



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

DOCUMENTO PROBATORIO (DIMENSIÓN ESCRITA) DEL
EXAMEN COMPLEXIVO DE GRADO
PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE PSICÓLOGA
CLÍNICA

PROBLEMA:
CARACTERIZACIÓN DE LAS CONDUCTAS AGRESIVAS EN UN
PACIENTE CON TDAH EN LA PARROQUIA BARREIRO DE LA
CIUDAD BABAHOYO PROVINCIA LOS RÍOS

AUTORA:
GAVIDIA MARQUEZ SANDRA ZALEA

TUTOR:
DR. LENIN PATRICIO MANCHENO PAREDES

BABAHOYO - 2020

RESUMEN

El presente caso de investigaciones realizo con el fin de recolectar la mayor información posible acerca el déficit de atención con hiperactividad, en la Parroquia Barreiro de la ciudad de Babahoyo Provincia De Los Ríos, que esta alteración constituye uno de los 4 síndromes que se incluyen como función cerebral básica, y que se ha reconocido en la última de las descripciones del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM V). Es descrito como déficit de atención, hiperactividad, bajo nivel de frustración, impulsividad e incapacidad emocional. Y aunque no existen sospechas acerca de su naturalidad orgánica, esto no supone un daño mental evidente y menos aún un daño cerebral irreparable, pero sí una perturbación o una disfunción de las facultades cerebrales principales en el área de la conducta. El TDHA puede asociarse con desórdenes del lenguaje, trastornos del aprendizaje y problemas de torpeza motriz. Su diagnóstico debe realizarse basándose en un estudio neurológico clínico habitual y en valoraciones neuropsicológicas. Los exámenes de neuroimagenes o los estudios neurofisiológicos únicamente están recomendados cuando deben eliminarse las otras anomalías.

Palabras claves: TDAH, déficit, agresividad, terapia

ABSTRACT

The present research case was carried out with the purpose of collecting as much information as possible about the attention deficit with hyperactivity, in the Barreiro Parish of the city of Babahoyo De Los Ríos Province, that this alteration constitutes one of the 4 syndromes that are included as basic brain function, and that has been recognized in the last of the descriptions of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM V). It is described as attention deficit, hyperactivity, low level of frustration, impulsivity and emotional disability. And although there is no suspicion about its organic naturalness, this does not imply an evident mental damage and even less an irreparable brain damage, but a disturbance or a dysfunction of the main brain faculties in the area of behavior. HAVD can be associated with language disorders, learning disorders and motor clumsiness problems. Its diagnosis should be made based on a regular clinical neurological study and neuropsychological assessments. Neuroimaging tests or neurophysiological studies are only recommended when other abnormalities must be eliminated.

Keywords: ADHD, deficit, aggressiveness, therapy

INDICE

RESUMEN	III
ABSTRACT	IV
INTRODUCCIÓN	2
DESARROLLO	3
Justificación	3
Objetivo General	3
SUSTENTO TEÓRICO	4
Agresividad	4
Descripción Y Particularidad El Trastorno Por Déficit De Atención Con Hiperactividad	6
Tratamiento para la conducta agresiva en pacientes con TDAH	9
TÉCNICAS APLICADAS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	12
Observación directa	12
Entrevista psicológica	12
Instrumentos psicométricos	13
Técnica de psicoeducación	13
Técnica de relajación	13
RESULTADOS OBTENIDOS	14
Sesiones	14
Situaciones detectadas (hallazgo)	16
Soluciones planteadas	17
CONCLUSIONES	20
BIBLIOGRAFÍA	22

INTRODUCCIÓN

Este estudio práctico que se desarrolló a partir de las conductas agresivas en un paciente con TDAH, e incluye información de cómo se caracterizan estos comportamientos en cada individuo desde una perspectiva conductual ya que es de gran importancia para las personas que están inmersas en el círculo de cada individuo con esta alteración. Esta vez trabajamos en el marco de una línea de investigación de prevención y diagnóstico y una sublínea de estudio del trastorno del comportamiento en el proceso de aprendizaje.

Por ello debemos tener en cuenta que los comportamientos violentos producen consecuencias negativas para el infante y las complicaciones en las conexiones con la sociedad evita una adecuada incorporación en cualquier entorno del individuo. Es natural que en ocasiones un pequeño se porte inadecuadamente mientras llora o grita, pero esto no quiere decir que se debería considerar aceptado en las siguientes fases de vida del sujeto por lo que se deberá corregir este tipo de comportamientos, y lo primordial en estos casos será descubrir la fuente que genera la molestia. Generalmente, si un niño tiene una conducta violenta es debido a que responde a un problema ya sea por problemas de interacción social con otros niños o con adultos al no poder complacer sus propios deseos o las instrucciones que les proporcionan, creando con esto que los menores se manifiesten con frustración y desarrollen una sensación emocional desfavorable a la que puede reaccionar de manera violenta o no, en función de sus vivencias y modelos.

En el campo del TDAH, la agresividad es uno de los principales indicadores de su manifestación clínica. debido a que estos síntomas influyen considerablemente en su nivel de vida y al de sus parientes. Algunos estudios que se han llevado a cabo hasta ahora concluyen que los individuos que padecen TDAH suelen mostrar conductas mucho más agresivas que la población en particular. Es el subtipo combinado de TDAH el que más habitualmente muestra esta relación sintomática. Existe además una correlación entre la severidad del TDAH y la presencia de conductas agresivas. Esto significa que mientras más intenso sea el TDAH, más crítica serán las conductas agresivas.

DESARROLLO

Justificación

Este trabajo de investigación surgió a través de la realización de prácticas pre-profesionales que me llevaron a evidenciar que, debido a la desinformación e incomprensión sobre el comportamiento agresivo en el TDAH, este tema ha pasado totalmente inadvertido en la vida escolar, afectiva y social de los menores que lo padecen. Por ello, el propósito de plantear este trabajo de investigación es identificar esta alteración y su consiguiente desenvolvimiento en el entorno educativo, así como en el entorno familiar del infante.

Debido a que se trata de un problema de carácter multidisciplinar en el que debe involucrarse todo el que tenga relación con el infante con el fin de brindarle una mayor calidad de vida y un óptimo desarrollo en las distintas actividades, se trabajó buscando el fortalecimiento de valores personales y sociales para el manejo de la agresividad este caso de estudio busca aportar a los investigadores, formas para mejorar la convivencia entre el entorno, estudiantes, padres de familia y comunidad educativa en general. Además, aporta elementos para que los infantes tengan una autorregulación que forme en ellos la convivencia reduciendo así la agresividad.

Objetivo General

Identificar la caracterización de las conductas agresivas en un paciente con TDAH

SUSTENTO TEÓRICO

Agresividad

En términos generales, se puede definir a la agresión como un comportamiento entre personas con el propósito de perjudicar o provocar algún daño físico, verbal o metafórico a una persona que no desea sufrir esa suerte y que de hecho provoca daño real. Varios autores han definido la agresividad de acuerdo al contexto histórico que han vivido, así como, Bandura (1972) nos señala que “la agresividad es una conducta adquirida controlada por reforzadores, la cual es perjudicial y destructiva.” De esta manera podremos observar cómo se produce una conducta determinada ya que se adquiere por medio del fortalecimiento que se da en esta conducta (citado por Ruales, 2018).

Dentro de la agresividad existen tres términos que nos ayuda a tener una mejor visión sobre la conceptualización de lo que esto significa, estos son el de por carácter intencional, que trata sobre la situación en concreto de la que se trata ya sea esta de cualquier índole, la siguiente es la de las consecuencias aversivas que conllevan a realizar dicha acción y la última que trata sobre variedad expresiva, de cómo se puede manifestar de distintas maneras.

Por otro lado (Kassinove, 2005) manifiesta que la agresión se define como una conducta motriz. Hace referencia a una acción física con el propósito de herir o hacer daño a otra persona, o a veces destruir la propiedad [...]. El propósito constituye un elemento central de la definición, dado que no incluimos en la misma los daños ocasionados por las acciones inintencionadas de otras personas. Ocurren accidentes en los que hay daños, por supuesto, pero en los que no había ningún propósito de agredir.

Para esto tomaremos en cuenta tres aspectos: la intensidad debido a que algunos períodos de agresividad son más ligeros mientras otros son bastante severos, la fuerza de la agresividad cambia según el mismo período, la duración de algunos casos de agresión es temporal, ya que en ocasiones la agresividad aparece y la persona puede estallar con gran fuerza y luego, de la misma manera repentina en que apareció, se desvanece, la frecuencia con la que los pacientes que muestran la agresión como un rasgo de su personalidad la sufren como reacción a distintos factores detonantes o problemas y en diferentes contextos estos pacientes parecen estar preparados para ponerse agresivos en cualquier circunstancia, en cambio otras personas son

menos agresivas y sufren la agresión con mucha menos facilidad su agresión aparece sólo como respuesta a un número reducido de desencadenantes.

Beck (1967) menciona distorsiones cognitivas, que suelen estar presentes en la conducta agresiva, estas son: Personalización, Negación, Generalización, Interpretación errónea de motivos. El enfoque conductual se pueden distinguir factores como la ira, que se da como respuesta emocional a ciertos estímulos, y los comportamientos agresivos en tanto, conductas intencionales o potencialmente controladas por sus consecuencias. Las emociones en general son respuestas biológicamente determinadas que preparan al organismo para la acción (citado por Ruales, 2018).

Los pensamientos cognitivos son una forma errónea de razonar pues hace que la realidad se transforma produciendo efectos adversos para aquellos que la sufren y provocando gran sufrimiento, no se debe pasar por alto que nuestra psiquis es altamente virtuosa en lo que corresponde a distorsionar lo cual provoca en ciertas situaciones nos sintamos pésimo.

Existen términos interrelacionados con la agresividad que se puede muchas veces confundir, ya que tienen definiciones distintas, pero por el contexto puede connotar el mismo significado, como es muy común creer que agresividad y agresión es lo mismo, pero tienen diferencias ya que la agresión es una acción o conducta que se presenta frente a una situación concreta, mientras que la agresividad es una tendencia a comportarse de manera agresiva en varias situaciones distintas.

Con frecuencia los términos de agresión, hostilidad e ira son muy confundido debido a la ambigüedad de sus definiciones, causando mucha controversia entre las mismas. Como ya hemos visto anteriormente una clara definición de agresión, debemos de aclarar el significado de ira que esto se refiere a un estado emocional que varía de intensidad, estando desde una ligera irritación a un enfado; por el contrario, la hostilidad es un conjunto de actitudes negativas que conllevan a una motivación y una meta normalmente de destrucción o daño físico, material hacia objetos.

De acuerdo a (Carrasco Ortiz & González Calderón, 2006) realizaron un listado de 26 tipos de agresiones que se pueden presentar, agresión física, agresión verbal, agresión social, agresión directa o abierta, agresión indirecta o relacional, agresión hostil, agresión emocional, agresión

pro-activa, agresión reactiva, agresión predatoria, agresión inducida por el miedo, agresión inducida por irritabilidad, agresión territorial, agresión maternal, agresión entre machos, agresión positiva, agresión negativa, agresión constructiva, agresión destructiva, agresión por dominancia, agresión sexual, agresión parental disciplinaria, agresión protectora, agresión moralista, agresión predatoria, agresión irritativa.

En base a las clasificaciones que le dan a la agresividad según varios autores, se puede mostrar algunas relaciones entre algunas de ellas, sin embargo, en base a la definición y la tipología de la agresión, nos ayudará a centrarnos en lo que respecta la relación de la agresividad y los pacientes infantiles con problemas de TDAH, sabiendo esto, podremos enfocarnos en un mejor estudio sobre estos temas.

Descripción Y Particularidad El Trastorno Por Déficit De Atención Con Hiperactividad

No hay ninguna duda de que el TDAH es una figura orgánica, con su origen en las carencias anatómico-biológicas las cuales inciden de forma preferente en determinadas regiones del cerebro y que no es algo exclusivo de los seres humanos. pues en los animales (caballos, toros, perros, gatos, monos, etc.) se puede observar conductas semejantes. El origen puede ser genético o adquirido, aunque en ambas situaciones con la misma raíz bioquímica que el nacimiento de la enfermedad. En la mayoría de los casos son autosómicos dominantes que se heredan de ambos padres de forma semejante.

(Pascual-Castroviejo, 2009) El trastorno funcional, es decir, las alteraciones clínicas, se llevan a cabo por problemas bioquímicos en proyecciones de conexión entre los lóbulos frontales y los núcleos basales, que afectan tanto al transporte como a la recaptación de la dopamina y en menor grado, de la serotonina y de la norepinefrina. Ello ocurre tanto en los sujetos en los que el trastorno tiene origen genético como en los de causa adquirida.

Así podemos tener una visión más clara acerca del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad y lo que el mismo conlleva, además de lo anteriormente explicado (Jiménez, 2012)“encontró una tasa global de prevalencia del 4.9%, de los cuales el 3.1% fueron del subtipo inatento, el 1.1% hiperactivo, y el 0.7% combinado. Asimismo, y conforme a lo esperado la incidencia fue superior en varones”. Muchos expertos coinciden en que está presente desde del comienzo de la vida, sin comportamientos y sin síntomas relacionados con el TDAH hasta la

entrada a la escuela preescolar. razón por la cual la alteración se va haciendo más notoria con los con los años.

Teniendo en cuenta que es una alteración de origen biológico que tiene gran cantidad de carga genética que afectando a gran parte de la población infantil y continúan padeciéndolo en la etapa adulta, este trastorno afecta de manera directa al aprendizaje debido a la inatención o falta de control a los impulsos, teniendo dificultades en áreas como lectura, la ortografía, la expresión escrita, las matemáticas o el lenguaje oral.

(American Academy of Pediatrics, 2019) “las investigaciones realizadas hasta la fecha han demostrado que el TDAH puede ser causado por varias cosas: Anatomía y función del cerebro, los genes y la herencia, El nacimiento prematuro, lesiones graves en la cabeza y las exposiciones prenatales” y aunque no se conoce el motivo exacto de la causa de esta alteración los profesionales de la salud encargados de las investigaciones están tratando de encontrar el componente genético que sea responsable de dicha patología.

También es importante manifestar que el TDAH se produce con mayor regularidad (Mayo Clinic, 2019) “en los hombres que en las mujeres, y los comportamientos pueden ser diferentes en los niños y las niñas” como ejemplo, puede que los infantes resulten un poco más hiperactivos y las infantes tengan dificultad para prestar atención, por lo tanto hay que tener en cuenta que los menores con problemas en el colegio y que se relacionan adecuadamente en el hogar o con otros infantes probablemente presenten otros problemas y no tenga nada que ver con TDAH.

De modo que los síntomas varían de acuerdo a cada infante y la edad que tenga empezando a ser más notorio a partir de los 3 años de edad, debemos tener en cuenta que estos síntomas pueden ser leves, moderados o graves, además, la alteración debe manifestarse como mínimo en dos entornos como en el hogar y la escuela por un tiempo prolongado de 6 meses sucesivos, esta afección al igual que otros trastornos la pueden padecer niños, adolescentes y adultos sin distinción de raza, cultura o nivel social.

Además, se cree que conforme el niño va creciendo se irá mejorando los síntomas, pero esto no es del todo cierto puesto que (Esperón, 2008) manifiesta que los síntomas de hiperactividad disminuyen con la edad, transformándose en movimientos más finos (mover el pie, dar

golpecitos...). La inatención y, especialmente, la impulsividad permanece en adolescentes y adultos. La estimación de los padres y personas que viven con el paciente son más precisas que las del paciente, que, a veces, minimiza los síntomas. En estudios recientes, al preguntar al paciente adulto sobre los síntomas del TDAH entre un 5% y un 12% dicen que todavía tienen TDAH, pero si preguntamos a los padres o al cónyuge, la persistencia del trastorno asciende a un 42%. Se estima que la tercera parte de los niños con TDAH dejará de tener TDAH antes de la adolescencia, otro tercio dejará de tener TDAH antes de la edad adulta, y el otro tercio seguirá teniendo TDAH de adulto. (p.20)

Es así, que hemos indicado que, aunque algunos ya no cumplan los criterios completos de TDAH, continúan presentando síntomas que les dificulta ciertas actividades, por lo que cada vez se conoce al TDAH como una afectación crónica que necesita intervención prolongada. Debido a que los impulsos llegarían a tener grandes repercusiones al pasar el tiempo, por ese motivo se continúa realizando estudios con los miembros de la familia, que aporten información para la recolección de datos, que permitan estudiar de manera óptima a individuos con esta alteración.

En el Manual Diagnóstico Y Estadístico De Los Trastornos Mentales (DSM-5) menciona que existen tres subtipos de TDAH (Psiquiatría, 2013)“Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (33)” que se distinguen en:

314.00 (F90.0). Presentación predominante con falta de atención. La mayor parte de los síntomas deben corresponder a la falta de atención con 6 características

314.01 (F90.1). Presentación predominante hiperactiva/ impulsiva. La mayor parte de los síntomas son la hiperactividad e impulsividad debiendo tener al menos 6 características.

314.01 (F90.2). Presentación combinada. Esta es una mezcla de síntomas de falta de atención y síntomas de hiperactividad/impulsividad teniendo mínimo 6 de cada una.

Presentación predominante con falta de atención.

Tiene sueños despiertos en los cuales la mayor parte de las veces le es difícil estar atento, a menudo también le cuesta trabajo escuchar, además de desviarse frecuentemente en sus tareas, no presta prácticamente atención a los detalles o se descuida, tampoco obedece instrucciones y

no termina las cosas que inicia, no está ordenado y en muchas veces descuida las cosas esenciales, le cuesta hacer trabajos mentales.

Presentación predominantemente hiperactiva/impulsiva

Normalmente está en movimiento, retorciéndose en exceso en constante conversación, en ocasiones se comporta inoportunamente, les es difícil esperar su turno, y a veces sin pensar interrumpe conversaciones de cualquier índole.

Presentación combinada

Es necesario que se presenten mínimo seis caracteres del tipo predominante con falta de atención y seis del tipo hiperactiva/impulsiva predominante para esta presentación combinada.

Un aspecto que más preocupa a los progenitores de menores con trastorno por déficit de atención e hiperactividad es su avance escolar, debido al miedo a un desempeño académico bastante más bajo por sus deficiencias de atención y por los conflictos de conducta que surgen de las carencias en el autocontrol.

En la mayoría de los casos, los menores con trastorno por déficit de atención presentarán un trastorno adicional o más trastornos añadidos, es decir, que su desempeño en la comprensión de la lectura, los cálculos o la escritura será menor de lo que se prevé en cuanto a la edad escolar y el grado de la inteligencia. Con frecuencia se detectan estas deficiencias en menores predominantemente desatentos, ya que son éstos los que por falta de concentración, organización y planificación se enfrentan a más dificultades para continuar el año escolar.

La mayoría de los niños con TDAH impulsivos e imperativos manifiestan los síntomas del trastorno oposicionista y el negativismo desafiante, que normalmente se manifiestan con intolerancia, conducta agresiva y desafiante. En caso de que se observe un patrón de comportamiento opositor y desafiante en un menor con TDAH, es muy necesario que se realice una consulta y se solicite la asistencia de un profesional de la salud mental.

Tratamiento para la conducta agresiva en pacientes con TDAH

(Valverde, 2016) En primer lugar, habrá que tratar los síntomas nucleares del TDAH, es decir la impulsividad, la hiperactividad y la desatención. A veces con la mejoría de estos síntomas las conductas agresivas mejoran sino es así hay que realizar intervenciones conductuales, estas son

intervenciones en las que mediante estrategias se enseñan habilidades de gestión emocional, resolución de conflictos y expresión de las emociones.

Por consiguiente, es importante enfatizar en el problema principal nos ayudara a tener resultados óptimos al momento de estableces la psicoterapia adecuada. Además, hay que tener en consideración que la mayor parte de los pacientes con TDAH se ven alterados por la impulsividad lo que los llevan a tener conductas y comportamientos agresivos como la desaprobación hacia los demás y problemas para relacionarse con los mismos, esto síntomas han afectado significativamente la vida de las personas con TDAH y la de sus familias pues cuanto más crónico el cuadro de la alteración mayor serán las conductas agresivas que manifiesta y mientras más crónica está la agresividad será menos factible la evolución del TDAH.

(Centro Nacional de Defectos Congénitos y Discapacidades del Desarrollo de los CDC, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, 2020) La terapia conductual es un tratamiento eficaz para tratar el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), que puede mejorar el comportamiento, el autocontrol y la autoestima del niño. La terapia conductual es más eficaz en los niños pequeños cuando los padres la proporcionan. Los expertos recomiendan que los médicos remitan a los padres de niños menores de 6 años a capacitación en terapia conductual antes de recetarles medicamentos contra el TDAH a los niños.

Los tratamientos Conductuales vinculados al tratamientos con cognitivo arrojan datos satisfactorios en pacientes agresivos que padecen TDAH, pues ayuda en el dominio de los pensamientos automáticos que se presentan en los individuos y se reflejan en el instante, provocando una conducta violenta patente, que produce molestias en ambos casos, el agredido y el agresor, ya que a mayor agresión, el individuo se despoja por completo de su facultad de pensamiento, audición y razonamiento, dañando seriamente su bienestar físico y mental.

Asimismo, es fundamental la psicoeducación de los progenitores o responsables de los niños, ya que son ellos los que generalmente dedican mayor parte del tiempo a los menores y en numerosos casos desconocen la forma de reaccionar ante el comportamiento agresivo de un niño con TDAH. A menudo se han presentado caso en los cuales los docentes son los que se percatan el padecimiento del menor pues el menor tiene más libertad de expresarse fuera del entorno familiar.

Además, otro problema que acarrear los familiares de pacientes con TDAH es poder educar a sus hijos ya que esto se ha convertido en un gran reto. Algunos le llaman la enfermedad de moda, debido a que tiende a etiquetar a los menores añadiendo que si un menor está jugando demasiado tiene hiperactividad y si esta distraído presenta falta de atención. Esto ha provoca que la población ponga etiquetas sin tener ningún diagnóstico al respeto.

De esta manera (Freire, 2017) enuncia que para educar a un hijo hace falta la tribu entera, afirmando el famoso proverbio africano, pero con las crecientes exigencias productivas, las familias son cada vez más pequeñas, están aisladas hiperresponsabilizadas y apenas disponen de tiempo para estar juntos, o se ven forzada a estarlo por la crisis económica (porque no se vende, no hay trabajo...), con la consiguiente desazón. Padre y madre suplimos nuestra poca presencia ofreciendo a nuestros hijos dinero y bienes material. Se diría que todo puede comprar, incluida la felicidad de un niño, y que, frente a sus dificultades y sufrimientos que apenas podemos escuchar, nos declaramos perplejos: Pero, ¡si lo tienen todo!, es clama va desesperado un padre tratando de comprender la tentativa suicida de su hija adolescente.

TÉCNICAS APLICADAS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Observación directa

La técnica de observación es un procedimiento de reunión de datos que fundamentalmente se basa en la observación del asunto a tratado en una situación particular. Esto se realiza en ausencia de una intervención o modificación en el medio donde opera el objeto. La observación es una de las mejores técnicas empleadas por el psicólogo, pues facilita la recolección de información que a menudo no permiten ver el paciente.

En el estudio de caso se utilizó esta técnica para determinar la forma en que el individuo transfiere la comunicación no verbal mediante la conducta, puesto que la información mediante gestos o movimientos reafirma el mensaje que se transmite con las palabras. Permite al psicólogo comprender perfectamente lo que pretenden expresar sin que haya malentendidos.

Entrevista psicológica

La entrevista psicológica es una herramienta utilizada por los psicólogos para la recolección de información, en esta se tiene un contacto directo con el paciente en la cual se realiza por medio de la comunicación, en base a preguntas y respuestas y discursos libres por partes del paciente. La entrevista nos ayudara a conocer más al paciente y saber más sobre el problema por el cual se encuentra dentro de las sesiones de terapia.

En este estudio de caso se aplicaron 6 sesiones donde en la primera sesión se realizó la bienvenida del paciente a trabajar, se procedió a la recolección de los datos personales y saber el motivo de consulta, dentro de la segunda sesión se realizó el test de agresividad infantil de Savina Varona en el cual se midió la agresividad en el niño, en la tercera sesión a realizar se aplicó un test para medir el comportamiento agitado el cual fue Escala de Comportamiento Agitado de Corrigan (ECAC), en la cuarta y quinta sesión se procedió a la aplicación de un test para detectar el TDAH el cual es Escala de Impulsividad de Barrat, la sexta sesión fue donde se desarrolló la finalización la terapia y donde se realizaron las respectivas conclusiones con respecto al estudio de caso.

Instrumentos psicométricos

Test De Agresividad Infantil De Savina Varona

Evalúa los múltiples componentes de la agresividad en sujetos de 3 a 14 años.

La prueba está compuesta por 18 ítems que evalúan los cuatro componentes de la agresividad (*Conducta Agresiva Activa Física, Conducta Agresiva Pasiva Física, Conducta Agresiva Activa Verbal, Conducta Agresiva Pasiva Verbal*), la medición en cada pregunta es de 1 a 4, donde es 1 es (nunca) y 4 es (muy frecuente). (Varona, 2003).

Escala De Comportamiento Agitado De Corrigan (Agitated Behavior Scale, Abs)

El ABS ha sido diseñado con el propósito de conseguir una herramienta que permite valorar de manera concreta los niveles de agitación de los individuos en 14 variables, divididas en 3 categorías: desinhibición, agresividad y labilidad.

Técnica de psicoeducación

La psicoeducación, aplicada por el profesional responsable del tratamiento, representa el comienzo de numerosos procesos psicológicos que se desarrollan en las diferentes consultas. Sin embargo, esto no quiere decir que la psicoeducación solo tenga que emplearse al comienzo del procedimiento terapéutico, sino que se puede aplicar una dosis que asegure que el paciente o la paciente comprende el problema.

Por lo tanto, la psicoeducación comprende la aclaración, por parte del profesional a cargo del tratamiento, de distintos constructos psicológicos que expliquen el padecimiento del paciente. Generalmente, se explica el contenido del trastorno, la forma en que este afecta la vida del individuo, los síntomas habituales, los tratamientos disponibles y lo que se debe hacer para mejorarlo.

Técnica de relajación

Desarrollada por Edmund Jacobson en 1920. La técnica de relajación de Jacobson constituye un entrenamiento del sujeto en la práctica de ejercicios físicos de relajación-contracción que le proporcionan un conocimiento del grado de rigidez de cada parte de su estructura corporal y le ofrecen recursos para la relajación de esas áreas cuando se encuentran en estado de rigidez. El beneficio de la relajación progresiva radica en que es posible realizarla en el lugar que uno desee. Se denomina progresiva debido a que empieza con los músculos de alguna parte del

cuerpo y avanza hasta otras partes. Se le enseñará a la persona a que contraiga y relaje los músculos de forma alterna, de modo que la tensión sea inmediatamente reconocida y auto-tratada mediante la respiración.

RESULTADOS OBTENIDOS

Sesiones

Este estudio de caso se enfoca en un menor de 8 años de edad de sexo masculino, el cual acude a consulta acompañado de sus padres con el motivo de presentar conductas violentas, el menor es el mayor de los hijos de pareja y estudia en la parroquia Barreiro de la ciudad de Babahoyo quien cursa el tercer año de educación básica en la Unidad Educativa Barreiro, el infante convive con sus progenitores el de 30 años y ella de 29 años quienes llevan casados 10 años tiene un hermano de 2 años y no profesan ninguna religión, en infante de nuestro caso de estudio mantiene buena relación con su familia pero el comportamiento que manifestaba dentro del hogar y la escuela, llamado la atención de los progenitores debido a que ellos manifestaron que hace un año y medio a su primer hijo le diagnosticaron con el trastorno de déficit de atención y para ellos ha sido muy difícil el manejo de su hijo pues el menor tiene conductas agresiva muy violentan que pone en peligro la integridad de otros infantes dentro y fuera del hogar, la preocupación de los padres empezó cuando la madre comenzó a observar en el menor conductas violentas con su hermano menor quien por ser un bebe no podía manifestarse ni mucho menos defenderse, anteriormente en el establecimiento educativo le informaron a la madre a el comportamiento del menor pero ella por desconocimiento no sabía el porqué de la conducta agresiva de su hijo pues asumía que el TDAH solo es la falta de atención por parte de menor.

Las sesiones se realizaron durante un total de seis sesiones, que tuvieron un período de intervención de alrededor de un mes y medio. De las cuales 4 sesiones se realizaron con el paciente y 2 sesiones con los progenitores. La duración de las sesiones era de una sesión por cada semana. Las sesiones tuvieron una durabilidad de 45 minutos como mínimo.

Seguidamente se detallan las sesiones organizadas por tema de intervención:

N°	Fecha de la sesión	Actividades
1	8/07/2020	Psicoeducación, recolección de información y aclaración e instrucción de cada sesión. Entrevista psicológica
2	15/07/2020	Padres Psicoeducación, explicación Información sobre el TDAH a los padres del paciente. Entrevista psicológica a padres.
3	22/07/2020	Aplicación de la herramienta psicométrica <i>Test De Agresividad Infantil De Savina Varona</i>
4	29/07/2020	Observación psicológica
5	04/08/2020	Aplicación de la herramienta psicométrica <i>Escala De Comportamiento Agitado De Corrigan (Agitated Behavior Scale, Abs)</i> . Aplicación de la <i>Técnica De Relajación</i> en el núcleo familiar.
6	11/08/2020	Padres Finalización de la terapia y sugerencias a llevar a cabo.

Situaciones detectadas (hallazgo)

Intervención con el infante

Sesión 1: Psicoeducación. El principal objetivo es concienciar acerca del tema. Durante esta sesión también se explicaron las técnicas que se llevaron a cabo y la relevancia que tienen dichos instrumentos. Al principio de la sesión 1, el niño mostró un comportamiento tranquilo pero una actitud inquieta al interactuar con el profesional de la salud. La madre, que, por supuesto estaba presente, se mostraba un tanto preocupada porque confeso que, debido a la situación el niño presenta lo iba cambiar de escuela para el próximo año. Casi al finalizar la primera sesión el infante empezó a mostrarse más cómodo, empezó a responder de manera positiva a las preguntas que se realizaba.

Sesión 3. Para la esta sesión el Infante ya sabía que se trabajaría con él en la recolección de datos por lo que asistió sin ninguna presión esta vez el niño se mostró un poco más confiado mientras realizábamos la entrevista psicológica unos minutos más tarde aplico una herramienta psicométrica que pueda ayudarnos a verificar los niveles de agresividad que presenten menor la herramienta fue el *Test De Agresividad Infantil De Savina Varona* dándonos como resultado niveles alto en agresividad.

Sesión 4. A pesar que ya se había realizado la observación psicológica en las sesiones anteriores para la cuarta sesión se realizó la observación psicológica directa dentro del hogar y en el entorno social lo cual dejó evidenciaron que el niño presenta conductas violentas en ambos entornos, esto confirmo que a pesar de que la madre sabe del padecimiento de la alteración que tiene como base el infante, no comprende aun como controlar la agresividad del menor.

Sesión 5. Aplicamos en la sesión de la herramienta psicométrica *Escala De Comportamiento Agitado De Corrigan (Agitated Behavior Scale, Abs)* como refuerzo de la herramienta aplicada anteriormente, la cual se llevó a cabo en el domicilio del menor, quien contó con la presencia de sus padres, pues al culminar con el test se procedió a realizar la técnica de relajación con todo el núcleo familiar.

Intervención con los padres

Sesión 2. Psicoeducación. Explicación del análisis funcional, explicación de los principios del aprendizaje social e información sobre el TDAH.

Sesión 6. Recomendaciones. En la última sesión se procedió a trabajar con los padres y el menor debido a que el núcleo familiar es factor fundamental para el buen desarrollo del infante durante este proceso y en esta etapa la familia es pilar fundamental y debe conocer acerca del tema, directrices y recomendaciones específicas para la enseñanza del dominio de las conductas agresivas.

A partir de los datos recopilados en la ejecución de las técnicas empleadas, se han podido valorar las puntuaciones que nos pueden dar para constatar la agresividad persistente en el niño y el bajo rango de tolerancia por parte del mismo, sintiendo así una gran frustración.

Con estos datos se comprobó si hay algún integrante de la familia que sufra de algún desorden vinculado a la agresión o si existen problemas de violencia en el núcleo familiar, para hacer un análisis diferencial si el caso lo requiere, pero no existía nada vinculado con algún tipo de desorden, por lo cual está descartado.

Los datos recolectados y la información adquirida no solo se enfocó observación psicológica sino también en otras herramientas que nos fue de gran ayuda para verificar el comportamiento del niño dentro y fuera del hogar, pudiéndose notar que el comportamiento dentro del hogar es totalmente desfavorable y que en el entorno social también, mientras que el niño se mostraba en cada una de las sesiones un poco tímido por lo que se requería de la observación psicológica en cada una de las sesiones en los otros ambientes donde se desarrolla en el infancia.

Los resultados que se obtenidos al respecto han sido muy satisfactorios para el cumplimiento de los criterios planteados, ya que se ha constatado que el niño no tiene control de sus impulsos y manifiesta poca tolerancia ya que presenta el trastorno combinado de déficit de atención por lo que con la ayuda de las herramientas se pueden encontrar altos niveles de agresividad, y esto produce que el infante no tenga una correcta de la relación con los demás miembros de la sociedad.

Soluciones planteadas

Actividades Colaboradoras - Promueven Los Valores

En base a lo encontrado en el infante ya que este presenta excesivos niveles de agresión contra sus pares y al examinar la situación, se trató de disminuir la agresión en el niño a través de lo que más le gusta hacer que es jugar. Pues los juegos colaborativos poseen una estructura

(de interacción, cooperación, aceptación, respeto y tolerancia) que tiene como consigna " jugar junto, mas no contra",

Contribuyendo de forma positiva a conseguir un mejor ambiente para el paciente en edad escolar. El juego cooperativo es un instrumento que, utilizado con regularidad, posibilita y promueve los procesos de autoconocimiento, de interacción, de socialización y de integración en la comunidad. Se trata de un acto libre de gran valor social, que posibilita la liberación de la energía física y psíquica, evidenciando así las grandes perspectivas socioculturales y educativas que tiene el juego.

Durante el juego el niño deja escapar sus instintos e impulsos, aparte de orientar y encaminar su mente a través de las pautas que rigen los juegos. Estos juegos cooperativos no son distintos de otros, solamente que su importancia consiste en relegar a un segundo plano el sentido de competencia (ganar o perder), incitando a lo el paciente a competir de forma sana, entre los componentes de los juegos cooperativos tenemos: cooperar, aceptar, participar y diversión

Estos elementos clarifican, a nivel de la enseñanza, el hecho de que el juego se comparta con fines recreativos donde se fomente: la participación, la comunicación y especialmente la cooperación ya que, normalmente, es lo que lleva a los niños a asumir conductas sociales favorables. El empleo de juegos cooperativos en los que todos participan, se divierten, agrega a una actitud positiva, de comprensión y de aceptación, y favorece los progresos de la integración, desplazamiento de la agresividad del este paciente.

Terapia cognitiva conductual

Otra de las soluciones que se planteó y es indispensable que el paciente continúe con la terapia cognitivo conductuales (TCC) las cuales buscan la una manera de comprender la forma en que el paciente piensas sobre ti mismo, sobre los demás, el mundo que le rodea, y la forma en que lo que hace afecta a sus sentimientos y pensamientos.

La TCC ayuda a modificar la forma de pensar (cognitiva) y de actuar (conductual), esta variación permite que el paciente se sienta mejor. En contraposición a otras la TCC se enfoca en los conflictos y las dificultades del "aquí y ahora". En lugar de concentrarse en las fuentes de tu angustia o síntomas del pasado, procura buscar maneras de aumentar tu estado de ánimo presente.

La TCC permite que el paciente entienda temas complicados descomponiéndolos en fragmentos más pequeños. con esto hace ver claramente cómo estas piezas están vinculadas entre ellas y cómo te afectan. Dichas piezas podrían ser una postura, un conflicto, un dato, o una circunstancia complicada. A partir de ellas se derivan: pensamientos, emociones, sensaciones físicas y comportamiento,

Dando, así como resultado que estas áreas afectadas impacten otras regiones del individuo, debido a que el pensamiento acerca de una determinada problemática hará que afecte el modo en que este se siente tanto de manera física como emocional, e incluso alterar lo que realizas al respecto.

Psicoeducación

La psicoeducación hace referencia a la educación e información suministrada a el paciente con alteración psicológica y el entorno familiar, se aplicó individualmente y en familia. Esta intervención fue de tipo sanitaria de carácter educativo que tuvo como finalidad modelar el comportamiento y las actitudes del paciente ante la patología con el propósito de incrementar la conexión terapéutica y por consiguiente el curso de la alteración. La intervención psicológica consistió principalmente incorporar el respaldo emocional, es decir, la resolución de conflictos.

CONCLUSIONES

Las distorsiones cognitivas son errores en el procesamiento de la información. Además, realizan dos funciones. Por una parte, nos facilitan los errores cometidos al percibir el ambiente; es decir, nos facilitan la experimentación de un acontecimiento ambiguo o indefenso como algo que es negativo. Por otro lado, sostienen las creencias negativas sobre sí mismo, sobre el mundo o sobre el futuro.

Los psicólogos consideran que la terapia cognitiva tiene como propósito la modificación, por una parte, de las cogniciones o pensamientos distorsionados o no adaptados, pero por la otra parte, de las disfunciones de los comportamientos vinculados a estos pensamientos o distorsiones. Es decir, lo que se intenta es ayudar al paciente a que descubra su forma disfuncional de pensamiento irracional y el efecto que tiene en su comportamiento; y para que aprenda las estrategias de afrontamiento apropiadas para poder seguir con su vida de una manera adecuada y satisfactoria.

Pues es Así que se trabajó con el paciente en las distorsiones cognitivas que se encontró como la personalización la negación y la generalización del paciente con TDAH que es una forma errona de razón, pues el paciente cree estar seguro que todas las personas tratan de evadirlo a causa de la alteración que padece (distorsión cognitiva generalizada) lo cual ha provocado en el paciente baja autoestima y pésimo estado de animo.

Para evitar la conducta agresiva la primera medida es preparar el medio para que el menor no adopte una conducta agresiva y, en cambio, si lo prevenimos para que adquiera conductas distintas de la habitual. En base a la información recolectada, tanto la que se realizó en el sustento teórico como la que nos arrojó los datos recogidos en el infante, en el que se realizó el estudio de caso se puede concluir que, existen grandes dificultades para controlar los impulsos en los pacientes que padecen el TDAH y por eso es necesario que los familiares y el entorno conozcan del tema, para saber cómo ayudar a quienes padecen esta alteración en una situación dada, debido a que las consecuencias posteriores pueden ser riesgosas tanto para el agredido como para el agresor.

La parte satisfactoria como profesional, fue de evidenciar de forma directa, como a afectado este tipo de trastorno, no solo a quien lo padece sino también a las personas cercanas y poder ayudar de forma directa a los mismos, con herramientas que nos han sido de gran utilidad en el transcurso del desarrollo de este caso de estudio, ya a veces se confunden con otras alteraciones. A lo largo del proceso se pudo observar que a pesar de que la familia conoce el trastorno base del individuo, se ha visto preocupada debido a que piensan que el único tratamiento para este tipo de comportamientos agresivos son los fármacos.

De acuerdo con la filosofía del aprendizaje, los impulsos o deseos violentos son naturales en el humano y son un elemento fundamental de la fuerza vital psicológica. En el transcurso de un correcto desarrollo, dichos impulsos se manifiestan habitualmente en diferentes comportamientos a distintos niveles de edad y, con la colaboración de los progenitores y de otras personas, van quedando bajo el dominio del sujeto: moderados, canalizados y regulados, pero de ninguna manera eliminados. Por este motivo, se recomienda a los padres que hagan hincapié en la observación del comportamiento del niño, ya que son los primeros en detectarlo observando los signos que el niño manifiesta.

BIBLIOGRAFÍA

- American Academy of Pediatrics. (27 de septiembre de 2019). *healthy children. org*. Obtenido de <https://www.healthychildren.org/Spanish/health-issues/conditions/adhd/Paginas/Causes-of-ADHD.aspx>
- Carrasco Ortiz, M. Á., & González Calderón, M. J. (2006). Aspectos Conceptuales De La Agresión: Definición Y Modelos Explicativos. *Acción Psicológica*, 7-38.
- Centro Nacional de Defectos Congénitos y Discapacidades del Desarrollo de los CDC, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. (16 de agosto de 2020). *Terapia conductual para los niños pequeños con TDAH*. Obtenido de Centro Nacional de Defectos Congénitos y Discapacidades del Desarrollo de los CDC, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades: <https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/adhd/behavior-therapy.html#:~:text=La%20terapia%20conductual%20es%20un,quando%20los%20padres%20la%20proporcionan>.
- Esperón, C. S. (2008). *Convivir Con Niños Y Adolescentes Con Trastornos De Déficit De Atención E Hiperactividad (TDAH)*. Madrid: Editorial Médica Panamericana S.A.
- Freire, H. (2017). *¡Estate Quieto y Atiende! Ambiente más Saludables para Prevenir el Déficit de Atención e Hiperactividad*. Barcelona: Herder Editorial, S. L.,.
- Jiménez, J. E. (2012). Prevalencia; TDAH; DSM-IV-R; Educación Primaria; Canarias. *European Journal of Education and Psychology*, 8.
- Kassinove, H. (2005). *El Manejo De La Agresividad Manual de Tratamiento Completo para Profesionales*. Sevilla: Editorial Desclee De Brouwer, S.A., 2005.
- Mayo Clinic. (13 de septiembre de 2019). *El Tdah En Niños*. Obtenido de Mayo Clinic: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/adhd/symptoms-causes/syc-20350889#:~:text=Las%20caracter%20principales%20del%20TDAH, los%203%20a%20B1os%20de%20edad>.

- Pascual-Castroviejo, I. (2009). Trastornos por déficit de atención e hiperactividad TDAH. En I. Pascual-Castroviejo, *Trastornos por déficit de atención e hiperactividad TDAH* (págs. 140 - 150). Madrid.
- Psiquiatría, A. E. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. Arlington: Editorial Médica Panamericana.
- Ruales, G. E. (2018). *Niveles de agresividad en estudiantes de música del Conservatorio Superior*. Quito: Universidad Técnica Del Ecuador.
- Valverde, G. M. (29 de Agosto de 2016). *Tdah Y Tú*. Obtenido de <http://www.tdahytu.es/agresividad-en-el-tdah/#:~:text=Tratamiento%20de%20la%20conducta%20agresiva%20en%20el%20TDAH&text=Si%20no%20es%20as%C3%AD%20hay,y%20expresi%C3%B3n%20de%20las%20emociones>.
- Varona, S. (2003). *Test De Agresividad Infantil*.

ANEXOS

LISTA DE CHEQUEO CONDUCTUAL DE LA AGRESIVIDAD EN NIÑOS

Savina Varona

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____
Instrucción: _____ Colegio: _____
Informante: _____ Parentesco: _____
Evaluador: _____ Fecha: _____
Observaciones: _____

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará afirmaciones sobre el modo en que se comportan algunos niños.

Analice cada afirmación tomando en cuenta el comportamiento actual del niño y responda con que frecuencia lo realiza: nunca, poco frecuente, frecuente o muy frecuente. Escoja solo una respuesta y marque con un aspa en el recuadro correspondiente.

Trabaje rápidamente y recuerde que tiene que contestar a todas las afirmaciones. No hay respuestas "correctas" o "incorrectas", todas son válidas. Ahora puede empezar.

N	Con que frecuencia realiza las siguientes conductas:	NUNCA	POCO FRECUENTE	FRECUENTE	MUY FRECUENTE
1	Desobedece, no acata las normas.				
2	Se muestra desganado y desinteresado.				
3	Se ausenta indebidamente.				
4	Irresponsabilidad para el cumplimiento de las tareas.				
5	Es impertinente y no respeta la autoridad.				
6	Bromista, burlón y pesado.				
7	Es chismoso e indiscreto.				
8	Usa lenguaje soez y ordinario.				
9	Es mentiroso.				
10	Se involucra en disputas y peleas.				
11	Destruye los bienes propios y ajenos.				
12	Es hiperactivo e inquieto.				
13	Cuando está molesto no responde a las preguntas.				
14	No coopera en situaciones de grupo.				
15	Es terco y empeinado.				
16	Es negatista, hace lo opuesto a lo que se le dice.				
17	Hace rabietas y berrinches.				
18	Perturba, molesta e inoportuna a los demás.				

Escala de Comportamiento SNAP-IV

Nombre del Alumno: _____ Fecha: _____

Sexo: _____ Edad: _____ Grado: _____ Ethnicidad: _____

Preparado por: _____ (Título) Período de Observación: _____

Marque en la columna que describa mejor a su hijo:	0 No	1 Un Poco	2 Mucho	3 Demasiado
1. No presta atención, es descuidado en sus tareas.	0	1	2	3
2. Se le hace difícil concentrarse en sus tareas o juegos.	0	1	2	3
3. Parece no escuchar lo que le dicen.	0	1	2	3
4. No obedece instrucciones o termina tareas.	0	1	2	3
5. Se le dificulta organizar su trabajo.	0	1	2	3
6. Evita lo que no le gusta, no se concentra.	0	1	2	3
7. Siempre pierde artículos escolares o del hogar (como sus juguetes, lápices o libros).	0	1	2	3
8. Se distrae con estímulo externo con frecuencia.	0	1	2	3
9. Es olvidadizo en la rutina diaria.	0	1	2	3
10. Hace movimientos continuos con los pies y manos.	0	1	2	3
11. Se sale de su asiento cuando no debe.	0	1	2	3
12. Se trepa o corretea cuando no es apropiado.	0	1	2	3
13. No puede hacer nada con calma.	0	1	2	3
14. Es intranquilo y parece que tiene un motor.	0	1	2	3
15. Habla excesivamente.	0	1	2	3
16. Contesta antes de tiempo.	0	1	2	3
17. Se le hace difícil esperar su turno.	0	1	2	3
18. Interrumpe las actividades de otros.	0	1	2	3

James M. Swanson, Ph.D., University of California, Irvine, CA 92715

LENIN PATRICIO MANCHENO PAREDES está presentando

Microsoft Word interface showing a document titled "CONCLUSIONES". The document text is as follows:

CONCLUSIONES

Las técnicas e instrumentos aplicados durante la investigación en este caso fueron fundamentales para la recopilación de información que manifiesta la importancia de una forma más amplia acerca del trastorno depresivo en una mujer de 60 años de edad, el mismo que tuvo origen con el inicio de la pandemia y la gran cantidad de noticias recibidas por todos los medios de comunicación, y su influencia en la interacción social.

La información que se obtuvo y que se presenta en este estudio de caso es de vital importancia, puesto que además de conocer de forma directa el caso de una paciente con trastorno depresivo y la manera en la que este afecta su desarrollo social, sirve de motivación para otros individuos que de forma directa o indirecta padecan de este trastorno, permitiéndoles una visión más amplia del mismo y comprendiendo una posibilidad de acudir en busca de apoyo psicológico a fin de alcanzar un estado de vida plena.

Participant list on the right side of the screen:

- LENIN PATRICIO MA... (presenting)
- angle contreras
- MAURO CRISTHOPE...
- JENNIFER BILLYTH...
- JIMMY HUMBERTO L...
- JANDRI JOMIRA (ZQ...
- JOSE ALEXANDER G...
- JANDRI JOMIRA (ZQ...