



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

**DOCUMENTO PROBATORIO DEL EXAMEN COMPLEXIVO DE GRADO**  
**PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE**  
**PSICÓLOGA CLÍNICA**

**TEMA:**

**CARACTERIZACIÓN DEL TRASTORNO POR DEFICIT**  
**DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN UN NIÑO**  
**DE 4 AÑOS DE LA CIUDAD DE BABAHOYO**

**AUTOR:**

**ERIKA MANUELA GARCIA TORRES**

**TUTOR:**

**PSIC. WALTER ADRIAN CEDEÑO SANDOYA, MGS.**

**BABAHOYO – 2022**

## **AGRADECIMIENTO**

A mi Dios todopoderoso gracias infinitas por su gran amor y por todas las bendiciones que me ha regalado. por iluminar y guiar siempre mi camino.

A mis padres por ser los mejores del mundo, por su apoyo incondicional. gracias a ti papá por darme la mejor herencia en vida, la formación profesional. gracias a dios por ustedes.

A mi esposo gracias por la paciencia, amor y apoyo durante todo este tiempo, siempre comprensivo y motivándome para salir adelante.

A mi niña mi princesa gracias por entenderme y por la paciencia en todas las horas de dedicación que le quite durante estos años que he estudiado. eres la luz de mis días y la motivación más grande para salir adelante. quiero ser un ejemplo de esfuerzo y perseverancia para ti.

A mi tutor gracias por la, paciencia, dedicación, por el amor por lo que hacen, por alentarnos siempre a terminar satisfactoriamente nuestra meta.

## **RESUMEN**

En el presente estudio de caso de un paciente de 4 años, diagnosticado según los criterios del DSM-V con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. Proveniente de una familia compuesta, convive con su abuela de 75 años y tía de 23 años y su tío de 19 años, con quienes mantiene una relación cercana y armónica. Un niño que al seguir su proceso de desarrollo ha mostrado una conducta muy inquieta razón por la cual presenta inconvenientes en el ámbito escolar y familiar, en el sujeto por tal motivo en el desarrollo del caso se recopilaron datos importantes para el progreso del estudio y su respectiva elaboración; se aplicaron técnicas y herramientas psicométricas, tales como el test de Bender – koppitz aplicado el paciente proyectó conducta disruptivas e incluso violentas. Y por último el Test de Desordenes de Hiperactividad /Déficit de Atención de con un total de 100 puntos que nos dice que la probabilidad de hiperactividad se encuentra en la media. Obteniendo de esta manera por medio de entrevistas y test aplicados una vez que toda la información fue organizada, se analizó cada uno de los síntomas que presentaba el niño llegando a obtener un diagnóstico que cumple con los criterios del DSM-V con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

**Palabras clave:** conducta, niño, Hiperactividad, diagnostico

## **ABSTRACT**

In the present case study of a 4-year-old patient, diagnosed according to the DSM-V criteria with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Coming from a compound family, he lives with his 75-year-old grandmother and 23-year-old aunt and 19-year-old uncle, with whom he maintains a close and harmonious relationship. A child who, following his development process, has shown a very restless behavior, which is why he presents inconveniences in the school and family environment, in the subject for this reason in the development of the case, important data were collected for the progress of the study and its respective elaboration; psychometric techniques and tools were applied, such as the Bender-koppitz test applied, the patient projected disruptive and even violent behavior.. And finally, the Attention Deficit/Hyperactivity Disorder Test with a total of 100 points tells us that the probability of hyperactivity is average. Obtaining in this way through interviews and tests applied once all the information was organized, each of the symptoms presented by the child was analyzed, obtaining a diagnosis that meets the criteria of the DSM-V with Deficit Disorder. attention and hyperactivity

**Key words:** behavior, child, hyperactivity, diagnosis

## **INTRODUCCIÓN**

El presente estudio de caso se enfoca en Caracterización del Trastorno por Déficit Atención e Hiperactividad en un niño de 4 años de la ciudad de Babahoyo, desarrollándolo de acuerdo a la línea de investigación de la carrera de psicología: Salud integral y sus factores físicos, mentales y sociales; y la sublínea: Abordaje clínico de los problemas del aprendizaje y conductuales en escolares.

El Trastorno de por Déficit de Atención e Hiperactividad TDAH es el problema de comportamiento más común durante la infancia; constituye la enfermedad crónica más frecuente del periodo escolar y representa un problema complejo, debido a que aparece en edades tempranas, repercute en la vida diaria del niño y existe la probabilidad de que persista a lo largo de la vida.

En el presente estudio de caso de un paciente de 4 años, diagnosticado según los criterios del DSM-V con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. Un niño que al seguir su proceso de desarrollo ha mostrado una conducta muy inquieta razón por la cual presenta inconvenientes en el ámbito escolar y familiar.

Para alcanzar el objetivo propuesto se aplicó al niño diversas técnicas y herramientas psicológicas que permitieron direccionar hacia la obtención de un diagnóstico, el cual fue empleado a través del método mixto, técnica descriptiva y herramientas como: baterías psicológicas, entrevista semiestructurada, mismo que permitieron la elaboración de la historia clínica.

## **DESARROLLO**

### **Justificación**

El trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad a causa del aumento de casos de niños ,adolescentes o adultos que presentan este trastorno ha aumentado el interés social en la última década, principalmente por su alta prevalencia, su carácter crónico y su fuerte impacto en el ámbito familiar, escolar y social; la enfermedad mental, en particular su frecuente asociación con dificultades de aprendizaje, también ha contribuido a la explosión de la investigación sobre el TDAH, son los que tienen mayor impacto tanto en el curso del TDAH como en el desarrollo de los problemas asociados al trastorno.

Si las familias, las escuelas y los grupos de padres son conscientes de las dificultades que enfrentan los niños con TDAH y les brindan oportunidades adecuadas para desarrollar habilidades de autorregulación, pueden promover el desarrollo positivo del trastorno.

Dicha investigación, permitirá que el beneficiario directo y su Familia se oriente sobre el trastorno, lo comprendan e incrementen así los sus recursos en el ámbito emocional, social y conductual de tal manera pueda enfrentar dicha problemática. El presente estudio de caso es factible de analizarlo y estudiarlo ya que los beneficiarios están dispuestos a colaborar en este proceso. Para el actual estudio, se dispuso de técnicas y herramientas psicológicas para llevar a cabo con efectividad el presente estudio de caso.

### **Objetivo**

Caracterizar el Trastorno Por Déficit de Atención e Hiperactividad de un niño de 4 Años de la ciudad De Babahoyo

## **SUSTENTO TEORICO**

### **El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)**

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad es un síndrome neurológico frecuente que presenta unas características nucleares como son la inatención, la hiperactividad e impulsividad, inadecuadas para el grado de desarrollo del niño, y otras asociadas, principalmente, trastornos emocionales, de comportamiento, de aprendizaje, etc., que suponen un gran impacto en todas las áreas de la vida del niño (cognitiva, emocional, social y comportamental).

Hay niños revoltosos, inquietos, movidos, nerviosos, pero a veces detrás de un niño inquieto hay un tema más amplio y complejo que nada tiene que ver con el mero niño travieso. Este es el caso de los niños con TDAH. El TDAH en los niños es bastante común y afecta aproximadamente al 3-5 % de los niños menores de 7 años, con más niños que niñas y 4 niños con TDAH por niña. (Bakley, 1998)

Hasta los 5 años dichos chicos acostumbran exponer un desarrollo motor precoz, inicio temprano de la deambulación y generalmente son descritos por los papás como chicos inquietos, son chicos de sencillos rabietas, buscan una y otra vez la atención, que parecen estar desprovistos de peligro, curiosidad insaciable e hiperactividad.

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad se caracteriza como una guía persistente de desatención y/o hiperactividad-impulsividad, que es más intenso y grave que el visto comúnmente en sujetos de un grado de desarrollo semejante.

Estas 3 magnitudes: inatención, hiperactividad e impulsividad, conforman los ejes del trastorno. Las deficiencias de atención/inatención o la inviabilidad de mantener el grado de atención por largos lapsos, son protestas de este trastorno, se caracteriza además por atención fugaz e impulsos desinhibidos en estados de vigilia. Los individuos que poseen problemas

para concentrarse poseen complejidad para concentrarse en una cosa y se tienen la posibilidad de casarse con una labor, después de realizarla solo por poco tiempo.

La carencia de atención se deduce desde la observación del comportamiento, como pasa, ejemplificando, si un infante no se preserva llevando a cabo una labor a lo largo de la era solicitada, labor que está al alcance de otros chicos de la misma edad, sabiduría y escolarización, de los que se diferencia.

Este déficit atencional puede presentarse tanto en situaciones académicas, como sociales o laborales. En el funcionamiento estudiantil, los chicos tienden a cometer errores por descuido, su trabajo podría ser sucio y llevado a cabo sin meditación y los esfuerzos para conservar la atención otorgan sitio a que, a menudo, el individuo no concluya sus labores. Los cambios de una labor a otra sin concluir ni una de ellas, el no seguimiento de las normas, el hecho de ofrecer la impresión de no oír y tener la mente en otro sitio, y la complejidad para acomodar labores u ocupaciones, construyen varias de las respuestas típicas de los sujetos con este trastorno. Como resultado, los sujetos tienden a evadir las labores que exigen esfuerzo de la mente. No obstante, se requiere decidir que el rechazo a esta clase de ocupaciones sea gracias a las deficiencias del manejo atencional y no a una reacción negativa. (Salinas, 2006)

La hiperactividad es el segundo elemento del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad y suele manifestarse por medio de un desplazamiento desmesurado; un desplazamiento constante, cuando resulta inapropiado realizarlo; preocupación; nerviosismo e imposibilidad para estar sentado sin levantarse; “estar en marcha” siempre, como si se tuviera un motor interno; y dialogar en exceso. Los inconvenientes de los niños con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad integran tanto un exceso de actividad, como una actividad inoportuna, en función de su edad y situaciones. Además, se plantea que son revoltosos, que no paran de ofrecer golpes con los dedos, de desplazarse en sus asientos o de enojar a sus compañeros de clase.

A menudo, la hiperactividad se estima más como un problema para las escuelas y los papás que para el infante perjudicado. No obstante, varios chicos hiperactivos son infelices e inclusive depresivos, ya que su inviabilidad para quedarse quietos los hace blanco de luchas, se les dificulta entrar en contacto con otros chicos, puede dificultar el trabajo estudiantil y, por consiguiente, el castigo se convierte una situación común para ellos. La



conducta hiperquinético (movimiento excesivo) suele reducir mientras el niño crece y puede desaparecer por completo en la juventud. (Carlos, 2011)

La impulsividad como tercer componente caracteriza las conductas de impaciencia, incapacidad para aplazar la respuesta, antes de poder terminar de realizarle la pregunta interrumpe de manera frecuente, lo que causa problemas en las relaciones y situaciones sociales a las cuales se enfrenta. Estos individuos pueden hacer comentarios que no son adecuados, mostrar falta de atención e importancia, poca comprensión de las normas. Es decir que los niños son incapaces de auto controlarse, de manejar su conducta de forma adecuada. (Carlos, 2011)

Entendiendo la impulsividad en este sistema, los chicos impulsivos podrían ser esos cuyo sistema de autorregulación fracasa frente a determinadas situaciones y su comportamiento resulta precipitado, irreflexivo, ineficaz, o sea, son considerados como chicos con un pobre desarrollo del control inhibitorio comportamental y que con lleva otros componentes cognitivos como problemas cognitivos en el estilo de resolución de inconvenientes.

## **Etiología del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)**

Los orígenes de los cuadros y su diagnóstico son complejos. Ningún factor único está presente en todos los niños hiperactivos, y muchos comportamientos repetitivos tienen orígenes diferentes en cada caso. Se estima que su etiología depende principalmente de factores genéticos de factores endógenos o exógenos antes del nacimiento, perinatales y posparto como factores ambientales o familiares, nivel educativo, etc. socialización, escuelas, contaminación y otros factores. (Bakley, 1998)

La etiología de este trastorno es desconocida, y posiblemente intervengan componentes de los genes indudablemente, el THDA tiene un fuerte elemento genético. Estudio familiar revelan que los papás de hijos con THDA poseen un peligro de 2- 8 veces más que la población general de padecer además este trastorno. chicos con THDA poseen una más grande prevalencia de trastornos neuropsiquiátricos como la personalidad antisocial, los trastornos del estado de ánimo, el trastorno disocial, los trastornos obsesivo-compulsivos, los trastornos por ansiedad y el abuso de sustancias. (Barkley, 2006)

Esta situación se ha puesto en prueba de manera contundente al aprender a los papás biológicos de chicos adoptados que padecen este trastorno; la incidencia de patrones psicopatológicos es evidentemente preeminente en los papás biológicos que en los adoptivos. La transmisión familiar ha mostrado distinta penetrancia relacionadas con el sexo. bastante recurrente hallar familias con varios varones afectados en diferentes generaciones.

### **¿Qué problemas presentan los niños con TDAH?**

Alrededor de un 25-30% de los chicos con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad tiene una variación específica del aprendizaje en alguna de las próximas superficies: lectura, escritura, matemáticas, y coordinación motora. Se debe considerar que puede parecer que los chicos con un desarrollo intelectual menor prestan escasa atención, gracias a la carencia de comprensión de las materias; además, dichos chicos poseen más grande incidencia de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad que los chicos de sabiduría habitual. (Salinas, 2006).

Hasta el 50% de los chicos puede tener distintas alteraciones del lenguaje: en el sector expresiva y receptiva, en la fluencia, en el lenguaje pragmático, la prosodia y la

articulación. Estas alteraciones acostumbran solicitar a menudo la participación del logopeda. Los inconvenientes de atención juegan un papel fundamental en la compra de la lectura, y el cribado a lo largo de la fase preescolar puede contribuir a detectar a los chicos con inconvenientes en la lectura. Después tienen la posibilidad de aparecer inconvenientes con el aprendizaje de las matemáticas, ritmo más retardado en la ejecución de las labores, con mala organización del tiempo de dedicación al análisis y complejidad en la programación de las ocupaciones. Además, en puntos de coordinación psicomotriz acostumbran fracasar y expresan. (Salinas, 2006).

### **Influencias Ambientales**

Hay componentes físicos que fueron considerados como razones tales como el clima, la pruebas que indican que el plomo y los aditivos alimenticios poseen cierta predominancia en las conductas hiperactivas.

#### **Plomo ambiental:**

El plomo está presente en el viento y los nutrientes contaminándolos llegando a causar encefalopatías graves en los chicos. Las personas que se han intoxicado con Plomo padecen consecuencias neurológicas permanentes y deterioros cognitivos y conductuales.

Visiblemente es difícil mostrar la predominancia del plomo en medio de las razones de la conducta hiperactiva, pero las investigaciones respaldan que la interacción entre niveles de plomo elevados y deterioro cognitivo.

#### **Alimentación: aditivos, colorantes y azúcares:**

Los productos químicos que tienen dentro los aditivos alimenticios fueron involucrados con distintas maneras de cáncer, esquizofrenia, depresión y patologías cardiovasculares.

Hay 2 nociones primordiales que guían la indagación de la dieta como causa del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. (Feingold, 1975) Mencionaba que los chicos hiperactivos son en especial susceptibles a los elementos tóxicos de los colorantes artificiales, ciertos conservantes y silicatos naturales.

## **Factores psicosociales**

Los componentes psicosociales parecen influir en la evolución del trastorno más que en su origen, entre estos están primordialmente la inestabilidad familiar, los trastornos psiquiátricos en los progenitores, inconvenientes con los equivalentes, paternidad y estilo de crianza inadecuado, las interrelaciones negativas entre papás e hijos, los niños institucionalizados y adoptados y familias con un bajo grado socioeconómico. (A, M, & E, 2012)

La variedad de componentes que se hallan involucrados con los principios del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad tanto los que proceden de la herencia genética como los adquiridos a lo largo del desarrollo humano posibilita hacer una iniciativa de la dificultad del trastorno en el momento de implantar el diagnóstico y procedimiento así como de su prevención. Los componentes de peligro y los componentes protectores van a jugar un papel destacado en esta clase de trastornos.

## **Trastornos Emocionales**

Generalmente los síntomas depresivos en estos niños se asocian con baja autoestima, estado de ánimo irritable, pérdida de interés o placer en las actividades, cambios de apetito y de peso, fatiga, sentimientos de inutilidad, culpa y dificultades de sueño. Dichos síntomas depresivos varían en función de la edad y el sexo del paciente. Entre los 6 y 12 años se muestran en especial síntomas involucrados con la irritabilidad, timidez, enuresis, encopresis, terrores nocturnos e inseguridad primordialmente. En las niñas el trastorno depresivo tiene un principio más temprano, más grande duración y complicación que en los niños.

## **Trastorno de aprendizaje y de la comunicación**

En torno al 70% de los niños con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad muestran problemas de aprendizajes, estos problemas se contemplan en la lectoescritura: inconvenientes de comprensión de textos, escriben textos con menor número de palabras, usan frases cortas, cometen más errores sintácticos y repiten las mismas palabras, la grafía es irregular, los textos descuidados, por consiguiente, sus composiciones escritas son de peor calidad (Miranda, 2013) la rapidez lectora es inadecuada, los esfuerzos en el lenguaje se

observan en la utilización del vocabulario debido a que usan menos palabras y problemas en la fluidez verbal.

### **Trastornos del comportamiento**

El trastorno más comórbido con el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad es el negativista desafiante que se muestra en el 10% de los casos. Las conductas más recurrentes se traducen en comportamientos disruptivos como desobediencia, enojar a los equivalentes, pelearse, dialogar de forma desmesurada, exigir atención de forma reiterada, discutir con adultos de forma reiterada, mentir y baja tolerancia a la frustración.

La prevalencia de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad con el trastorno disocial se ubica entre el 20-50% de los casos, este se muestra a través de comportamientos agresivos, hostiles que muestran un carácter heterogéneo debido a que puede ir a partir de un berrinche hasta la destrucción de material, hurto y absentismo estudiantil. Los niños con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad que muestran comorbilidad con los trastornos del comportamiento acostumbran tener peores interacciones sociales, parientes y académicas.

### **Otros trastornos relacionados con el TDAH**

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad muestra comorbilidad con otros trastornos además de los señalados previamente, a continuación, vamos a resaltar ciertos de estos. Por un lado, estamos que el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad se vinculada con trastornos del sueño. (Beck, 2005)

Dichos niños muestran primordialmente complejidad para quedarse dormidos, desplazamiento de extremidades y/o extremidades, resistencia a irse a la cama, sueño agitado, despertares nocturnos, desmesurada somnolencia diurna, complejidad para despertarse por las mañanas. Los trastornos del sueño conllevan cambios de humor, retraimiento social, agresión, hiperactividad e inconvenientes académicos primordialmente. Por otro lado, los niños con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad muestran altas tasas de trastornos de tics, que tienen la posibilidad de ayudar a la disfunción social gracias a las características (movimientos o verbalizaciones) propias del trastorno.

## Criterios Diagnósticos

Aunque la mayor parte de las personas diagnosticados como Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad muestran indicios tanto de inatención como de hiperactividad impulsividad, podría ser que los déficits en alguna magnitud predominen sobre la otra. (Association, 2014) A Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con la función o el desarrollo, caracterizado por (1) y/o (2)

- **Inatención:** 6 o más de los siguientes síntomas, o al menos 5 para mayores de 16 años, con persistencia durante al menos 6 meses hasta un grado inconsistente con el nivel de desarrollo y que impacta negativamente en las actividades sociales y académicas/ ocupacionales.
  - (a) A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.
  - (b) A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas.
  - (c) A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente.
  - (d) A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos, u obligaciones en el centro de trabajo.
  - (e) A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades.
  - (f) A menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido.
  - (g) A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades.
  - (h) A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.
  - (i) A menudo es descuidado en las actividades diarias.
- **Hiperactividad e impulsividad:** 6 o más de los siguientes síntomas, o al menos 5 para mayores de 16 años, con persistencia durante al menos 6 meses hasta un grado inconsistente con el nivel de desarrollo y que impacta negativamente en las actividades sociales y académicas/ocupacionales.
  - (a) A menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento.
  - (b) A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado.
  - (c) A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo.

(d) A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.

(e) A menudo “está en marcha” o suele actuar como si tuviera un motor

(f) A menudo habla en exceso.

(g) A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.

(h) A menudo tiene dificultades para guardar turno.

(i) A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros.

B Algunos síntomas de desatención o hiperactividad-impulsividad estaban presentes antes de los 12 años de edad.

C Algunos síntomas de desatención o hiperactividad-impulsividad se presentan en dos o más ambientes (por ejemplo, en casa, escuela o trabajo; con amigos o familiares; en otras actividades).

D Existen pruebas claras de que los síntomas interfieren o reducen la calidad de la actividad social, académica o laboral.

E Los síntomas no aparecen exclusivamente motivados por esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (trastornos del estado de ánimo, ansiedad, trastorno disociativo, trastorno de la personalidad, abuso de sustancias o síndrome de abstinencia).

### **Evaluación y diagnóstico del TDAH**

En la actualidad no existe ni una prueba específica que logre afirmar el diagnóstico adecuado del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. Para hacer una intensa evaluación que posibilite obtener un diagnóstico lo más correcto viable con el propósito de implantar un procedimiento eficaz para el paciente que muestra Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad y, prevenir complicaciones y descartar otras patologías, se necesita que varios especialistas realicen una secuencia de pruebas clínicas y médicas. Para eso, vamos desde la recogida de datos a través de la valoración de diversas áreas que incorporan la información más importante sobre los diversos ámbitos de la vida personal, social, estudiantil y familiar del paciente, asimismo, describiremos diversos aparatos de evaluación estandarizados y nos basaremos en los sistemas de clasificación mundial que establecen los criterios diagnósticos para este trastorno.

## **Técnicas aplicadas para la recolección de información**

El proceso de recolección de la información nos permite obtener todos los datos del caso y el paciente debido a esto es de vital importancia, ya que mediante estos datos se puede concluir en el diagnóstico y luego poder plantear un tratamiento, para este fin se ha empleado una metodología cualitativa la cual nos permite recolectar y analizar las principales cualidades del problema que está presentando el individuo sujeto de la investigación, sumado a esto se han utilizado técnicas e instrumentos de evaluación de los cuales se dará mayor detalle a continuación.

Entre las técnicas utilizadas para el desarrollo de este proceso clínico tenemos la historia clínica la cual se aplica en la entrevista para la recolección de información específica en las distintas áreas que resultan vitales para poder abordar la problemática y comprender su desarrollo y posteriormente emitir un diagnóstico estructural acorde a lo que presenta el individuo.

Así como también se han empleado instrumentos de evaluación psicológicas que están direccionados a medir diferentes valores psicológicos en la persona y dan un resultado que apoya a un diagnóstico certero para luego realizar una intervención Psicoterapéutica oportuna, este tratamiento se realizó desde el enfoque cognitivo conductual con el cual se trabajó sobre los pensamientos y sus implicaciones afectivas y somáticas.

**Método:** El método que he adoptado es el método cualitativo. Las técnicas empleadas pertenecen al método clínico psicológico, entrevista semiestructurada, historia clínica, así también, instrumentos psicológicos, mismos que permiten evaluar, diagnosticar e intervenir, de tal manera poder llegar a establecer los resultados de la hipótesis; se utilizó el enfoque cognitivo conductual para la modificación de la sintomatología en general del paciente.

**Historia clínica:** A través de entrevistas, en cada punto específico de la historia, se recopila información sobre el joven, como datos personales, razones para dar consejos antecedentes de salud mental actuales, antecedentes familiares, estructura de vivienda, antecedentes personales, exploración del estado mental, pruebas psicológicas aplicadas, diagnóstico estructural, pronóstico, recomendaciones y plan de tratamiento adecuado. Toda esta información se registra en su historial médico, lo que nos permite recopilar cierta información del niño.



**Baterías psicométricas:** Además, se usó pruebas psicológicas apropiadas. Su objetivo utilizadas son los exámenes psicológicos que son de enorme utilidad estas herramientas para el psicólogo. Beneficia a la evaluación del paciente y por su lado a la medición de uno o más aspectos psicológicos que se evalúan. Los exámenes psicológicos que fueron utilizados:

**Test de Bender – koppitz:** Es un test vinculado a la psicología gestáltica usada para evaluar el desarrollo de la inteligencia en los niños, así como posibles trastornos y discapacidades que puedan presentar. Atendiendo la función visomotora, se pueden evaluar diferentes funciones, como la percepción visual, la motricidad fina, la memoria y la conciencia del espacio y el tiempo. El Test de Bender-Koppitz es relativamente sencillo, rápido, fiable y fácil de aplicar incluso con grupos culturales diversos, independientemente del nivel previo de escolarización o del idioma.

**Test de Desordenes de Hiperactividad /Déficit de Atención:** Se trata de una prueba que verifica, como su mismo nombre lo indica los «desordenes de hiperactividad y déficit de atención. Fue diseñada por James E. Gilliam, basándose en el DSM – VI, lo cual hace de esta una prueba con fuerte validez y fiabilidad. Si bien su principal finalidad es identificar pacientes con hiperactividad y desordenes de atención.

Cada uno de los ítems esta basados en el DSM-IV, proporciona puntuaciones y datos para el diagnóstico eficaz de estos problemas una de las ventajas de esta prueba es que puede ser utilizada incluso por los mismos padres o profesor(a) del niño o niña. Aunque a posteriori se recomienda el diagnóstico por parte de un profesional capacitado, posee una fiabilidad y validez bastante acertada cada uno de los comportamientos deben evaluarse basándose en la naturaleza y gravedad de los mismos. El rango de edad de aplicación se encuentra entre los 3 – 23 años y esta prueba se encuentra normalizada y estandarizada.

## **Resultados Obtenidos**

### **Desarrollo del caso**

El presente estudio de caso desarrollado es de un niño de 4 años de edad estudiante de la Unidad Educativa Aurora Estrada y Ayala de Ramírez Pérez, perteneciente a la Parroquia Dr. Camilo Ponce Luque del cantón Babahoyo, provincia de Los Ríos, remitido por el Departamento de Consejería Estudiantil (DECE), por inasistencia e incumplimiento en las actividades académicas en la modalidad virtual.

Proveniente de una familia compuesta, convive con su abuela de 75 años y tía de 23 años y su tío de 19 años, con quienes mantiene una relación cercana y armónica. Para obtener información necesaria de la problemática y descubrir que era lo que le sucedía realmente al niño, se procedió a realizar entrevistas psicológicas; las sesiones se trabajaron de manera presencial en la Junta Cantonal de Protección de Derechos, las cuales tuvieron una duración de 4 sesiones de 40 minutos cada una de ellas, en horarios de 11:00 – 11:40 horas.

A continuación, detallaremos cada una de ellas:

#### **1era. Sesión**

**Fecha: 10/12/2021, 11:00-11:45**

En esta primera sesión, uno de los objetivos fue establecer el rapport con el paciente, adaptándome al ritmo que el niño mostró al momento de la entrevista; en el transcurso de la sesión, demostré empatía para crear un ambiente de confianza.

Paciente de 04 años de edad, de contextura delgada, acude a consulta psicológica, es remitido por el departamento del DECE por inasistencia e incumplimiento en las actividades académicas, el cual manifiesta lo siguiente:

El paciente manifiesta que le gusta jugar mucho. Se evidencian fallas tanto iniciales como finales en la funcionalidad reguladora del lenguaje, así como en la igualdad de las imágenes internas de los objetos. Con frecuencia interrumpe cuando se le está hablando.

## **2da. Sesión**

**Fecha: 15 /12/2021, 11:00-11:45**

Se obtuvo información en el proceso de la sesión sobre el tipo de familia del niño a través del genograma, el cual convive en una familia compuesta; en cuanto a los antecedentes psicopatológicos, la familia del paciente no presenta ningún problema patológico. Por otra parte, se procedió a registrar la tipología habitacional que se encuentra constituida de la siguiente manera; es una casa de dos pisos, el primer piso, cuenta con una pequeña sala, un baño, una cocina y un dormitorio, el segundo piso cuenta con un dormitorio.

En esta sesión también se evaluó la exploración del estado mental en el paciente y su fenomenología; paciente asiste a consulta presencial con vestimenta acorde a su edad, desorientado según el tiempo y espacio; su lenguaje no verbal manifestó coherencia a la problemática que trajo al motivo de consulta; su contextura corporal delgado; actitud desmotivada; perteneciente a la etnia mestiza y su lenguaje fue muy poco y no muy entendible.

Se aplicó al niño el t Test de Bender – koppitz: Al realizarlo se mostró colaborador por un tiempo de 5 minutos pudo concentrarse en la realización del test

## **3era. Sesión**

**Fecha: 22/12 / 2021, 11:00-11:45**

Luego de la información que se obtuvo en las sesiones anteriores, tanto es respuesta a las preguntas semiestructuradas y la aplicación de la prueba, fue pertinente y de tal manera, corrobora la hipótesis planteada, la aplicación del inventario de Test de Desordenes de Hiperactividad /Déficit de Atención con el objetivo de ver el tipo de TDAH padece el paciente y de esa manera poder llegar a un diagnóstico estructurado con ayuda de los manuales DSM-5 y el CIE-10.

## **4ta. Sesión**

**Fecha: 05 /01/2022, 11:00-11:45**

Una vez obtenido los resultados de las distintas herramienta e instrumentos aplicados durante el proceso de las sesiones, se organiza y se realiza la respectiva devolución al paciente, el psicodiagnóstico y el plan terapéutico que queda establecido para que sea ejecutado. El plan terapéutico pertinente para trabajar en depresiones, es el enfoque Cognitivo Conductual, de tal manera poder alcanzar la modificación de su cognición y, por ende, de las conductas propias de hiperactividad, y así alcanzar la ejecución del objetivo establecido.

### **Situaciones detectadas**

Luego de las sesiones trabajadas con el niño y aplicadas las diferentes técnicas y herramientas se detectan las siguientes situaciones:

En el test de Bender – koppitz aplicado el paciente proyectó conducta disruptivas e incluso violentas. Y por último el Test de Desordenes de Hiperactividad /Déficit de Atención de con un total de 100 puntos que nos dice que la probabilidad de hiperactividad se encuentra en la media.

De acuerdo con la matriz del cuadro psicopatológico se ve afectada en el área cognitiva, afectiva, conducta social – escolar y somática.

**Tabla 1.** *Matriz del cuadro psicopatológico*

<b>Cognitivo</b>	baja concentración, falta de comunicación
<b>Afectivo</b>	Llanto, tristeza, irritabilidad, temores.
<b>Conducta social-escolar</b>	conductas impulsivas e hiperactivas ,actividad excesiva
<b>Somático</b>	Insomnio, Irritabilidad

**Nota:** signos y síntomas del paciente estudiado

Los factores predisponentes fueron el incumplimiento e inasistencia a clases y las conductas inadecuadas con su abuela. El evento precipitante fue su hiperactividad, inatención y conducta impulsiva. Con un tiempo de evolución de 6 meses.

Una vez que toda la información fue organizada, se analizó cada uno de los síntomas que presentaba el niño llegando a obtener un diagnóstico que cumple con los criterios del DSM-V con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad - F90. 0.

### Soluciones planteadas

Una vez culminado el proceso de evaluación y valoración al adolescente, se deja establecido un esquema terapéutico.

### Tabla.2. Enfoque: Terapia Cognitivo Conductual

**Nota:** Cuadro de Técnicas e intervención psicoterapéutica ante la problemática

Hallazgos	Meta Terapéutica	Técnica	Número de Sesiones	Fecha	Resultados Esperados
Área cognitiva: baja concentración, falta de comunicación	concientización de los síntomas, aspectos positivos del TDAH	Psi coeducación	1	10/12/2021	El paciente y sus familiares Pueda comprender su diagnóstico y el plan de terapia.

<p><b>Área afectiva:</b></p> <p>Llanto, tristeza, irritabilidad, temores</p>	<p>Conocimiento y manejo de sus emociones</p>	<p>Diferencia de hechos, pensamientos y emociones</p> <p>Autorregistro de pensamientos y sentimientos</p>	<p>2</p>	<p>15 /12/2021,</p> <p>19/12/2021</p>	<p>Paciente logre identificar los pensamientos que le generan malestar emotivo</p>
<p><b>Área conducta social-escolar:</b></p> <p>conductas impulsivas e hiperactivas ,actividad excesiva</p>	<p>Realizar actividades en las que se interese el paciente.</p>	<p>Programa de actividades</p> <p>Horario de tareas</p>	<p>2</p>	<p>22/12 /2021</p> <p>26/12/2021</p>	<p>Paciente con ayuda de la abuela cree horarios de ejercitación física y fomento espacios de Convivencia familiar</p>
<p><b>Somática:</b></p> <p>Insomnio</p> <p>Irritabilidad</p>	<p>El paciente modifique sus hábitos</p>	<p>Programación de actividades.</p>	<p>2</p>	<p>05 /01/2022</p>	<p>La abuela y el niño entiendan las técnicas</p>

	adquiridos, reduciéndolos a tal punto que, la sintomatología pueda reducir progresivamente	Recomendaciones, beneficios para la salud física y mental.		10/0172022	y las pongan en practica en su vida diaria
--	--	--	--	------------	--

## CONCLUSIONES

En conclusión, una vez recabada toda la información en el proceso del actual estudio de caso, en el cual se hizo uso de las respectivas técnicas y herramientas, se logró cumplir con el objetivo donde se obtuvo como resultado que a los problemas de conducta e hiperactividad incide en que un paciente presente ya que presenta el Trastorno de Atención e Hiperactividad - F90. 0.

Sin duda alguna, DC logro alcanzar una disminución de sus conductas problemáticas a través del autocontrol, interiorización del habla, estrategias como el entrenamiento en modelamiento, entrenamiento en autoobservación, en identificación de sentimientos, en solución de problemas (cognitivos, académicos y sociales), refuerzo social, autorrefuerzo positivo individual, entrenamiento en relajación, y el entrenamiento auto instruccional siguiendo las fases. No cabe duda, como por medio de las terapias y la ayuda de la abuela en las distintas técnicas conductuales en el manejo de contingencias, se puede lograr el aumento de conductas adecuadas.

Evidentemente, así como es la relación del estilo paternal y el rol del padre en la vida del niño con TDAH, fue igualmente importante estudiar el vínculo afectivo que ha establecido el niño y sus padres y su abuelita a través de sus primeros años de infancia y el cual se ha mantenido hasta ahora sirviendo de factor mantenedor de las problemáticas., afectividad es como un lazo que se afianza con el tiempo y finalmente llega a formar parte de la estructura psíquica del individuo, siendo la protección la función biológica de la afectividad.

En este caso, los cambios en la calidad de la vinculación afectiva de la abuelita y tía del menor y sobretodo del acercamiento con los padres jugo un papel determinante en el proceso terapéutico y en el alcance de las metas propuestas. Una vinculación afectiva segura, es un factor protector que facilita el desarrollo de competencias en las que los niños con TDAH pueden tener dificultades.



Con la optimización de las capacidades parentales, se favorecieron además las reacciones positivas de los cuidadores, fomentándose la autoestima y la competencia social del infante, por consiguiente, se observa como la reacción de los papás es un fundamental componente que influye en el desarrollo de la salud emocional del menor.

Es necesario revelar que también se han presentado dificultades en el proceso, como la inconsistencia en la asistencia o la no aplicación de todos los cambios ambientales pendientes a apoyar el niño en casa con sus tareas escolares, como parte del entrenamiento en padres o cuidadores, pero más aún cabe mencionar que no se ha contado ni con la disponibilidad ni el interés del instituto escolar donde estudia el niño en el proceso psicoterapéutico.

A partir de estas evidencias obtenidas en la intervención en el presente estudio de caso, podemos exponer que los objetivos y las expectativas en cuanto al tratamiento se están logrando satisfactoriamente, incluso contando con las ya mencionadas dificultades, por lo cual podemos decir que los resultados obtenidos con este plan de intervención son positivos.

## BIBLIOGRAFÍA

A, T., M, C., & E, J. R. (2012). What causes attention deficit hyperactivity ? *Arch Dis Child* , 260-265.

Association, A. P. (2014). *Manual Diagnostico Estadistico de los Trastornos Mentales (DSM 5)*. Pnamericana .

Bakley, R. (1998). El desorden de Hiperactividad y Deficit de Atencion. *Investigacion y Ciencia* , 48-53.

Barkley, R. (2006). *Etiologies in R Barkley* . New York: Guilford Press.

Beck, A. y. (2005). Terapia cognitiva de los trastornos de la personalidad . *Paidos Iberica* .

Carlos, C. V. (2011). Trastorno por Deficit de Atencion e Hiperactividad (TDAH) una politica publica de la tercera infancia. *Salud Publica*, 113-128. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v14s2/v14s2a10.pdf>

eurodival. (s.f.). Obtenido de [http://www.dival.es/sites/default/files/projectes-europeus/guia\\_facil\\_oficina\\_proyectos\\_europeos.pdf](http://www.dival.es/sites/default/files/projectes-europeus/guia_facil_oficina_proyectos_europeos.pdf)

Feingold, B. F. (1975). *Why yuor child is hyperactive* . NEW YORK : Randon Hause .

Miranda, B. y. (2013). Autismo y Tastorno por Deficit de Atencion/ Hiperactividad: convergencias y divergencias en el funcionamiento ejecutivo y la teoria de la mente . *Revista de Neurologia* , 57.

Salinas, E. R. (2006). La escuela y el Trastorno por Deficit de Atencion con /sin Hiperactividad (TDAH). *Revista Pediatrica de Atencion Primaria*, 175-98. Obtenido de [https://sid.usal.es/idocs/F8/ART13753/escuela\\_y\\_tda\\_con\\_sin\\_hiperactividad.pdf](https://sid.usal.es/idocs/F8/ART13753/escuela_y_tda_con_sin_hiperactividad.pdf)

# ANEXOS

## HISTORIA CLINICA

HC. 001

### 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombres: NNN

Edad: 4 años

Lugar y fecha de nacimiento: Babahoyo 04/02/2018

Género: Masculino

Estado civil: Soltero

Religión: ~~xxxxxxx~~

Instrucción: Secundaria

Ocupación: Estudiante

Dirección: Roldos y Avenida 10

Teléfono: ~~xxxxxxx~~

### 2. MOTIVO DE CONSULTA

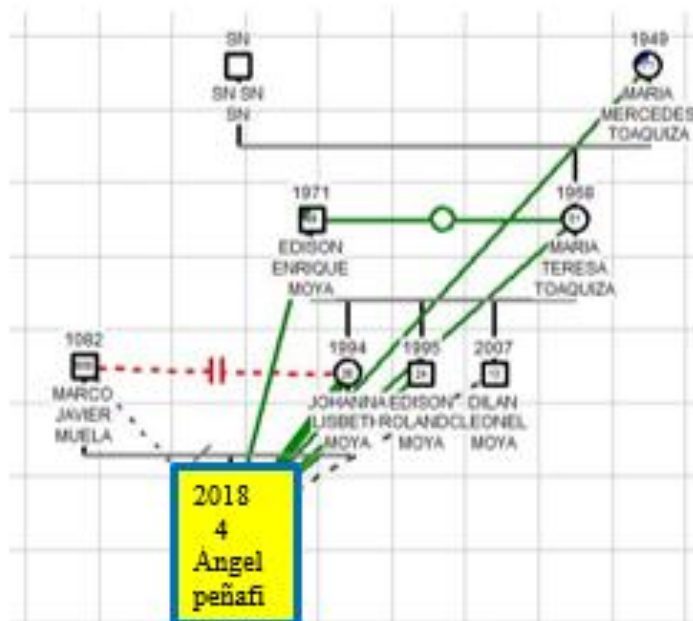
Paciente de 4 años de edad, de contextura delgada, acude a consulta psicológica de acuerdo al tiempo y espacio que nos encontramos, perteneciente a la Parroquia Dr. Camilo Ponce Luque del cantón Babahoyo, provincia de Los Ríos, remitido por el Departamento de Consejería Estudiantil (DECE), por inasistencia e incumplimiento en las actividades académicas en la modalidad virtual.

### 3. HISTORIA DEL CUADRO PSICOPATOLÓGICO ACTUAL

Paciente ~~viene~~ viene suscitando lo siguiente: insomnio, ideas fijas, falta de apetito, pérdida de peso, cefaleas, tendencia al llanto, también baja concentración en sus actividades académicas comportamiento irrespetuoso e incorrecto.

### 4. ANTECEDENTES FAMILIARES

a. Genograma (Composición y dinámica familiar).



**b. Tipo de familia.**

Paciente proveniente de una familia compuesta

**c. Antecedentes psicopatológicos familiares.**

Familia de la paciente no presenta ningún problema patológico.

**5. TOPOLOGÍA HABITACIONAL**



Actual Windc  
Ve a Configuraci

## **6. HISTORIA PERSONAL**

### **6.1. ANAMNESIS**

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

Paciente proveniente de un embarazo deseado y planificado, siendo el tercer único hijo; parto eutócico. Lactancia mantuvo hasta los 18 meses, la marcha empezó a los 18 meses, el lenguaje empezó a los 12 meses y el control de esfínteres a los 2 años.

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

Paciente se le dificulta adaptarse a su etapa escolar, su conducta no permite que él tenga una buena relación con sus compañeros y no tenga buenas calificaciones debido a la falta d interés y falta de concentración

### **6.3. HISTORIA LABORAL**

Paciente no trabaja.

### **6.4. ADAPTACIÓN SOCIAL**

Paciente manifestó que no tiene amigos.

### **6.5. USO DEL TIEMPO LIBRE** (ocio, diversión, deportes, intereses)

Jugar y ver televisión

### **6.6. AFECTIVIDAD Y PSICOSEXUALIDAD**

Ninguna

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

Paciente acostumbra ingerir café todos los días en el desayuno.

### **6.8. ALIMENTACIÓN Y SUEÑO**

Tiene dificultades para dormir no puede dormir hasta después de jugar intensamente

### **6.9. HISTORIA MÉDICA**

No refiere.

### **6.10. HISTORIA LEGAL**

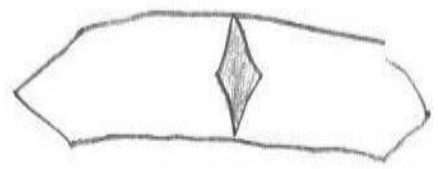
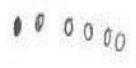
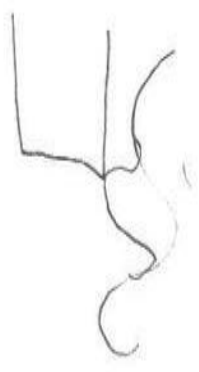
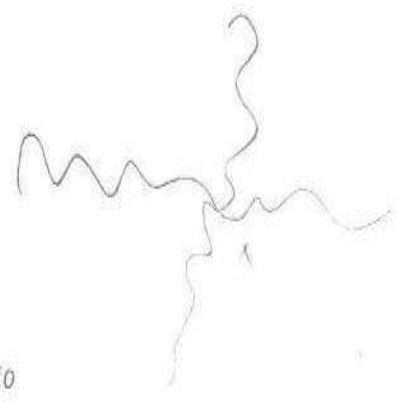
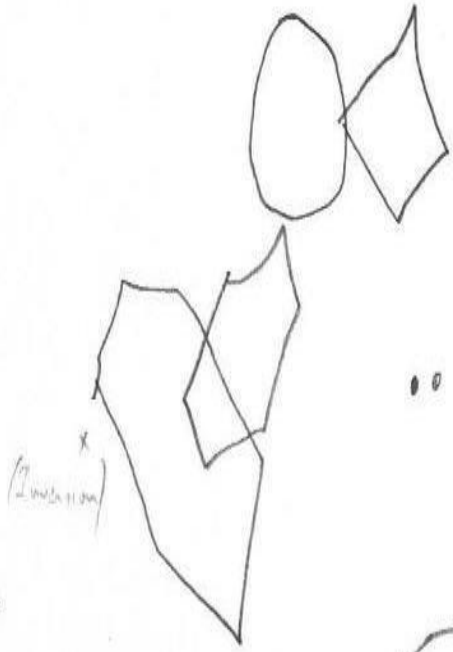
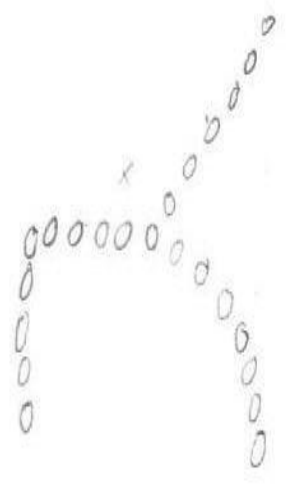
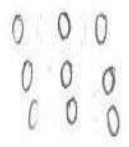
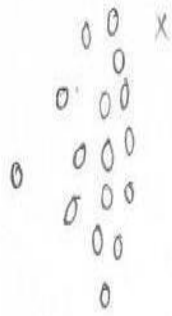
No refiere.

### **6.11. PROYECTO DE VIDA**

~~Ninguna~~

## **7. EXPLORACIÓN DEL ESTADO MENTAL**

test de Bender Koppitz (2)



20  
10  
13  
15  
18  
22

Exercice de Koppitz