



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Planteamiento de tratamiento para caso único: Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en una niña de 8 años

Estudiante: Rivera Flores, Natalia Belén

Legajo: 36425

Director/es: Elena Scherb

Trabajo Final de Integración para acceder al título de Especialista en Psicología
Clínica

2024

Planteamiento de tratamiento para caso único: Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en una niña de 8 años

Treatment approach for a single case: Attention Deficit Hyperactivity Disorder in an 8-year-old girl.

Natalia Belén Rivera-Flores

ORCID 0000-0003-3282-6766

RESUMEN: El Trastorno por Déficit de Atención e hiperactividad (TDAH) es un trastorno del neurodesarrollo de inicio en la infancia y que en la mayoría de los casos persiste en la edad adulta afectando significativamente el funcionamiento del paciente. El objetivo de este estudio es describir un caso clínico con una niña de 8 años con diagnóstico de TDAH, en el que se trabajó con un plan de tratamiento basado en terapias con eficacia científica, específicamente Terapia cognitivo-conductual para el abordaje del TDAH.

PALABRAS CLAVES: TDAH, neurodesarrollo, hiperactividad

ABSTRACT Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is a neurodevelopmental disorder that begins in childhood and in most cases persists into adulthood, significantly affecting the patient's functioning. TThe objective of this study is to describe a clinical case of an 8-year-old girl diagnosed with ADHD, in which a treatment plan based on scientifically effective therapies was used, specifically Cognitive-Behavioral Therapy for addressing ADHD.

KEYWORDS: ADHD, neurodevelopment, hyperactivity

INTRODUCCIÓN

Trastorno por Déficit de Atención e hiperactividad (TDAH) es un trastorno del neurodesarrollo de inicio en la infancia y que en la mayoría de los casos persiste en la edad adulta afectando significativamente el funcionamiento del paciente (Vida-Estrada et al., 2012). López et al. (2008) sostienen que existen múltiples estudios epidemiológicos, clínicos, de genética molecular, neuropsicología, neuroimagenología y neurofarmacología, que avalan su origen neurobiológico sin

embargo, la etiología exacta no se conoce. La etiología podría ser tanto genética como adquirida, pero en ambas circunstancias con la misma base bioquímica como origen del trastorno. La mayoría de los casos son hereditarios por vía autosómica dominante por parte de ambos progenitores de manera similar. Además de los casos hereditarios, están los de origen adquirido (Pascual Castroviejo, 2008).

Los estudios de neuroimagen estructural y funcional de personas con TDAH muestran anomalías en estructuras cerebrales (región prefrontal, ganglios de la base y cerebelo, entre otras) que producen un desequilibrio en el funcionamiento normal de los neurotransmisores en estas regiones del sistema nervioso central. En términos generales, se produce una alteración de la recaptación presináptica de dopamina y noradrenalina que desequilibra el funcionamiento de los circuitos frontoestriado, mesolímbico o frontocerebeloso. Esta situación desencadena un funcionamiento anómalo de los mecanismos de autocontrol y función ejecutiva de nuestro cerebro, lo cual ocasiona los síntomas que percibimos en el día a día y las manifestaciones clínicas habituales en el TDAH (Soteras, et. al.2022).

Su diagnóstico se basa en criterios clínicos validados, siendo los más recientes los del DSM-5 (APA, 2024). Según el DSM-5 para establecer el diagnóstico de TDAH deben presentarse dos patrones persistentes de inatención y/o hiperactividad que interfieren con el funcionamiento o desarrollo. El diagnóstico es exclusivamente clínico, según Saiz (2023) al compararse los criterios del DSM-IV con el DSM-5-R se advierte mayor relevancia del síntoma que de la disfunción. Mientras el DSM-IV-R exigía explícitamente que ciertos síntomas se vinculen a disfunción antes de la edad de 7 años (Criterio B) en al menos dos escenarios distintos (Criterio C), el DSM-5 eleva el umbral de edad, a la par que hace referencia a la presencia de síntomas. De forma análoga, mientras el DSM-IV-R exigía “clara evidencia de disfunción clínicamente significativa en la esfera social, académica u ocupacional” (Criterio D), eso no ocurre en el DSM-5, donde basta que los síntomas “interfieran en la calidad de alguna de ellas o la reduzcan”. Se estima que su prevalencia oscila entre el 5 y 10% a nivel global, en Argentina no hay información estadística oficial, sin embargo, según el Grupo Comportamiento Humano, Genética y Ambiente (IPSIBAT, CONICET – UNDMP) su prevalencia en Argentina es de alrededor del 4% en niños, niñas y adolescentes.

Su presencia puede producir una importante repercusión en el niño tanto a nivel académico como en sus relaciones personales o a nivel familiar, por lo que es primordial tratar de identificarlo lo antes posible y realizar un correcto abordaje multidisciplinar e individualizado para disminuir las posibles consecuencias/dificultades.

OBJETIVO

El objetivo de este trabajo es presentar un estudio de caso de una paciente de 8 años de edad, con diagnóstico de Trastorno de Atención e Hiperactividad. Se presenta la formulación del caso y las intervenciones terapéuticas desde un abordaje cognitivo conductual basado en la evidencia.

MÉTODO

Estudio de caso

1. CONTEXTUALIZACIÓN DEL CASO Y MÉTODO

El TDAH es un trastorno con alta prevalencia en población infantil, conllevando desde la psicología a la implementación de tratamientos con importante nivel de eficacia. En los últimos años, se han desarrollado diversas investigaciones que han permitido evidenciar la efectividad de la intervención cognitivo conductual para el TDAH en niños. Los modelos cognitivos-conductuales integran postulados teóricos de la teoría conductual y cognitiva. Este modelo pone gran énfasis en los procesos de aprendizaje y en la influencia de los factores ambientales. Se da mucha importancia a la manera de procesar la información para comprender el desarrollo de trastornos psicológicos. Los niños con TDAH habitualmente muestran conductas que pueden no ser adecuadas en el contexto en el que se encuentran. La terapia cognitivo-conductual es una opción de tratamiento que puede ayudar a disminuir este tipo de conductas. Cuanto más pronto se identifique y se intervenga en todos sus contextos mejores resultados tendrá dicha terapia. Las metas y objetivos de esta terapia son aprender y fortalecer los comportamientos y habilidades positivas y eliminar o reducir aquellos que no son adecuados por resultar problemáticos

2. LA CLIENTE

La paciente por quien consultan es Sofía de 8 años, la madre solicita turno por derivación del pediatra. Tenía 7 años al momento de la primera consulta y asistía desde pre jardín hasta la actualidad (3er grado) al mismo establecimiento, un colegio privado católico en jornada simple

En el primer encuentro asisten madre, padre e hija (paciente), y traen un diagnóstico de TDAH con previa evaluación de Coeficiente Intelectual, evaluación neurocognitiva y evaluación de TEA realizado por fonoaudiología certificada en ADOS. Los resultados de CI normales y ADOS no concluyentes. La solicitud de una evaluación fue sugerida por el colegio ante las múltiples dificultades que presentaba la niña en el aula.

Es la hija mayor, tiene un hermano varón de 4 años, el padre es ingeniero, la madre es profesora de literatura, organizan sus horarios para estar con sus hijos, no cuentan con niñera. No se registran antecedentes familiares de trastornos mentales ni del neurodesarrollo. Como actividad extracurricular Sofía asiste a taller de dibujo los días sábados, madre refiere que: "Allí puede concentrarse por más tiempo" "son actividades libres". Madre refiere que no quiere medicar a la niña, que ella es así porque es parte de su personalidad y que el colegio debe adaptarse a ella y no excluirla. Sofía expresa que la pelean y la dejan sola (los compañeros de grado). El rendimiento académico es adecuado, sin embargo, hay dificultad para la organización de las carpetas, copiado, pérdida de útiles, realiza las tareas velozmente ocasionado errores.

Conceptualización de caso clínico

Se infiere que las conductas de hiperactividad e impulsividad de Sofía se sostienen y mantienen en el tiempo por diversos factores: rutinas muy flexibles y disfuncionales (ejemplo merendar en el auto, dormir en diversos horarios y lugares etc.) como así también comportamientos de sobreprotección de la madre; principalmente en el colegio; (reclamos a docentes, pedido de cambio de notas, etc.) y evitación de situaciones sociales donde el comportamiento de Sofía sea evidenciado frente a otros. Se observa dificultad en la aceptación y comprensión del diagnóstico, búsqueda de explicaciones, justificaciones de las conductas no apropiadas. Madre y

padre emplean el uso refuerzo positivo para potenciar la aparición de conductas deseadas pero con reforzadores tangibles y de manera inconsistente. Se presenta diálogo verborrágico y comportamientos inadecuados e interrupciones recurrentes de la madre durante las sesiones y reuniones con el gabinete escolar similares a las presentadas por la niña, favoreciendo la imitación y un inadecuado desarrollo de las habilidades sociales.

Se infiere que por el déficit de atención Sofía no realiza un buen registro de normas y convenciones sociales, como también de las emociones y necesidades de sus pares lo que dificulta de manera significativa su interacción y vinculación. Esto también influye en su desempeño académico principalmente en la organización en el plano y la ejecución rápida de las tareas ocasionando errores.

3. CONCEPTO ORIENTADOR CON APOYO DE INVESTIGACIÓN Y EXPERIENCIA CLÍNICA

Con respecto al tratamiento del TDAH en reiteradas ocasiones se ha considerado el tratamiento farmacológico como primera medida de intervención ante casos con afectación clínica importante. López- Villalobos et al. (2019) en su estudio de revisión sobre la eficacia de los tratamientos psicológicos no farmacológicos en niños y adolescentes con trastorno por déficit de atención con hiperactividad llegaron a la conclusión que la Terapia de Conducta (TC) en formato de entrenamiento a padres, profesores o integrada en un grupo más amplio de paquetes terapéuticos, es eficaz en la mejora de la clínica básica de TDAH y en mayor medida en el deterioro funcional asociado y en la comorbilidad. La terapia de conducta es generalmente recomendada en edad preescolar como tratamiento único y en edades posteriores como tratamiento conjunto con la medicación cuando la clínica y deterioro funcional es relevante o de forma aislada cuando ambas dimensiones presentan menor intensidad. A su vez, la terapia cognitivo conductual se ha mostrado útil cuando es integrada en un paquete de intervenciones más amplio, que suele incluir la terapia de conducta. Las terapias de neurofeedback y mindfulness evidenciaron cambios favorables en los síntomas básicos pero presentaron limitaciones metodológicas y conclusiones contradictorias. Otros estudios resaltan la importancia de un abordaje multimodal: farmacológico, psicológico, psicopedagógico, familiar, escolar y social (Nieves-Fiel, 2015).

4. EVALUACIÓN DE LOS PROBLEMAS, OBJETIVOS, FORTALEZAS E HISTORIA DE LA PACIENTE

Estudio de caso único. Se realizaron entrevistas a padres, reuniones con docentes y equipo psicopedagógico del colegio (psicóloga y psicopedagoga) y observación en el colegio, también se administraron cuestionarios estandarizados a padres y docentes. Como medida pre test los padres completaron el *Cuestionario de conducta de Conners para padres* (C.C.I.; Parent`s Questionnaire, C. Keith Conners) en su forma abreviada (CPRS-48) las 48 preguntas se reparten en 5 factores: 1. Problemas de conducta, 2. Problemas de aprendizaje, 3. Quejas psicósomáticas, 4. Impulsividad-Hiperactividad y 5. Ansiedad obteniendo una puntuación de 36 puntos, y los docentes de Sofía completaron el *Cuestionario de conducta de Conners para profesores* también en su forma abreviada que está compuesto de 28 preguntas repartidas en 3 factores: 1. Problemas de conducta, 2. Hiperactividad y 3. Desatención obteniendo una puntuación de 69 puntos.

En consultorio y en el establecimiento educativo se observaron las siguientes conductas: dificultad para seguir reglas de juego, las modifica a su conveniencia, al igual que las consignas escolares, no finaliza la lectura de las mismas, corre sin sentido en los recreos, no logra permanecer sentada durante las clases, copia y realiza las tareas rápidamente provocando omisiones y desorganización en el plano, pelea con los varones, no tiene amigas/os, los niños la evitan, en ocasiones parece estar ausente en las actividades o no estar prestando atención, interrumpe a la hora de dialogar, las conversaciones no son fluidas y varían de un tema al otro sin finalizar el anterior lo mismo ocurre con las actividades, a excepción de actividades de su interés como dibujar o crear historias. Hay un inadecuado acercamiento a los otros a la hora de vincularse no respeta el espacio personal/comportamientos impulsivos. Baja percepción de normas y convenciones sociales.

5. FORMULACIÓN Y PLAN DE TRATAMIENTO

Para el abordaje se plantea una intervención cognitivo- conductual presencial con la niña y sus padres en el consultorio y reuniones con el equipo escolar. Estará conformado por 12 sesiones estructuradas con una duración de 40 minutos cada sesión con frecuencia semanal y con actividades para desarrollar en el hogar.

Los objetivos planteados durante las sesiones fueron los siguientes:1) proporcionar información sobre el origen, desarrollo y mantenimiento del problema; 2) brindar orientaciones familiares y pautas educativas; 3) establecer hábitos de organización y planificación para todo el grupo familiar; 4) establecer rutinas y normas de conducta concretas y físicas en casa; 5) Disminuir la frecuencia e intensidad de las conductas disruptivas; 6) potenciar autonomía y responsabilidad; 7) favorecer el despliegue de habilidades sociales acordes al contexto; 8) Aprender estrategias de autoregulación.

6. RESULTADOS

Se inició tratamiento y se implementó durante dos meses, luego se interrumpió por decisión parental. Se infiere que se interrumpió luego de observarse avances positivos: menor hiperactividad durante el horario escolar (no así en el hogar), esto se vio reflejado en el boletín semanal; mayor organización de los tiempos y tolerancia a la espera con el empleo de tabla "Mis actividades" tanto en la sesión como en la casa, del cual también participo el hermano menor siendo positivo para la aceptación de la actividad, como también del empleo de economía de fichas para el reforzamiento de la organización semanal. También hubo cambios en la vinculación con los compañeros de grado, logrando mayor inclusión en las actividades grupales, estas fueron favorecidas por sus docentes, manifestando la paciente alegría ante el cambio. Se estima que otro de los motivos de la suspensión de las sesiones se debió al presentarse la constancia de inicio de tratamiento en el colegio e informe con sugerencias para la institución.

7. CONCLUSIÓN

Si bien el tratamiento no llegó a finalizarse se pudo rescatar la importancia del trabajo multidisciplinar y de la involucración de la familia en el proceso terapéutico, observándose en poco tiempo cambios significativos para la paciente. La implementación de terapias con evidencia científica individualizada es fundamental ya que en cantidades reducidas de sesiones se pueden generar modificaciones positivas y disminuir consecuencias mayores, siendo esto favorable a nivel sanitario ya que aporta tratamientos efectivos y de calidad.

Con respecto a la interrupción del tratamiento es necesario considerar los factores que llevaron a esa decisión como también que aspectos de la alianza terapéutica no se reforzaron lo suficiente, siendo en este caso de suma importancia ya que al ser una paciente pequeña depende de los padres su asistencia, quizás no se enfatizó lo suficiente en la importancia de la participación parental en el tratamiento o quizás no fue tan claro las sesiones de psicoeducación sobre el trastorno y su abordaje.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Editorial Panamericana.
- López, I., Rodillo, E., Kleinsteuber, K. (2008). Neurobiología y diagnóstico del Trastorno por Déficit de Atención. *Revista Médica Clínica Condes*, (19), 511-524.
- López Villalobos, J. A., López Sánchez, M. V. y Andrés De Llanos, J. (2019). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: revisión del tratamiento psicológico. *Revista electrónica de investigación y docencia creativa*, (8) ,95-105.
- Nieves Fiel, M. I. (2015). Tratamiento cognitivo-conductual de un niño con TDAH no especificado. *Revista de psicología clínica con niños y adolescentes*, (2), 163-168.
- Pascual Castroviejo, I. (2008). Trastornos por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Asociación Española de Neurología Pediátrica. *Protocolos de neurología*, (12), 140-150.
- Saiz, L. C. (2013). Atentos al déficit de atención (TDAH). Entre la naturaleza incierta y la prescripción hiperactiva. *Boletín de información farmacoterapéutica de Navarra*, 21(5), 1–19.
- Soteras, C. E., Fernández, M. A. F., Fenoy, C. T., del Valle, F. M., Cervera, G. R. y Casas, I. S. M. (2022). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). *Protocolo diagnóser pediátr*, (1), 85-92.
- Vidal Estrada, R., Bosch Munso, R., Nogueira-Morais, M., Casas-Brugue, M. y Ramos Quiroga, J. A. (2012). Tratamiento psicológico del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en adultos: revisión. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 40(3), 147–154.

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN DE OBRAS EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL DE LA UFLO UNIVERSIDAD

RIUFLO - *Repositorio Institucional de la Universidad de Flores* - fue creado para gestionar y mantener una plataforma digital de acceso libre y abierto para la difusión de la creación intelectual de la Universidad de Flores.

El autor cede a la Universidad de forma gratuita pero no exclusiva, los derechos de reproducción, de distribución y de comunicación pública de su obra, a través del **RIUFLO**. Por lo tanto, la Universidad adopta para los ítems allí depositados la Licencia Creative Commons atribución - no comercial 4-0 internacional que siempre requerirá que se cite la fuente y se reconozca la autoría. De solicitar otras limitaciones, el autor podrá detallarlas en forma expresa o a través de la elección de otro modelo de Licencia.

Autorizo la publicación de la obra en el RIUFLO (seleccionar una opción):

A partir del día de la fecha de aprobación del TFI [X]

A partir de otra fecha, especificar: ... / ... / ...

Lugar y fecha: Salta 05 de Noviembre del 2024

Firma y aclaración del autor: Rivera Flores, Natalia Belén