



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
ESCUELA DE SOCIALES
CARRERA PSICOLOGÍA CLÍNICA

DOCUMENTO PROBATORIO (DIMENSIÓN ESCRITA) DEL EXAMEN
COMPLEXIVO DE GRADO

PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE PSICÓLOGO CLÍNICO

PROBLEMA:

INCIDENCIA DEL T.D.A.H EN LA PERSONALIDAD Y SU INFLUENCIA EN EL
AUTOCONCEPTO EN UN ADOLESCENTE DE 16 AÑOS DE EDAD EN LA UNIDAD
EDUCATIVA DIEZ DE AGOSTO DEL CANTÓN MONTALVO

AUTORA:

KATHLEEN PAOLA ECHEVERRIA GARCIA

TUTOR:

MSC. SILVIA LOZANO

BABAHOYO – SEPTIEMBRE/ 2021

INTRODUCCION

El presente estudio de caso hace referencia a la Incidencia del T.D.A.H en la Personalidad y su influencia en el Auto concepto en un adolescente de 16 años de edad en la Unidad Educativa Diez de Agosto del cantón Montalvo, recordando que los pacientes con T.D.A.H son diagnosticados en la etapa de la niñez y una de sus principales características es la impulsividad la cual crea en el sujeto poco manejo de su conducta y un escaso control inhibitorio.

Mediante el desarrollo de este estudio de caso se llevará a cabo el análisis y vínculo entre las variables planteadas en la investigación, además este proyecto se enfoca en la línea de investigación como es asesoramiento psicológico y una sub-línea investigación de la carrera de psicología clínica que es asesoría y orientación educativa, personal, socio-familiar, vocacional y profesional.

Se Determina como el TDAH puede llegar a tener comorbilidad y esto aumentaría potencialmente los factores de riesgo en el paciente, limitando diferentes áreas como la afectiva y conductual. El desarrollo de las variables se lleva a cabo por medio de una investigación de corte transversal haciendo uso de test psicométricos diseñados para medir y evaluar rasgos psicológicos como lo son: MINI (1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional) y BASC.

La ponencia en este estudio de caso se da de manera presencial en donde se aplican las técnicas para realizar la recolección de información y de esta manera se lleva a cabo el psicodiagnostico pertinente. Obteniendo como resultado trastorno de déficit por atención con comorbilidad con el trastorno de personalidad Narcisista, y más adelante emplear la ACT (Terapia de Aceptación y Compromiso).



DESARROLLO

Justificación

Este estudio de caso es sumamente importante ya que mediante la ejecución se pretende mitigar signos y síntomas propios que posee el adolescente de 16 años de edad diagnosticado con T.D.A.H de la Unidad Educativa Diez de Agosto del cantón Montalvo y determinar cómo este trastorno influye sobre la personalidad del sujeto.

El T.D.A.H es un trastorno que es caracterizado por la dificultad para poner atención además de demostrar hiperactividad y comportamientos impulsivos. Si bien es cierto este trastorno se lo diagnostica en la niñez, y con el pasar de los años muchos logran mitigar ciertas conductas, pero se requiere de monitoreo continuo. En este estudio se desea demostrar si el adolescente diagnosticado con T.D.A.H, demuestra comorbilidad y mediante el tratamiento psicológico orientar a la autorregulación, el control la irritabilidad y el manejo de sus emociones de manera positiva.

Este estudio de caso pretende beneficiar al adolescente, sus padres y a su entorno, mediante la aplicación de técnicas y métodos psicológicos acordes al trastorno. Además, analizar e identificar si existiría comorbilidad para poder aplicar un tratamiento eficaz. Y promover conductas positivas para lograr estabilidad emocional.

La proyección del estudio de caso es precisar el efecto el cual se enfoca en la mejoría de la conducta del adolescente de 16 años, de la misma forma el progreso en su interacción con la familia, compañeros de aula y el medio, por ende, este estudio es de tipo exploratorio que contribuye a un formidable aprendizaje de la problemática en el cantón Montalvo por la cual se puede evidenciar muy poca información sobre estudios relacionados con el tema.



Objetivo

Determinar como el T.D.A.H incide sobre la personalidad y auto concepto de un adolescente de 16 años de la Unidad Educativa “Diez de Agosto” del cantón Montalvo.

Sustento Teórico

TDAH

El TDAH tiene como característica fundamental la visibilidad de tres factores los cuales son: carencia de atención, impulsividad e hiperactividad, y va más allá que un trastorno siendo este un síndrome. Una de las creencias era que este trastorno solo lo padecían niños y adolescentes, pero se ha demostrado que este cuadro perdura en la adultez (Castroviejo, 2008).

El mismo autor nos menciona que durante las últimas décadas se han ido aumentando el índice de comorbilidad sobre este trastorno y que la aparición de un trastorno adicional no causara ninguna interferencia en el tratamiento del TDAH. Este autor también no menciona que la probabilidad de la presencia de este trastorno se lo evidencia más en hombres que mujeres.

Todo aquel individuo que sea diagnosticado con TDAH muestra falacias en la atención en una sola situación o cosa, en cuestión de pocos minutos se aburren con tan solo una tarea. Se la evidencia en el área académica, social o laborales (Álvarez y Claros, 2011).

Etiología

Como etiología se entiende al origen de una patología entonces por ende decir que este trastorno puede darse de manera biológica o adquirida, en su gran parte son hereditario por consecuencia de la vía autosómica dominante de los dos progenitores.



En el área educativa los infantes se caracterizan por no cumplir sus tareas acordes al tiempo determinado, enviar sus tareas sin cuidado en la higiene y presentación, sin lógica alguna, con muchos errores y sin ser revisadas antes de ser presentadas. Los infantes no concluyen dichas tareas antes de pasar a la próxima dejándola incompleta, falta de atención a las instrucciones etc.

En el ámbito social son niños que no pueden tener relaciones con sus pares de manera fluida, debido a que no saben manejar muy bien sus emociones, no respetan turnos, en una conversación muchas veces no logran comprender el contexto del mismo y por ello sus respuestas son fuera de lugar.

Según Barkley (2011) menciona que el TDAH mantiene una subcategoría la cual se desglosa en las siguientes: TDAH con su presentación dominante hiperactiva/impulsiva, TDAH y su presentación dominante falta de atención, TDAH y su presentación mixta.

Criterios diagnósticos basados en el DSM-5:

Hiperactividad- Impulsividad:

- Hablar en exceso
- No espera turnos
- Movimiento continuo y alterado de las manos o pies
- Interrumpe a los demás
- No juega tranquilo
- No puede estar sentado por mucho tiempo
- Responde mucho antes de terminar la pregunta
- Inquieto
- Adelantarse a lo que hace el resto



Falta de atencion:

- Problemas para prestar atencion
- Dificultad para seguir ordenes
- Se distraen muy facil
- Rechazan o evitan las tareas de actividades mentales en las cuales se tiene que hacer mas esfuerzo
- Pierden objetos
- Dificultad para mantener una conversacion activa
- Distraccion por estímulos externos.

Factores de Riesgo

Sexo: Son diagnosticados mas varones que mujeres

Edad: son diagnosticados en las edades de 3 y 6 años

Herencia: componentes geneticos lo caules influyen en la adquisicion de este trastorno

Otros: Parto prematuro, salud de los progenitores, expocion en la infancia a productos toxicos, lesion cerebral, exceso de videojuegos o television.

Pronostico

Algunos de los signos y sintomas de este trastrono se van disminuyen con el pasar de los años pero esto se da si el sujeto ya se encuentra inmerso en un tratamiento, sin embargo hay factores que disminuyen la probabilidad de un avance en el proceso tales como una infancia en donde sea insuficiente la aceptacion por parte de sus pares, rechazo o abandono sendo estos factores



predisponentes para el consumo de sustancias ilícitas, agresividad, problemáticas en el ámbito sociales e interpersonales , además de desinterés en el área educativa. (Vicario & Santos, 2014).

Comorbilidad

La comorbilidad hace referencia a la presencia de 2 o más trastornos en un paciente y el TDAH no sería la excepción como prueba de ello se dice que una de las más probables es la adquisición del consumo de sustancias tóxicas (Zúñiga & Forteza, 2014).

Prevalencia de la comorbilidad en el TDAH:

- T. del aprendizaje
- T. de conducta
- Ansiedad
- Depresión
- T. del lenguaje
- T. del espectro autista
- Epilepsia, etc

Diagnóstico

Los síntomas se presentan a partir de los 3 a 6 años, sin embargo este trastorno es muy difícil de diagnosticar ya que muchas veces suele ser confundido con otros trastornos de sintomatología similar. No hay una sola técnica para diagnosticar este trastorno , el profesional de la salud mental debe hacer todo lo necesario para adquirir la información correcta y llegar al diagnóstico (Instituto Nacional de la Salud Mental, 2012).



Tratamiento

Una de las ponencias importantes para el tratamiento del TDAH se basa en la TC (Terapia Conductual), esta terapia ayuda a mitigar los signos y síntomas de la conducta inadecuada en los pacientes con TDAH, modificando la conducta para que el sujeto pueda lograr desenvolverse en el medio de la mejor manera posible (Alda et al., 2010).

La Personalidad

La personalidad se realiza en servicio al progreso del desarrollo del sujeto, en donde intervienen los factores sociales, biológico y ambientales que exponen, adaptan y perseveran el comportamiento humano (Sinisterra et al., 2009).

Según Boeree (2018) explica como Albert Bentura considero a la personalidad como el resultado del medio, comportamiento y los procesos mentales. Resumiendo que la personalidad es causada por el entorno.

Dentro de los diez tipos de trastornos de la personalidad se agrupan en 3: (A),(B)Y(C). En las cuales dentro de A estan: paranoide, esquizoide y esquizotipico. En la B se encuentran: antisocial, limite, narcisista e histriónico y en La clasificacion de C se encuentran: evitativo, dependiente, obsesivo-compulsivo.

El TDAH y su relacion con rasgos o Trastornos de Personalidad

En el subtipo Hiperactivo e Impulsivo del TDAH se asocia mas con el T. de personalidad antisocial y el T. Narcisista, estas comorbilidades pueden llegar a enturbiar el diagnostico del TDAH por lo cual es importante ser cautelosos a la hora del diagnostico que se emplee (Boeree, 2018).



Autoconcepto

El autoconcepto es primordial en el desarrollo de la personalidad, así como la evidencia de un autoconcepto bueno o positivo es la clave para el bienestar personal, ayuda al sujeto a mantener un equilibrio en el área personal, social, familiar y profesional (Esnaola et al., 2008). Además mencionar que al autoconcepto se lo puede clasificar en 4 dimensiones: afectivo – emocional, ético – moral, autonomía y autorrelación.

Según ALLPORT (2008) menciona que el autoconcepto es la imagen que vemos de nosotros mismos y la noción que obtenemos del prójimo. En este apartado también tiene como fundamento saber las capacidades propias y las limitaciones.

El TDAH y su relación con el autoconcepto

Las personas con TDAH tienen una compleja relación consigo mismas debido a su baja autoestima y motivación lo cual les dificulta una relación positiva entre su cognición y conducta. Las alteraciones afectivas son muy evidentes, muchos de los infantes no saben cómo controlar sus emociones y pueden llegar a malinterpretar situaciones que afectarían al autoconcepto del individuo.

El autoconcepto en los adolescentes

Los adolescentes son quienes se encuentran en una etapa vulnerable ya que dependen de la transición entre la niñez el trayecto hacia la adultez, si bien sabemos la adolescencia empieza a la edad de los 14 años en hombre y 12 años en mujeres, esta fase que se empiezan a establecer rasgos de descubrimiento, autoconcepto, identidad sexual etc (Madrazo, 2012).



El autoconcepto se fundamenta en la concepción del YO, la misma que es formada por las experiencias del medio y la interacción con las otras personas, siendo una configuración cognitiva organizada.

La importancia de poseer un autoconcepto positivo es la posibilidad de enfrentar los retos con inteligencia mental y emocional, hacer uso de la realidad, volverse independientes ya que pueden explorar sus propios criterios sin miedo al fracaso.

La búsqueda de una identidad propia influye sobre el comportamiento del mismo, es aquí en donde interviene el autoconcepto siendo una pieza clave para mejorar la percepción que tiene cada individuo sobre sí mismo.

Técnicas aplicadas para la recolección de la información

El presente estudio de caso pone en práctica el diseño transversal en donde se analizó el vínculo entre las variables del estudio de caso siendo una de las ventajas de este estudio la viabilidad por su rapidez y fiabilidad.

Posterior de obtener los parámetros de los componentes conceptuales y definido el plan de investigación se inicia a establecer las técnicas requeridas para la extracción de información las cuales son:

- Observación directa: La observación es una de las técnicas más utilizadas por los profesionales en la salud mental ya que por medio de ella se adquiere información y luego se registra para ser verificada o analizada. Este tipo de observación es ejecutada en las sesiones ya que se mantiene contacto directo con el paciente.



Por medio de esta técnica de investigación básica adquirimos datos importantes para el estudio de caso, evaluando las capacidades y el contenido en los cuales se utilizo gracias a una guía de observación empleada.

- Entrevista Clínica: Mediante el dialogo entre el entrevistador en este caso el profesional de la salud mental y el entrevistado es decir el paciente, se puede llegar al rapport por medio del empleo de las capacidades de persuacion que maneja el psicologo, obteniendo informacion valiosa para el caso.

Con el uso de esta tecnica se logro adquirir informacion fundamental para el caso, en especial aquellos factores que no se puede oir, solo se observa, analiza y se registra la sintomatologia del individuo. Ademas se utilizaron los instrumentos que se mencionan a continuacion:

- ✓ (H.C) Historia Clínica: Esta tecnica es empleada para examinar los datos, tratando siempre de indagar al paciente con cautela para conseguir infromacion util y necesaria que lleve al diagnostico correcto. Con ayuda de este instrumento de investigacion se puede recopilar informacion pasada y actual del individuo, esta herramienta es la base para realizar el diagnostico, en donde se realizan preguntas para poder analizar los rasgos emocionales y conductuales.
- ✓ Test: Su objeto primordial es poder identificar rasgos de personalidad, el comportamiento, ademas de características propias de cada persona.



Por medio de la ejecución de test psicológicos : MINI (1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional) y BASC, ambos sirvieron para el análisis de la personalidad y otros factores importantes para la reflexión acerca del autoconcepto del paciente.

Resultados Obtenidos

Posterior del cumplimiento de la entrevista clínica y la Historia Clínica, se llevó a cabo el uso de MINI y BASC test utilizados para medir la personalidad y por medio de la aplicación de estas herramientas se logró obtener datos precisos para el diagnóstico del adolescente de 16 años de edad con TDAH del cantón Montalvo-Provincia de Los Ríos.

La elaboración del caso se dio en siete sesiones, aquellas intervenciones que son redactadas a continuación:

La sesión número uno fue realizada el día lunes 14 de junio del presente año siendo las 8:30 a.m en la Unidad Educativa “Diez de Agosto” del cantón Montalvo, se realizó la entrevista clínica se accedió a la información necesaria para la redacción de la historia clínica del adolescente a quien se lo nombra como Raul quien tiene la edad de 16 años, haciendo uso a la observación se evidenció las siguientes características en el menor: Nerviosismo, Inquietud, Irritabilidad, no dejaba de mostrarse ansioso, él habla sin parar. Es considerable decir que el paciente ya hacía uso de un tratamiento farmacológico y psicológico, su trastorno fue detectado a la edad de 7 años.

La sesión número dos fue desarrollada el día martes 21 de junio a las 9:00 am Unidad Educativa “Diez de Agosto” del cantón Montalvo, se llevó a cabo la aplicación de los test correspondiente al problema anteriormente detectado en el motivo de consulta, los instrumentos usados son los siguientes: MINI (1.1. MINI International Neuropsychiatric Interview) y BASC,



fueron empleados para detectar comorbilidad. El TDAH tiene como probabilidad elevada la adquisición de otros trastornos relacionados con la cognición, conducta o afectividad.

La sesión número tres fue el día lunes 27 de junio del 2021 a las 9:30 am la Unidad Educativa “Diez de Agosto” del cantón Montalvo, se inició con una feedback y posterior a ello se le informó al paciente el trastorno detectado por medio del estudio minucioso del caso, adicionalmente se trabajó como inicio al tratamiento una de las terapias de tercera generación cognitiva conductual: ACT (Terapia de Aceptación y compromiso) empezando con la técnica de fusión cognitiva la cual tenía como objetivo que el paciente visualice sus pensamientos solo como eso más no como hechos reales.

La cuarta sesión desarrollada el lunes 6 de julio del presente año a las 9:00 am Unidad Educativa “Diez de Agosto” del cantón Montalvo, se emplea la técnica del mindfulness en donde el objetivo principal fue aprender a observar los pensamientos desde otra perspectiva (afuera).

Mediante la práctica de ejercicios de Yoga como “la respiración de la aveja”, también el uso de Mindful-eating, rutinas antes de dormir y la aceptación de las emociones que surgen en cualquier momento hicieron que el adolescente pudiese canalizar la ira, la irritabilidad, la hiperactividad en armonía.

La quinta sesión del día jueves 15 de julio del 2021 siendo las 10:00 am en la Unidad Educativa “Diez de Agosto” del cantón Montalvo se usó la técnica de Metáforas la cual consiste en aclarar o modificar la conducta por medio de metáforas literarias en donde el paciente logra tener alternativas para dar solución a una problemática.

En la sesión número seis empleada el día jueves 22 de julio y martes 27 de julio del 2021 a las 8:00 am cada día en la Unidad Educativa “Diez de Agosto” se procede a usar la técnica de



exposicion con el objetivo de que “Raul” pueda sobrellevar actividades que le generaraban un sentimiento de ansiedad para trasformarlo en algo positivo, abandonando ciertos patrones de comportamiento sustituyendolos por sus valores.

En sesion siete desarrollada el lunes 2 de agosto del 2021 siendo las 8:30 am en la Unidad Educativa “Diez de Agosto” del canton Montalvo se empleo feedback para luego desarrollar la tecnica clarificacion de valores en donde el objetivo principal era encaminar al paciente a tener un nuevo y mejorado estilo de vida.

El adolescente cumple con los parámetros para el diagnóstico basados en el DSM-5, su sintomatología: Irritabilidad, movimientos excesivos de manos, habla en exceso, no espera su turno, dificultad para mantener la atención fija en una sola actividad o cosa, intolerancia a la crítica, indiferencia hacia el resto, excesiva demostración de querer llamar la atención y ser elogiado, carencia de empatía, arrogancia, ideas de ser único y especial, por medio del análisis del caso se detectaron los siguientes diagnósticos:

Diagnóstico Definitivo: 314.01 (F90.1) Trastorno moderado de déficit por atención e hiperactividad patrón predominante Hiperactiva/ impulsiva.

Diagnóstico Presuntivo: 301.81 (F60.81) Trastorno de la personalidad Narcisista.

A continuación se muestra el resumen sindrómico y las áreas perjudicadas por el trastorno, este resumen facilito en el soporte del propósito para el empleo del plan psicoterapéutico.

- ✓ En el área conductual los síntomas son: Aislamiento, Inquietud, arrogancia, apatía, prepotencia, poco control de sus impulsos.



- ✓ En el àrea cognitiva indica los siguientes rasgos: Poca concentracion, imaginacion irreal, creerse ser superior y unico, inhibicion, problemas en su memoria de trabajo.
- ✓ En el àrea personològica y social demuestra: Dificultad para esperar y respetar turnos, problemas para jugar e interaccionar con sus pares, inquieto, baja autoestima.
- ✓ En el àrea afectiva tiene los siguientes rasgos: Poca motivacion, Dificultad para mantener una relación afectuosa con sus pares, reprime sus emociones.

Mediante la entrevista clínica se muestra la confusion hacia su imagen, desestabilizacion afectiva, egocentrismo, creencia errada de ser superior y unico, ademas de realizar la manipulacion en sus relaciones interpersonales denota sospecha en la comorbilidad del Trastorno de Personalidad Narcisista.

Soluciones Planteadas

El caso cuenta con un programa psicoterapèutico respaldado en una de las Terapias de Tercera Geracion como lo es la ACT (Terapia de Aceptacion y compromiso) el adolescente de 16 años del cantón Montalvo necesita hacer uso de terapias tanto de relajacion como de tecnicas para modificar la conducta, ya que el ser diagnosticado con TDAH con con predominio en hiperactividad e impulsividad 314.01 (F90.1) y un diagnostico presuntivo como lo es : 301.81 (F60.81) Trastorno de la personalidad Narcisista hace que este plan terapeutico tome eficacia por su flexibilidad y potencia, destacar que este ultimo diagnostico debe ser estudio a detalle.

Con el diagnostico y la informacion recogida surgen soluciones considerables para la mejoria del paciente, el enfoque es la ACT esta terapia de tercera generacion clasifica al pensamiento como una conducta el cual tiene como nombre evento privado accesible solo para el



paciente, no camufla las emociones por lo contrario se pretende que el paciente logre enfrentar las emociones para llegar a la meta.

Esta terapia puede ser usada de por vida ya que es accesible, flexible y breve, para comprender el manejo de la terapia primero se debe hacer consiente al paciente de su trastorno, que comprenda el ritmo de vida que llevara de por vida y todo lo que ha venido haciendo para contrarrestar los sintomas del TDAH seran anulados, los problemas no se evaden sino se los abraza para convivir con ellos y saber como controlarlos.

La segunda etapa de esta terapia es la orientacion a los valores, en esta fase el paciente lograra clarificar sus metas de vida, las que influyen sobre los cambios positivos.

En la tercera fase es abordar el control es el problema, esat fase se le tiene que probar al paciente que todos los intentos realizados por controlar sus problemas son el propio probelma y que el paciente se de cuenta por si mismo de aquello.

En la cuarta fase es la aceptacion, no se trata de eliminar los sentimientos sino exponerlos y comprobar que se puede superar las adversidades.

La quinta fase se trata de la defusion cognitiva, el lenguaje tiene poder sobre nuestra sobre nosotros, moldea la manera en la que actuamos.

En a sexta fase la cual es el YO como contexto, busca que el paciente pierda esas ataduras e identidad personal que no ha contribuido de manera positiva sobre su vida, el paciente debe tener fijo su centro. La septima y ultima fase es la accion comprometida, comprometer al paciente en el cambio el cual no debe ser solo a corto plazo llevandolo a cambios duraderos y esto se dara en tal manera del cumplimiento de las instrucciones que deben ser adoptadas por el mismo paciente.



A continuacion se pone a consideracion el esquema terapeutico utilizado:

Esquema Psicoterapéutico

Hallazgos	Meta Terapéutica	Técnica	Números de sesiones	Fecha	Resultados Obtenidos
Creencias erradas de sí mismo y del exterior.	Visualizar los pensamientos como simples pensamientos mas no como hechos propios de la realidad.	Defusión Cognitiva	1	27 de junio del 2021	Clarificación de los pensamientos en cuanto a la realidad.
Manejo errado de emociones y pensamientos	Aprender a observar los pensamientos desde otra perspectiva (afuera).	Mindfulness	1	6 de julio del 2021	El aumento de su capacidad de regulación emocional.
Dificultad para enfrentar y resolver problemas de la vida cotidiana.	Modificar la conducta y de esta manera resolver los problemas desde otra perspectiva.	Metáforas	1	15 de julio del 2021	Cambio muy evidente en el comportamiento del paciente.
Rechazo a las relaciones interpersonales	Experimentar una situación desagradable para modificar su percepción y con ello hacerla parte de un elemento normal o positivo.	Técnicas de exposición (Exposición en vivo e imaginación)	2	22 de julio del 2021 27 de julio del 2021	Mayor Interacción con sus pares, seguro de sí mismo ante situaciones estresantes.
Disminución de los valores.	Inculcar al paciente la importancia de los valores dentro de su ser.	Clarificación de valores	1	2 de agosto del 2021	Mejora en su estilo de vida, incremento sus valores, aceptación y autoconocimiento.

CONCLUSIONES

Este estudio de caso fue ejecutado por medio de los conocimientos alcanzados en el transcurso de la formación de la carrera y que cada uno de los aportes brindados por los catedráticos y las asignaturas estudiadas las cuales fueron de mucha ayuda para realizar la participación psicológica adecuada en el adolescente, por medio del uso de técnicas y herramientas para la obtención de datos importantes para realizar el diagnóstico.

El progreso del caso proporciona de manera oportuna el diagnóstico el cual se utilizó para fijar el plan psicoterapéutico basado en la ACT (Terapia de aceptación y compromiso) esta terapia de tercera generación se enfoca en intervenir primero sobre la conducta para posterior intervenir sobre las emociones y los pensamientos.

Como realización del objetivo el cual fue determinar como el T.D.A.H incide sobre la personalidad y auto concepto de un adolescente de 16 años de la Unidad Educativa “Diez de Agosto” del cantón Montalvo, se debe decir que la personalidad es un constructo que se lleva a cabo por medio del entorno, son estas situaciones externas las cuales moldean o infieren sobre nuestra personalidad puede ser de manera positivas o negativas según como se las canalice.

Con la implementación de técnicas como la observación, la entrevista clínica y donde el instrumento usado fue la historia clínica y los test de personalidad - auto concepto demuestran que el paciente posee un Diagnóstico Definitivo: 314.01 (F90.1) Trastorno moderado de déficit por atención e hiperactividad patrón predominante Hiperactiva/ impulsiva y su Diagnóstico Presuntivo: 301.81 (F60.81) Trastorno de la personalidad Narcisista, su auto concepto sería errado debido a factores internos y externos que generaron esta controversia.



Acto seguido de haber aplicado el tratamiento y disponer los resultados concretos en virtud del análisis de cada uno de estos se logró realizar un plan psicoterapéutico focalizado en una de las terapias de Tercera Generación ACT, con el fin de modificar la conducta del paciente para que cree un nuevo estilo de vida y así poder entender la funcionalidad de su trastorno, teniendo en cuenta que los elementos fundamentales de esta terapia son el Auto concepto y la Aceptación.

Como uno de los logros principales es haber alcanzado en este estudio de caso el manejo de las sesiones en donde el paciente se mostraba negado a participar, pero con ayuda de la empatía, la predisposición y el empleo de habilidades sociales se alcanzaron las metas propuestas.

El auto concepto errado del paciente provocaba en él una idea distorsionada de su ser y como consecuencia de aquello provocaba relaciones negativas con sus compañeros de aula, familiares y catedráticos. Recurriendo a la aplicación de la ACT se logró modificar estas conductas negativas para aumentar en el paciente la resiliencia, los valores y la paz que tanto anhelaba.

Se recomienda que el adolescente haga hincapié en el programa psicoterapéutico ya que son planificaciones relacionados con el estado mental que cambian su estilo de vida, aprendiendo en el camino que nada es fácil y que las dificultades serán inevitables, pero es ahí en donde se hace uso de lo aprendido como lo es la flexibilidad psicológica, una vez que el paciente comprende la funcionalidad de estas técnicas puede llevar de por vida el empleo de la terapia. En cuanto a los familiares se les recomienda impulsar al paciente con el plan psicoterapéutico, siendo ellos la pieza clave que él adolescente necesita para saber convivir con su trastorno ya que el TDAH como otros trastornos mentales no tienen cura, pero si se puede hacer uso de tratamientos que aporten al paciente calma y mejoría en su vida.



BIBLIOGRAFÍA

- Alda, J. A., Serrano, E., Juan J. Ortiz, & San, L. (2010). *El TDAH y su tratamiento*. Observatorio de la Salud de la infancia y adolescencia.
- ALLPORT, G. W. (2008). *Autoconcepto*.
- Álvarez, C. V., & Claros, J. A. (2011). Trastorno por deficit de atencion e hiperactividad (TDAH), una problematica a abordar en la politica publica de primera infancia en colombia. *Revista de Salud Publica*, 2-16.
- Barkley, R. A. (2011). *TDAH: diagnóstico, demografía y clasificacion en subtipos*. Carolina del sur.
- Boeree, C. G. (2018). *Teorías de Personalidad en Psicología: Albert Bandura*.
- Castroviejo, I. P. (2008). *Trastornos por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)*. España: Asociación Española de Pediatría.
- Esnaola, I., Goñi, A., & Madariaga, J. M. (2008). El autoconcepto: perspectivas de investigacion. *Revista de Psicodidáctica*, 69-96.
- Madrazo, C. N. (2012). “*autoconcepto en adolescentes de 14 a 18 años*” (estudio realizado en *funda niñas mazatenango*). Quetzaltenango.
- Mental, I. N. (2012). *Trastorno de Deficit de atencion e Hiperactividad (TDAH)*.
- Sinisterra, M. M., Cruz, J. P., & Gantiva, C. (2009). *Teorías de la personalidad. Un análisis histórico del concepto y medicion*. Bogota-Colombia: Psychologia: avances de la disciplina.



Vicario, M. H., & Santos, L. (2014). *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Manifestaciones clínicas y evolución. Diagnóstico desde la evidencia científica*. *Pediatría Integral*.

Zúñiga, A. H., & Forteza, O. D. (2014). *El TDAH y su comorbilidad*.



ANEXOS

ANEXO A

Nombre del paciente: _____ Número de protocolo: _____
 Fecha de nacimiento: _____ Hora en que inició la entrevista: _____
 Nombre del entrevistador: _____ Hora en que terminó la entrevista: _____
 Fecha de la entrevista: _____ Duración total: _____

MODULOS	PERIODOS EXPLORATORIOS	CUMPLE	CRITERIOS	DSM-5	CIE-10
A EPISODIO DEPRESIVO MAYOR (EDM)	Actual (2 semanas)	<input type="checkbox"/>	299.20-296.26 episodio único		F32.x
	Recidivante	<input type="checkbox"/>	296.30-296.36 recidivante		F33.x
EDM CON SÍNTOMAS MELANCÓLICOS (opcional)	Actual (2 semanas)	<input type="checkbox"/>	296.20-296.26 episodio único		F32.x
		<input type="checkbox"/>	296.30-296.36 recidivante		F33.x
B TRASTORNO DISTÍMICO	Actual (últimos 2 años)	<input type="checkbox"/>			
C RIESGO DE SUICIDIO	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	300.4		F34.1
	Riesgo:				
	<input type="checkbox"/> leve <input type="checkbox"/> moderado <input type="checkbox"/> alto	<input type="checkbox"/>			
D EPISODIO MANÍACO	Actual	<input type="checkbox"/>	296.00-296.06		F30.x-F31.9
	Pasado	<input type="checkbox"/>			
EPISODIO HIPOMANÍACO	Actual	<input type="checkbox"/>	296.80-296.89		F31.8-F31.9/F34.0
	Pasado	<input type="checkbox"/>	300.01/300.21		F40.01-F41.0
E TRASTORNO DE ANGUSTIA	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>			
	De por vida	<input type="checkbox"/>	300.22		F40.00
F AGORAFOBIA	Actual	<input type="checkbox"/>			
G FOBIA SOCIAL (<i>Trastorno de ansiedad social</i>)	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	300.23		F40.1
H TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	300.3		F42.8
I ESTADO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (opcional)	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	309.81		F43.1
J DEPENDENCIA DE ALCOHOL	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	303.9		F10.2x
ABUSO DE ALCOHOL	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	305.00		F10.1
K DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS (no alcohol)	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	304.00-.90/305.20-.90		F11.1-F19.1
ABUSO DE SUSTANCIAS (no alcohol)	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	304.00-.90/305.20-.90		F11.1-F19.1
L TRASTORNOS PSICÓTICOS	De por vida	<input type="checkbox"/>	295.10-295.90/297.1		F20.xx-F29
	Actual	<input type="checkbox"/>	297.3/293.81/293.82 293.89/298.8/298.9		
TRASTORNO DEL ESTADO DEL ÁNIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS	Actual	<input type="checkbox"/>	296.24		F32.3/F33.3
M ANOREXIA NERVIOSA	Actual (últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/>	307.1		F50.0
N BULIMIA NERVIOSA	Actual (últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/>	307.51		F50.2
ANOREXIA NERVIOSA TIPO COMPULSIVA/PURGATIVA	Actual	<input type="checkbox"/>	307.1		F50.0
O TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	Actual (últimos 6 meses)	<input type="checkbox"/>	300.02		F41.1
P TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD (opcional)	De por vida	<input type="checkbox"/>	301.7		F60.2

Instrucciones generales

La MINI es una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración que explora los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y la CIE-10. Estudios de validez y de confiabilidad se han realizado comparando la MINI con el SCID-P para el DSM-III-R y el CIDI (una entrevista estructurada desarrollada por la Organización Mundial de la Salud para entrevistadores no clínicos para la CIE-10). Los resultados de estos estudios demuestran que la MINI tiene una puntuación de validez y confiabilidad aceptablemente alta, pero puede ser administrada en un período de tiempo mucho más breve (promedio de $18,7 \pm 11,6$ minutos, media 15 minutos) que los instrumentos mencionados. Puede ser utilizada por clínicos tras una breve sesión de entrenamiento. Entrevistadores no clínicos deben recibir un entrenamiento más intenso.

ENTREVISTA:

Con el fin de hacer la entrevista lo más breve posible, informe al paciente que va a realizar una entrevista clínica que es más estructurada de lo usual, en la cual se le van a hacer unas preguntas precisas sobre sus problemas psicológicos y las cuales requieren unas respuestas de sí o no.

PRESENTACIÓN:

La MINI está dividida en módulos identificados por letras, cada uno corresponde a una categoría diagnóstica.

- Al comienzo de cada módulo (con excepción del módulo de los trastornos psicóticos), se presentan en un **recuadro gris**, una o varias preguntas «filtro» correspondientes a los criterios diagnósticos principales del trastorno.
- Al final de cada módulo, una o varias casillas diagnósticas permiten al clínico indicar si se cumplen los criterios diagnósticos.

CONVENIOS:

Las oraciones escritas en «letra normal» deben leerse «palabra por palabra» al paciente con el objetivo de regularizar la evaluación de los criterios diagnósticos.

Las oraciones escritas en «MAYÚSCULAS» no deben de leerse al paciente. Éstas son las instrucciones para asistir al entrevistador a calificar los algoritmos diagnósticos.

Las oraciones escritas en «negrita» indican el período de tiempo que se explora. El entrevistador debe leerlas tantas veces como sea necesario. Sólo aquellos síntomas que ocurrieron durante el período de tiempo explorado deben ser considerados al codificar las respuestas.

Respuestas con una flecha encima (➔) indican que no se cumple uno de los criterios necesarios para el diagnóstico. En este caso el entrevistador debe pasar directamente al final del módulo, rodear con un círculo «NO» en todas las casillas diagnósticas y continuar con el siguiente módulo.

Cuando los términos están separados por una barra (/) el entrevistador debe leer sólo aquellos síntomas que presenta el paciente (p. ej., la pregunta H6).

Frases entre paréntesis () son ejemplos clínicos de los síntomas evaluados. Pueden leerse para aclarar la pregunta.

INSTRUCCIONES DE ANOTACIÓN:

Todas las preguntas deben ser codificadas. La anotación se hace a la derecha de la pregunta enmarcando SÍ o NO.

El clínico debe asegurarse de que cada dimensión de la pregunta ha sido tomada en cuenta por el paciente (p. ej., período de tiempo, frecuencia, severidad,

alternativas y/o).

Los síntomas que son mejor explicados por una causa médica o por el uso de alcohol o drogas no deben codificarse sí en la MINI. La MINI Plus tiene preguntas que explora estos problemas.

Para preguntas, sugerencias, sesiones de entrenamiento o información acerca de los últimos cambios en la MINI se puede comunicarse con:

David V Sheehan, M.D., M.B.A. Soto, M.D. University of South Florida	Yves Lecrubier, M.D./Thierry Hergueta, M.S. University of South Florida Institute for Research in Psychiatry Velázquez, 156, 47, boulevard de l'Hôpital	Laura Ferrando, M.D. INSERM U302	Marelli IAP
Salpêtrière East Fletcher Avenue FL USA 33613-4788 Tampa, FL USA 33613-4788 91 564 47 18	Tel.: + 1 813 974 4544	Hôpital de la 3515 East Fletcher Avenue 28002 Madrid, España F. 75651 París, Francia	3515 Tampa, Tel.: +
Tel.: + 1 813 974 4544 974 4575	Tel.: + 33 (0) 1 42 16 16 59	Fax: + 91 411 54 32	Fax: + 1 813
Fax: + 1 813 974 4575 mon0619@aol.com e-mail: dsheehan@hsc.usf.edu	Fax: + 33 (0) 1 45 85 28 00	e-mail: iap@lander.es	e-mail: e-mail: hergueta@ext.jussieu.fr

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)



ANEXO B

C. Riesgo de suicidio

DURANTE ESTE ULTIMO MES:

Puntos:

C1. ¿Ha pensado que estaría mejor muerto, o ha deseado estar muerto?

NO SÍ 1

C2 ¿Ha querido hacerse daño?

NO SI 2

C3 ¿Ha pensado en el suicidio?

NO SI 6

C4 ¿Ha planeado cómo suicidarse?

NO SI 10

C5 ¿Ha intentado suicidarse?

NO SI 10

A lo largo de su vida:

C6 ¿Alguna vez ha intentado suicidarse?

NO SI 4

¿CODIFICO SI EN POR LO MENOS 1 RESPUESTA?

NO SI

Riesgo de Suicidio

1-5 puntos: leve

6-9 puntos: moderado

≥10: alto

SI **SÍ**, SUME EL NÚMERO TOTAL DE PUNTOS DE LAS RESPUESTAS (C1-C6) RODEAR CON UN CÍRCULO «SÍ» Y ESPECIFICAR EL NIVEL DE RIESGO DE SUICIDIO.



ANEXO C

P. Trastorno antisocial de la personalidad (opcional)

(→ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS Y RODEAR CON UN CÍRCULO NO)

P1 Antes de cumplir los 15 años:

- | | | | |
|---|----|----|---|
| a. ¿Faltaba a la escuela o se escapaba y dormía fuera de casa con frecuencia? | NO | SÍ | 1 |
| b. ¿Mentía, hacía trampa, estafaba o robaba con frecuencia? | NO | SÍ | 2 |
| c. ¿Iniciaba peleas o incitaba a otros, los amenazaba o los intimidaba? | NO | SÍ | 3 |
| d. ¿Destruía cosas deliberadamente o empezaba fuegos? | NO | SÍ | 4 |
| e. ¿Maltrataba a los animales o a las personas deliberadamente? | NO | SÍ | 5 |
| f. ¿Forzó a alguien a tener relaciones sexuales con usted? | NO | SÍ | 6 |

¿CODIFICÓ SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE P1? → NO SÍ

NO CODIFIQUE SÍ, SI LA CONDUCTA ES SÓLO POR MOTIVOS POLÍTICOS O RELIGIOSOS.

P2 Después de cumplir los 15 años:

A ¿Se ha comportado repetidamente de una forma que otros considerarían irresponsable, como no pagar sus deudas, ser deliberadamente impulsivo o deliberadamente no trabajar para mantenerse?

NO SÍ 7

B ¿Ha hecho cosas que son ilegales incluso si no ha sido descubierto (p. ej., destruir la propiedad, robar artículos en las tiendas, hurtar, vender drogas o cometer algún tipo de delito)?

NO SÍ 8

C ¿Ha participado repetidamente en peleas físicas (incluyendo las peleas que tuviera con su cónyuge o con sus hijos)?

NO SÍ 9

D ¿Ha mentido o estafado a otros con el objetivo de conseguir dinero o por placer, o mintió para divertirse?

NO SÍ 10

E ¿Ha expuesto a otros a peligros sin que le importara?

NO SÍ 11

F ¿No ha sentido culpabilidad después de hacerle daño a otros, maltratarlos, mentirles o robarles, o después de dañar la propiedad de otros?

NO SÍ 12

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE P2?

NO SÍ
**TRASTORNO
ANTISOCIAL DE LA
PERSONALIDAD DE
POR VIDA.**

ANEXO D

BASC

ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE LA CONDUCTA –EMC- ESCALAS EVALUATIVAS DE LOS MAESTROS (6-11 AÑOS) Reynolds & Kamphaus

Fecha:

Nombre del Niño(a): _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Edad: _____ **Sexo:** F () M () **Grado:** _____ **Institución:** _____

Instrucciones: En ambos lados de este cuestionario hay frases que describen la manera como un niño(a) podría actuar. Por favor, lea cada frase y marque la respuesta que mejor describa la forma como ha estado actuando su hijo(a) en los últimos seis meses. Si ha tenido cambios durante este periodo, describa entonces la conducta más reciente. Por favor, marque cada ítem. Si usted no sabe o tiene dudas, señale una respuesta aproximada.

Encierre la letra N en un círculo si la conducta nunca ocurre Nunca (0%)
Encierre la letra V en un círculo si la conducta ocurre a veces A veces (25%)
Encierre la letra F en un círculo si la conducta ocurre frecuentemente (a menudo) Frecuentemente (75%)
Encierre la letra S en un círculo si la conducta ocurre casi siempre Casi siempre (95%)
Si desea cambiar la respuesta, táchela con una X y encierre en un círculo la nueva respuesta

1. Se adapta bien a los(as) nuevos(as) maestros(as)	N	V	F	S
2. Discute cuando no le siguen la corriente	N	V	F	S
3. Come uñas	N	V	F	S
4. Se rinde fácilmente durante el aprendizaje de cosas nuevas	N	V	F	S
5. Fija la mirada en el vacío	N	V	F	S
6. Le importa poco los sentimientos de los demás	N	V	F	S
7. Permanece desmotivado mucho tiempo si se le cancela su actividad favorita	N	V	F	S
8. Hace las tareas a la carrera	N	V	F	S
9. Asiste a actividades extracurriculares	N	V	F	S
10. Tiene dificultades para terminar los exámenes	N	V	F	S
11. Ofrece ayuda voluntariamente	N	V	F	S
12. Se queja de frío	N	V	F	S
13. Realiza las lecturas asignadas	N	V	F	S
14. Se niega a hablar	N	V	F	S
15. Se orina o defeca accidentalmente	N	V	F	S
16. Amenaza con herir a los demás	N	V	F	S
17. Se preocupa por las cosas que no se pueden cambiar	N	V	F	S
18. Se distrae fácilmente durante los trabajos en clase	N	V	F	S
19. Intenta autoagredirse	N	V	F	S
20. Se vuela de la clase	N	V	F	S
21. Dice: "no tengo amigos(as)"	N	V	F	S
22. Molesta a los demás durante la clase	N	V	F	S
23. Es creativo(a)	N	V	F	S
24. Comete errores por descuido	N	V	F	S
25. Dice: "por favor, y gracias"	N	V	F	S
26. Se queja de asfixia	N	V	F	S
27. Estudia con los(as) compañeros(as)	N	V	F	S
28. Evita competir con otros(as) niños(as)	N	V	F	S

29. Culpa a los demás	N	V	F	S
30. Ve cosas que no están ahí	N	V	F	S
31. Hace trampas en los exámenes y en los trabajos escolares	N	V	F	S
32. Se queja de que se burlan de él	N	V	F	S
33. Habla demasiado duro	N	V	F	S
34. Intimida a los demás	N	V	F	S
35. Busca llamar la atención mientras hace las tareas	N	V	F	S
36. Motiva a otros para hacer las cosas bien	N	V	F	S
37. Analiza la naturaleza de los problemas antes de empezar a resolverlos	N	V	F	S
38. Es terco(a)	N	V	F	S
39. Destruye las cosas de otros(as) niños(as)	N	V	F	S
40. Es nervioso(a)	N	V	F	S
41. Tiene dificultad para poner atención a las amonestaciones	N	V	F	S
42. Come cosas que no son comida	N	V	F	S
43. Tiene que quedarse castigado(a) en el colegio	N	V	F	S
44. Cambia fácilmente de estado de ánimo	N	V	F	S
45. Golpetea con los pies o con el lápiz	N	V	F	S
46. Tiene muchas ideas	N	V	F	S
47. Dice que los libros son difíciles de entender	N	V	F	S
48. Tiene sentido del humor	N	V	F	S
49. Se queja de su salud	N	V	F	S
50. Hace trabajos extras para mejorar sus calificaciones	N	V	F	S
51. Juega solo(a)	N	V	F	S
52. Tartamudea	N	V	F	S
53. Es contestón(a) con los profesores	N	V	F	S
54. Dice: "tengo miedo de cometer errores"	N	V	F	S
55. Los periodos de atención son muy cortos	N	V	F	S
56. Parece fuera de la realidad	N	V	F	S

CARACTERÍSTICAS DEL BASC

El BASC tiene numerosas características que lo hacen un sistema único y fiable de valoración del comportamiento:

- El BASC evalúa una gama amplia de dimensiones distintas. Además de evaluar trastornos emocionales y problemas de personalidad y conductuales, identifica rasgos positivos que pueden ser útiles en el proceso de tratamiento.
- La gama de dimensiones evaluadas ayuda a establecer el diagnóstico diferencias de categorías específicas de trastornos (tales como las que se señalan en el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales [DSM]) y de categorías generales de problemas.
- El BASC proporciona información desde múltiples fuentes que se comparan utilizando instrumentos que han sido tipificados con la misma muestra para ayudar a lograr diagnósticos fiables y precisos.
- Cada componente del BASC está diseñado para una situación específica o para un tipo de persona que responde, puesto que algunos constructos o comportamientos son más importantes o se pueden medir más fácilmente en ciertas situaciones que en otras.
- Las escalas del BASC son muy fáciles de interpretar porque están elaboradas en torno a constructos claramente especificados.
- Las escalas y componentes del BASC tienen una alta consistencia interna y fiabilidad test-retest
- El BASC resulta fácil de aplicar y corregir
- Los baremos se basan en muestras amplias y representativas, y están diferenciadas en función de la edad y el sexo del niño o adolescente.