención e hiperactividad*. Recuperado el 5 de Junio de 2019, de <http://www.feaadah.org/es/sobre-el-tdah/-como-podemos-ayudarte-/soy-padre-madre/el-diagnostico.htm>
- Fernández, M. (2018). *El TDAH y los trastornos del neurodesarrollo. Un viaje de las sombras a la luz en unos cuantos capítulos*. (Segunda ed.). Jaén, Jaén, España: Formación Alcalá.
- Fernández-Jaén, A., López-Martín, S., Albert, J., Fernández-Mayoralas, M., Fernández-Perrone, A., Calleja, B., & López Arribas, S. (2017). Trastorno

por déficit de atención/hiperactividad: perspectiva desde el neurodesarrollo. *Revista de Neurología*, XXXXXXIV(1), 101-104. Obtenido de <https://www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/brs01s101.pdf>

Filomeno, A., Bákula, V., Fosca, C., Chian, I., Duda, B., Chau, C., . . . Echegaray, M. (2008). *Manual de diagnóstico y manejo del TDAH: enfoque multidisciplinario* (Primera ed.). (A. Filomeno, Ed.) Lima, Lima, Perú: Asociación Peruana de Déficit Atención(APDA).

Gonzales, K. (2014). Un caso de trastorno por déficit atencional desde la mirada Sistémica: Más allá del diagnóstico. *Revista Sul Americana de Psicología*, II(1). Obtenido de <http://ediciones.ucsh.cl/ojs/index.php/RSAP/article/download/1733/1598>

Grau, M. (2007). *Análisis del contexto familiar en niños con TDAH*. Tesis Doctoral, Universitat de Valencia, Valencia. Obtenido de <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/10230/grau.pdf>

Herreros, O., & Sanchez, F. (2005). TDAH: factores y riesgo de protección. *Revista Española de pediatría clínica e investigación*, XXXXXXI(6), 460-466. Obtenido de <https://www.seinap.es/wp-content/uploads/Revista-de-Pediatria/2005/REP%2061-6.pdf>

Hospital Victor Larco Herrera. (2019). *Hospital Victor Larco Herrera*. Recuperado el 01 de junio de 2019, de <https://www.larcoherrera.gob.pe/estadisticas/epidemiologia/486-2019/4379-sala-situa-epi-03-2019.html>

Isorna, M. (2015). *Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)* (Primera ed.). Madrid, España: Andavira Editora.

Jill, E. (2019). Terapia conductual para niños con TDAH. *Child Mind Institute*. (C. Miller, Entrevistador, & C. Miller, Editor) Nueva York, Nueva York, Estados Unidos. Recuperado el 9 de Julio de 2019, de Child Mind Institute.: <https://childmind.org/article/terapia-conductual-para-ninos-con-tdah/>

Larbán, J. (2015). *Asmi sociación para la salud mental infantil desde la gestación*,. Recuperado el 13 de Julio de 2019, de Asmi sociación para la salud mental infantil desde la gestación,: <http://www.asmi.es/arc/doc/Manifiesto%20ASMI%20TDAH%20Juan%20Larb%C3%A1n%20Diciembre%202015.pdf>

López, J., Rodríguez, L., Sacristán, A., Garrido, M., & Martínez, T. (2006). El psicólogo clínico y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad:vinculación con el pediatra. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, VIII(4), 157-173.

- Miller, C. (2019). *Child Mind Institute*. (C. Miller, Editor, & C. Miller, Productor) Recuperado el 9 de Julio de 2019, de Child Mind Institute: <https://childmind.org/article/terapia-conductual-para-ninos-con-tdah/>
- OMS. (2018). *Organización mundial de la salud*. Recuperado el 2019, de Organización mundial de la salud: [https://www.who.int/es/news-room/detail/17-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-\(icd-11\)](https://www.who.int/es/news-room/detail/17-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-(icd-11))
- Orellana, C. (2017). *Fundación CADAH*. Recuperado el 2019, de Fundación CADAH: <https://www.fundacioncadah.org/web/articulo/los-criterios-diagnosticos-del-tdah-en-la-cie-11.html>
- Palomino, M., Pérez, C., & Martin-Calero, M. (2013). Tratamiento actual del trastorno por déficit de atención e hiperactividad TDAH. *Pharmaceutical care*, 15(4), 147-156. Obtenido de <https://idus.us.es/xmlui/bitstream/handle/11441/42757/Tratamiento%20actual%20TDAH.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Pascual-Castroviejo, I. (2008). *Asociación Española de Pediatría AEP*. Recuperado el 11 de Julio de 2019, de Asociación Española de Pediatría AEP: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/20-tdah.pdf>
- Pelaz, A., & Autet, A. (2015). Epidemiología, diagnóstico, tratamiento e impacto del trastorno de déficit de atención e hiperactividad. *Revista española pediatría clínica e investigación*, XXXXXXI(2), 57. Obtenido de <http://www.seinap.es/wp-content/uploads/Revista-de-Pediatría/2015/REP%2071-2.pdf#page=5>
- Plataforma digital única del Estado Peruano. (2019). *GOB. PE Plataforma digital única del Estado Peruano*. Recuperado el 18 de Junio de 2019, de <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/29508-minsa-impulsara-servicios-de-diagnostico-precoz-y-tratamiento-para-personas-con-deficit-de-atencion-e-hiperactividad>
- Presentación, M. J., Pinto, V., Meliá, A., & Miranda, A. (2009). Efectos sobre el contexto familiar de una intervención psicosocial compleja en niños con TDAH. *Escritos de Psicología*, II(3), 18-26. Obtenido de http://scielo.isciii.es/pdf/ep/v2n3/articulo_3.pdf
- Ramírez, M. (2015). Tratamiento cognitivo-conductual de conductas disruptivas en un niño con TDAH y trastorno negativista desafiante. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, II(1), 45-54. Obtenido de http://www.revistapcna.com/sites/default/files/14-14_0.pdf
- Saiz, L. (2018). Psicoestimulantes para el TDAH: análisis integral para una medicina basada en la prudencia. *Revista Asociación Española Neuropsiquiatría*, XXXVIII, 301-330. doi:doi: 10.4321/S0211-57352018000100016

- San Sebastián, J., & Quintero, F. J. (2005). Tratamiento multimodal del trastorno de déficit de atención e hiperactividad TDAH. *Revista Española de pediatría clínica e investigación*, XXXXXXI(6), 503-514. Obtenido de <https://www.seinap.es/wp-content/uploads/Revista-de-Pediatria/2005/REP%2061-6.pdf>
- Servera, M. (2012). *Actualización del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) niños*. (F. F. distancia, Ed.) Obtenido de FOCAD Formación continuada a distancia: http://ibdigital.uib.es/greenstone/collect/portal_social/index/assoc/miso1089/9_001.dir/miso10899_001.pdf
- Soutullo, C., & Hidalgo, M. (2014). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). 3-23. Obtenido de https://www.sepeap.org/wp-content/uploads/2014/02/Ps_inf_trastorno_deficit_atencion_hiperactividad_tdah.pdf
- Ubieto, J. (2015). TDAH Hablar con el cuerpo. En J. Ubieto, *TDAH Hablar con el cuerpo* (págs. 5-6). Barcelona, Barcelona, España: Editorial UOC. Recuperado el Julio de 2019, de <https://books.google.com.pe/books?hl=es&lr=&id=MLjHDAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT5&dq=historia+del+tdah+pdf&ots=XXFO5rOI7W&sig=IZ7rZRIVLFDVPMbXqol0oMeO2gl#v=onepage&q&f=false>
- Vetere, A., & Dallos, R. (2012). *Systemic Therapy and Attachment Narratives*. Madrid, España: Ediciones Morata, S.L.



ANEXOS



CONSENTIMIENTO INFORMADO

En enero de 2019, se nos permitió trabajar un caso clínico de un niño de siete años de edad, que presentaba inconvenientes conductuales y de aprendizaje en casa y en el colegio, en vista de ello lo primero que solicitamos fue el consentimiento de la progenitora, quien nos manifestó que podía proporcionar las facilidades, con el fin de que su hijo pueda mejorar. Por lo cual con este consentimiento llevamos a cabo este caso clínico.



ASENTIMIENTO INFORMADO

Joe es un niño de siete años que asistió al proceso de este caso clínico en doce oportunidades, en todas ellas de manera indirecta se pudo constatar que el niño se sentía a gusto. Al inicio de las sesiones el niño se mostraba algo tímido y con algunas resistencias, sin embargo, a medida que las sesiones avanzaron, se pudo observar que participaba activamente, evidenciando mayor confianza, permitiendo que podamos culminar con el caso presentado.



EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

Se ha considerado para este estudio, diez pruebas psicológicas muy propias al caso clínico y para mantener el secreto de los participantes se mantienen en reserva.

