

■ Tratamiento cognitivo-conductual de un niño con TDAH no especificado

María Isabel Nieves-Fiel

Universidad Miguel Hernández (Elche), España

Resumen

La atención es uno de los procesos cognitivos que aparece implicado en la mayoría de los trastornos del neurodesarrollo, emocionales y del comportamiento. Aquellos niños que presentan déficit de atención suelen presentar más dificultades de aprendizaje y mayor tasa de fracaso escolar que los demás niños, siendo estos unos de los principales motivos por lo que acuden a consulta. El presente trabajo describe el tratamiento cognitivo-conductual de un niño de 10 años con trastorno por déficit de atención e hiperactividad no especificado, bajo rendimiento escolar y problemas de conducta. Para ello se empleó un diseño experimental de estudio de caso A-B. La intervención consistió en 10 sesiones en las que se empleó terapia cognitivo-conductual, aplicando las siguientes estrategias: autoinstrucciones, autoevaluación y resolución de problemas, y modificación de conducta a través de una economía de fichas. También se trabajaron aquellos hábitos que fomentan conductas apropiadas para el aprendizaje a través de técnicas de estudio y hábitos de organización y planificación. Los resultados muestran la eficacia de la terapia cognitivo-conductual y de la aplicación de sistemas de organización de contingencias para la intervención, mostrando una mejoría en atención, autonomía y disminución de conductas disruptivas, destacando su aumento en el rendimiento escolar.

Palabras clave: Déficit de atención, tratamiento cognitivo-conductual, economía de fichas, técnicas de estudio, rendimiento escolar.

Abstract

Cognitive-behavioural treatment in a child with ADHD unspecified. Attention is one of the cognitive processes which is involved in most of neurodevelopmental, emotional and behavioral disorders. Children who present attention deficit often have more learning difficulties and school failure than other children, so that these are ones of the main reasons why they request consultation. The current study describes a cognitive-behavioral treatment of a ten-years-old child with an Unspecified Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, poor school performance and behavioral disorder. For it, the experimental design of the case study was A-B. The intervention consisted of 10 sessions where cognitive-behavioral therapy was used by applying the following strategies: self-instructions, self-assessment, problem solving and behavioral changes through token economy. It also worked those habits that promote behavior appropriate for learning study skills and habits of organization and planning. Habits which promote proper behaviour for learning by means of study, organizational and planning skills were also included. Results show the effectiveness of the cognitive-behavioral therapy and the application of contingency management systems for the intervention, showing an improvement on attention, autonomy and a decrease in disruptive behavior, being the improvement in school performance noteworthy.

Keywords: Attention deficit, cognitive-behavioral treatment, token economy, study skills, school performance.

La atención es uno de los procesos cognitivos que aparece afectado con más frecuencia en la mayoría de los trastornos del neurodesarrollo, así como también en los trastornos emocionales y del comportamiento. Se trata de un sistema complejo compuesto de sub-procesos específicos (atención sostenida, alternante, selectiva y dividida), asociada a diferentes mecanismos neuronales a través de los cuales se logra el control de la orientación de la cabeza, el procesamiento de información, la toma de decisiones y el comportamiento deseado (Ríos Lago, Periañez y Rodríguez, 2008; Sohlberg y Mateer, 1987, 2001).

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), se trata de uno de los trastornos de inicio en la infancia más frecuentes. El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) indica que ocurre en la mayoría de las culturas en aproximadamente el 5% de los niños, siendo más frecuente en varones (APA, 2013).

Los síntomas principales del TDAH (falta de atención, hiperactividad e impulsividad) dificultan la adaptación del niño además de dar lugar al desarrollo de problemas secundarios, como problemas de comportamiento, dificultades en el aprendizaje escolar, problemas

Correspondencia:

María Isabel Nieves-Fiel.

Departamento de Psicología de la Salud. Universidad Miguel Hernández

Avda. de la Universidad, s/n. C.P. 03202. Elche (Alicante) - España.

E.mail: maribelnievesfiel@gmail.com

de relación social y/o alteraciones emocionales, baja autoestima, causando un deterioro significativo en la actividad social, académica y familiar (Maciá, 2012). Los escolares con TDAH presentan más dificultades de aprendizaje que el resto de la población infantil, siendo este hecho, uno de los principales motivos de consulta y de fracaso escolar (Spencer, 2007).

El DSM-5 (APA, 2013) establece los siguientes criterios diagnósticos para el TDAH de predominio inatento: i) fallan en prestar la debida atención a detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades; ii) tienen dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas; iii) parecen no escuchar cuando se les habla directamente; iv) no siguen instrucciones y no terminan las tareas escolares y laborales; v) tienen dificultades para organizar tareas y actividades; vi) evitan, les disgusta o se muestran poco entusiastas en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido; vii) pierden cosas necesarias para tareas o actividades; se distraen con facilidad por estímulos externos y viii) olvidan las actividades cotidianas.

En ocasiones los problemas de atención no alcanzan los criterios para el TDAH. En estos casos existe la categoría diagnóstica de trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado, que se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos del trastorno que causan malestar clínicamente significativo o deterioro del funcionamiento social, laboral o de otras áreas importantes pero que no cumplen todos los criterios (APA, 2013).

Muchos de los niños que padecen TDAH suelen mostrar también conductas disruptivas, estos comportamientos pueden ser consecuencia de la frustración que sufren por los continuos mensajes negativos que reciben continuamente en casa y en el colegio. Sus respuestas sociales ante los conflictos interpersonales son a menudo pasivas o agresivas, sus respuestas emocionales son desproporcionadas a los acontecimientos, lo que puede llevar a comportamientos inadecuados como rabietas, insultos, gritos y desobediencia, entre otros (DuPaul y Power, 2003).

El entrenamiento a padres como técnica de modificación de conducta para intervenir en conductas disruptivas resulta ser una de las técnicas más eficaces. El entrenamiento a padres persigue el desarrollo de habilidades y técnicas en éstos para modificar la conducta de sus hijos en casa, modificando la interacción padres-hijos, con el fin de potenciar la conducta social y disminuir las conductas desadaptativas (Maciá, 2012). La economía de fichas resulta muy útil, con el fin de que se produzca la adquisición de conductas adecuadas y la eliminación de conductas inadecuadas (Loro-López et al., 2009). Otro enfoque de la intervención es la modificación cognitiva de la conducta, basada en el entrenamiento en estrategias de autorregulación, con el objetivo de hacer consciente al niño de sus limitaciones y posibilitar así a que contribuya de forma activa en su intervención (Miranda y Soriano, 2010).

Descripción del caso

Identificación del paciente

Pedro (nombre figurado) es un niño de 10 años que cursa 5º de Primaria. Convive con sus padres y una hermana pequeña de 9 años. El ambiente familiar es bueno y mantiene una buena relación con todos los miembros de la familia. Es considerado por sus padres como un niño tímido, callado, despistado, bueno y cariñoso. Presenta un rendimiento académico bajo, continuas distracciones en casa y en el colegio y negación a realizar cualquier tarea que implique un esfuerzo.

Mantiene cierto rechazo escolar, ya que dice que el colegio le resulta aburrido y le mandan demasiadas tareas. Pedro tiene un grupo de amigos dentro y fuera del colegio en el cuál se encuentra bien adaptado. Entre sus principales aficiones se encuentra el balonmano, los videojuegos y jugar con los amigos y primos.

Motivo de consulta

Pedro es derivado al gabinete psicopedagógico del colegio debido al bajo rendimiento obtenido durante el primer trimestre, a sus continuas distracciones cada vez más frecuentes y a los problemas de atención que tenía tanto en casa como en clase.

La madre y la tutora informan que tanto sus distracciones como su desatención cada vez son más frecuentes y graves. En numerosas ocasiones llega a perder y olvidar objetos en diferentes sitios. Emplea mucho tiempo en realizar las tareas del colegio y en muchas ocasiones no las llega a terminar. Cada vez es más frecuente una gran falta de autonomía dónde siempre tiene que haber alguien que le recuerde en cada momento qué es lo que tiene que hacer.

Historia del problema

Las dificultades por las que acude al el gabinete psicopedagógico empezaron a manifestarse durante el primer trimestre del curso, durante el cual ha obtenido bajos resultados académicos y presenta ciertos problemas de conducta en casa. Se encuentra continuamente distraído y no presta atención a lo que se le dice o hace. Intenta evitar realizar tareas que le suponen un esfuerzo mental sostenido en actividades escolares o tareas domésticas y cuando las realiza emplea mucho tiempo en ellas y muchas veces no las logra terminar. En muchas ocasiones parece que no escucha cuando se le habla. Cuando recibe alguna orden o debe realizar alguna tarea que le implique un esfuerzo y no le gusta, termina enfadándose, negándose y con mal carácter.

Es descuidado en las actividades de la vida diaria y debido a sus numerosas distracciones ha llegado a olvidar y perder objetos frecuentemente. Los padres señalan que siempre le ha supuesto un gran esfuerzo realizar cualquier tipo de actividad sobre todo escolar, pero no había tenido problemas hasta este año en su rendimiento académico. Nunca ha recibido atención psicológica pero tanto los padres como la profesora han considerado la necesidad del mismo.

Evaluación del caso

La evaluación del caso se realizó mediante entrevistas a los padres, al niño y a la tutora, así como una evaluación de la inteligencia, el autoconcepto, el comportamiento y la personalidad con el niño.

Entrevista con los padres

Entrevista semiestructurada EDNA-IV (Ezpeleta, De la Osa, Doménech, Navarro y Losilla, 1997). Entrevista diagnóstica para niños y adolescentes basada en los criterios diagnósticos del DSM-IV, recoge información para obtener diagnósticos de síntomas y síndromes siguiendo un sistema de clasificación categorial. Durante la primera sesión se aplicó la versión EDNA-P, para padres.

Los padres consideran que en el hogar existen unas normas, límites y hábitos estables, claros y específicos que todos los miembros de la familia deben cumplir. Señalan que Pedro no tiene problemas en hábitos de alimentación y de sueño. Su madre considera que lleva una dieta equilibrada y tiene un apetito normal.

Respecto a las relaciones sociales, los padres señalan que actualmente son buenas ya que tiene un grupo de amigos tanto dentro como fuera de colegio, pero creen que algunos de sus compañeros de clase se burlan de él. En cuanto al ámbito académico los padres dicen que le cuesta mucho realizar las tareas que le mandan en el colegio, no muestra interés y apenas se esfuerza por hacerlas, además emplea mucho tiempo para ello y muchas veces no logra terminarlas. La madre comenta que todas las tardes tiene que estar con él para ayudarlo en sus actividades del colegio, ya que dice que él solo nunca las hace.

Tras la primera entrevista se solicitó a los padres que rellenaran un registro de conducta y un inventario de reforzadores que más tarde sería utilizado para el manejo de contingencias.

Entrevista con la tutora

Historia estructurada de la prueba BASC (Reynolds y Kamphaus, 2004), recoge información social, psicológica, del desarrollo, educativa y médica del sujeto que puede influir en el diagnóstico y tratamiento. En este caso, la tutora solo debía responder a aquellas preguntas que hacían referencia a aspectos sociales y educativos.

La tutora afirmó que ha habido un descenso en su rendimiento académico durante este curso y que su nivel de atención era cada vez menor, además no suele entregar los deberes y trabajos a tiempo. No termina las tareas, se le olvidan objetos y preparar los materiales que tocan en cada clase.

Entrevista con el niño

Se mantuvo una entrevista con Pedro con el objetivo de obtener más información sobre el problema. Durante la primera entrevista se mostraba callado, debido a su poca colaboración gran parte de la entrevista fue dedicada a empatizar con el niño.

Escalas y autoinformes aplicados al niño

Escala de Inteligencia de Wechsler para Niños-Revisada (WISC-R, Wechsler, 1974; versión española de 1993). Permite un diagnóstico clínico de la inteligencia y ofrece información sobre la capacidad intelectual general y sobre su funcionamiento en las principales áreas específicas de la inteligencia. Es aplicable a niños de 6 a 16 años y 11 meses. El tiempo de aplicación oscila entre 60 y 110 minutos. Nos permite obtener puntuaciones en tres escalas: inteligencia verbal, manipulativa y total. La información obtenida es importante para evaluar eficazmente dificultades de aprendizaje, funciones ejecutivas, lesiones cerebrales traumáticas, altas capacidades, discapacidad intelectual y otras alteraciones médicas y neurológicas.

En las pruebas que miden falta de atención (índice de Independencia a la Distracción de Kaufman: aritmética, dígitos y claves), las puntuaciones fueron menores que en el resto de pruebas, con la excepción de aritmética. Así, la puntuación más baja en toda la prueba fue la de Dígitos.

Escala de Autoconcepto para Niños de Piers-Harris (Piers, 1984; Piers y Harris, 1969; adaptación española de Fierro, Godoy y Cardenal, 1987). Es aplicable a niños de 7 a 12 años y es la más sencilla de las existentes para niños de estas edades. Esta escala consta de 80 frases sencillas con respuesta dicotómica (SI-NO). Su objetivo es obtener información sobre la percepción que el alumno/a tiene de sí mismo/a (autoconcepto global) valorar diferentes aspectos de su forma de ser y su comportamiento. Permite obtener una puntuación global y seis dimensiones específicas: autoconcepto conductual, intelectual, físico y social o de popularidad, falta de ansiedad y felicidad-satisfacción o autoestima (véase, Tabla 1).

BASC. Sistema de evaluación de la conducta en niños y adolescentes (Reynolds y Kamphaus, 2004). Se trata de una prueba multidimensional, ya que mide numerosos aspectos del comportamiento y de la personalidad. En este caso se ha utilizado el auto informe, Nivel 2, que es aplicable a niños de 6 a 12 años. El tiempo de aplicaciones de 30 minutos aproximadamente. El autoinforme proporciona información sobre escalas clínicas y escalas adaptativas. En cuanto a las puntuaciones obtenidas en esta escala destacó una actitud negativa hacia el colegio con una puntuación típica de 76, baja confianza en sí mismo, puntuación típica de 38 y un desajuste escolar, puntuación típica de 72.

Tabla 1. Puntuaciones obtenidas en la Escala de Autoconcepto para Niños de Piers-Harris (Piers-Harris)

	Puntuación directa	Percentil
Autoconcepto Conductual	14	30
Autoconcepto Intelectual	9	15
Autoconcepto físico	7	25
Falta de ansiedad	8	60
Popularidad	9	25
Felicidad-Satisfacción	7	25
Autoconcepto global	54	25

Análisis topográfico

A partir de la información obtenida durante la evaluación se estableció la línea base. Se puede decir que el niño presentaba conductas problemáticas en cuanto al cumplimiento de normas y rutinas en casa, a la hora de vestirse, lavarse los dientes, recoger su habitación, realizar las tareas escolares, prepararse la mochila y llevar la agenda escolar al día. Muchas de estas situaciones son porque el niño se niega a hacerlas y otra veces por falta de interés, esfuerzo o por sus continuas distracciones y olvidos. Tras una semana de registro se observó una frecuencia media de 3 o 4 conductas problemática al día

Análisis funcional

Pedro posee una baja motivación escolar, tiene continuos pensamientos negativos hacia el colegio causándole malestar, percibe el colegio como una obligación, además de su baja motivación tiene problemas de atención lo que le dificultan a la hora de concentrarse y realizar las actividades escolares. Las deficiencias atencionales se encuentran asociadas al rendimiento, ejecución y concentración del niño en tareas escolares. Tiene dificultades a la hora de realizar las tareas escolares por sí solo, ya que la mayoría del tiempo se encuentra distraído y no logra terminar las tareas, dando lugar a no entregarlos deberes y trabajos que le piden en clase porque no le ha dado tiempo a terminarlos. Cuando los padres demandan el cumplimiento de rutinas y obligaciones como vestirse, recoger la habitación, preparar la mochila, hacer las tareas escolares, ayudar en tareas de la casa, parece no atender a las órdenes, evitando realizarlas y en ocasiones muestra rabietas ante aquellas actividades que más esfuerzo requieren. Ante estas situaciones los padres en ocasiones actúan mediante castigos y en otras prefieren hacerlo ellos mismos, provocando el mantenimiento de la conducta del niño en otras ocasiones. La inconsistencia

de los castigos, la ausencia de refuerzo de las conductas adecuadas y la sobreprotección por parte de los padres han dado lugar al origen y mantenimiento de muchas de las conductas disruptivas.

Las conductas disruptivas, se mantienen en el tiempo por refuerzo positivo ya que consigue la atención de los padres, además la madre tiene la rutina de ayudarle en las tareas escolares. El día en que la madre no le ayuda, no consigue terminarlas ya que se encuentra continuamente distraído. Las conductas también son mantenidas en parte por refuerzo negativo, ya que muchas de

las veces son la madre y la hermana las que terminan haciendo las cosas por él, evitando por tanto la realización de una actividad que le resulta desagradable. La consecuencia principal de todas estas situaciones es su disminución en el rendimiento escolar, llegando a suspender algunas de las asignaturas escolares, además de encontrarse distraído la mayor parte del tiempo con lo que ha dado lugar al olvido y pérdida de numerosos objetos. Todas estas situaciones están generando preocupación y malestar en él y en su familia (véase Tabla 2).

Tabla 2. Resumen del análisis funcional.

Estímulos	Respuestas	Consecuencias
Castigos inconsistentes	No cumplen con sus demandas y obligaciones.	Evita actividad desagradable (R-).
Sobreprotección	No cumple con demandas y obligaciones. Rabietas.	Evita actividad desagradable (R-). Atención (R+)
Ausencia de refuerzo de conductas adecuadas.	No cumple con demandas y obligaciones. Rabietas.	Evita actividad desagradable (R-). Atención (R+)
Problemas de atención.	Parece no escuchar cuando se le habla. Evita realizar tareas de casa y del colegio. Olvidos y distracciones.	Bajo rendimiento escolar. Malestar y preocupación familiar.
Obligaciones escolares.	Pensamientos negativos y malestar.	Baja motivación escolar.

Aplicación del tratamiento

Se llevó a cabo una intervención cognitivo-conductual, en la que se trabajó con el niño y también con los padres. El tratamiento se llevó a cabo en un total de 10 sesiones, con una duración de 50 minutos aproximadamente. Los objetivos planteados durante las sesiones fueron los siguientes: 1) proporcionar información sobre el origen, desarrollo y mantenimiento del problema; 2) aprender orientaciones y pautas educativas; 3) establecer hábitos de organización y planificación; 4) establecer rutinas y normas de conducta concretas y físicas en casa; 5) potenciar autonomía y 6) establecer estrategias en resolución de problemas y en toma de decisiones.

Sesión 1: Psicoeducación: Durante la primera sesión del tratamiento se expuso a los padres información sobre el problema y el tratamiento que se iba a llevar a cabo.

Se les proporcionó una serie de pautas y de recomendaciones que deberían seguir en casa. Se les explicó la importancia de establecer límites y normas y de seguir unos hábitos y rutinas adecuados a cada familia, de cómo deben reforzar de forma positiva las conductas adecuadas del niño y castigar de forma coherente aquellas conductas no adecuadas.

Sesión 2 y 3: Se trabajó con el niño la planificación y organización escolar mediante el establecimiento de un horario que indicaba el tiempo que debía emplear en trabajar en cada asignatura y las tareas que tenía que realizar cada día. Se trabajaron los hábitos que fomentan conductas apropiadas para el aprendizaje como el manejo del horario y el control de la agenda escolar.

Sesión 4 y 5: Técnicas de estudio: Existen una serie de estrategias que nos ayudan a facilitar y mejorar el estudio y la realización de tareas escolares. Durante estas dos sesiones se ha trabajado la comprensión lectora, el subrayado y los resúmenes.

Sesión 6 y 7: Establecimiento de normas y rutinas: Se trabajó con el niño y con los padres mediante técnicas de modificación de con-

ducta a través de una economía de fichas. Durante la sexta sesión se explicó el funcionamiento de la misma, se establecieron las conductas a reforzar y se acordaron los posibles reforzadores, con el fin de poder ponerla en funcionamiento en la siguiente sesión, las conductas que se acordaron reforzar son las siguientes: i) revisar la agenda escolar cada día: cada tarde al volver del colegio debía mirar su agenda escolar y comprobar que tareas tenía que hacer cada día y qué debía llevar al colegio al día siguiente; ii) hacer las tareas del colegio: cada tarde tras revisar en su agenda escolar que es lo que tenía que hacer para el día siguiente, se debía poner a hacer las actividades que le habían mandado en el colegio cada día; iii) preparar la mochila:

Tras haber terminado de hacer las tareas escolares, tenía que preparar la mochila con todos los materiales que hay que llevar para el día siguiente; iv) recoger la habitación: cada día debe ordenar su habitación sin que su madre se lo tenga que decir; v) ducha y ponerse el pijama: Cada día antes de cenar debía ducharse el día que le tocara o asearse y después ponerse el pijama; vi) lavarse los dientes después de cenar: Al terminar de cenar debía ir a lavarse los dientes cada noche.

Por el cumplimiento de cada conducta obtenía un punto, cuando alcanzaba un número de puntos se canjeaban por premios el fin de semana. Durante la primera semana debía conseguir 20 puntos, durante la segunda 25 puntos y en la tercera semana debía cumplir con la mayoría de conductas hasta conseguir 28 puntos. Estos premios consistían en ir a ver a los primos, comer o cenar a algún sitio que le gustase con la familia, ir de excursión familiar, montar en bicicleta. El premio a largo plazo fue conseguir un videojuego si completaba 28 puntos en la tercera semana y 30 puntos en la cuarta semana.

Sesión 8: Entrenamiento en autoinstrucciones: Se trata de una técnica cognitiva de cambio de comportamiento que consiste en modificar el diálogo interno de la persona para facilitar el afrontamiento de una determinada tarea, situación o acontecimiento (Meichenbaum, 1977). En primer lugar se le proporcionó información sobre que consiste en el entrenamiento en autoinstrucciones, y después se practicó

mediante ejercicios para posteriormente poder incorporar lo aprendido a situaciones de la vida diaria.

Sesión 9: Entrenamiento en resolución de problemas: Se trata de un proceso cognitivo-conductual que ayuda al sujeto a escoger entre varias alternativas de respuesta cuando se encuentra ante un problema y a la vez incrementa la probabilidad de seleccionar las respuestas más eficaces de entre las alternativas posibles.

Esta técnica se trabajó por medio de situaciones hipotéticas, ante un posible problema se debía buscar distintas alternativas de posibles soluciones, hacer una valoración de cada alternativa y poner en funcionamiento la más eficaz. Es una estrategia que se utiliza tanto para prevenir problemas como para fomentar la autonomía (Gavino, 1997).

Sesión 10: Autoevaluación: Se trata de una técnica cognitiva que permite al sujeto tomar conciencia de aquellas cosas que hace bien y de las que tiene dificultades. Se trabajó por medio de tres pasos; en primer lugar se hizo un listado de las cosas que hacía bien, después se hizo otra lista de aquellas que le cuesta hacer, que se le dan mal o tiene dificultades y por último se establecieron posibles soluciones ante aquellas cosas que peor se le daban hacer.

Resultados

A lo largo de las semanas, a partir del mes aproximadamente, se empezaron a notar los resultados, debido a la gran colaboración por parte de los padres con el tratamiento y a que al principio de las sesiones se trabajó la empatía con el niño para crear un clima de confianza. A partir de la quinta semana del tratamiento se observaron los primeros resultados en el niño, el rendimiento académico mejoró, había menor número de exámenes suspensos. En el primer trimestre fueron cuatro las asignaturas que suspendió y a lo largo del tratamiento durante el segundo trimestre logro aprobar todas las asignaturas. También durante la quinta y sexta semana aumentó el número de veces que logró terminar los deberes sin ayuda, entregar los trabajos y deberes a tiempo en clase (véase FIGURA 1).

Durante la sexta semana en la que se le aplicó la economía de fichas, los problemas de conducta que presentaba empezaron a mejorar, resultando eficaz dicha técnica (véase FIGURA 2). En la gráfica se observa que tras los registros realizados antes del tratamiento emitía quince conductas disruptivas a la semana, estableciéndose la línea base del tratamiento. No fue hasta la sexta semana cuando se observó una disminución significativa con cuatro conductas realizadas, durante la séptima semana se observaron dos conductas y en la octava y décima se consiguió que no emitiera ninguna. A partir de la séptima sesión las conductas disruptivas habían disminuido notablemente tanto en frecuencia, intensidad y duración tras esa semana. Durante el tratamiento cada semana los padres debían rellenar un registro de conducta, para comprobar la evolución de las conductas de línea base. A partir de la sexta semana de tratamiento las conductas disruptivas habían disminuido considerablemente dándose cuatro conductas durante la semana y en la séptima semana solo se registraron dos conductas disruptivas. Durante dicha semana cumplía con la mayoría de las obligaciones y rutinas establecidas en casa sin enfadarse y ya no hacía falta que su madre le recordara en cada momento que era lo que tenía que hacer. Al finalizar el tratamiento se administró de nuevo el autoinforme del BASC y se entrevistó de nuevo a los padres y a la tutora. El número de quejas por parte de sus padres había disminuido y su rendimiento escolar mejoró durante el segundo trimestre llegando a aprobar todas las asignaturas. En ocasiones tenía alguna dificultad a la hora de realizar las tareas escolares, pero ya no necesitaba la continua supervisión de la madre para poder hacerlas y había

disminuido el número de veces que no lograba entregar a tiempo los deberes y trabajos.

Las puntuaciones en el BASC (véase FIGURA 3) indicaron, que tanto el desajuste escolar (P.T. = 62) como la confianza en sí mismo (P.T. = 44) había mejorado. A pesar de que su actitud negativa hacía el colegio había disminuido, seguía manteniendo alguna dificultad en esta área (P.T. = 71).

Figura 1. Evolución de los cambios de la conducta durante el tratamiento.

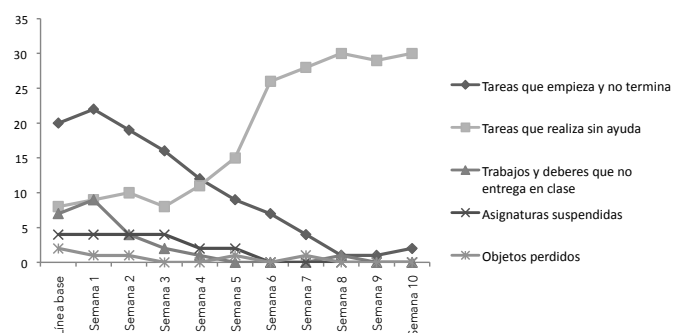


Figura 2. Evolución de conductas disruptivas o de desobediencia tras la aplicación de la economía de fichas.

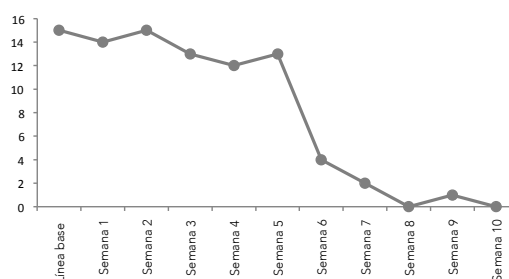
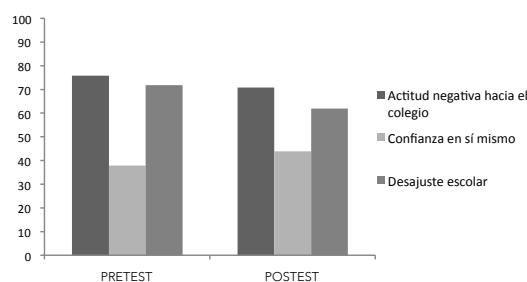


Figura 3. Puntuaciones típicas en el autoinforme de Sistema de evaluación de conducta de niños y adolescentes, BASC.



El tiempo transcurrido entre el pretest y el posttest fue de cinco meses.

Discusión

Los objetivos de la intervención realizada fueron establecer hábitos de organización y planificación escolar, instaurar rutinas y normas en casa, mejorar su comportamiento, potenciar autonomía y mejorar habilidades en resolución de problemas y en toma de decisiones. Tras la aplicación del tratamiento se observó que se habían alcanzado los objetivos inicialmente propuestos. Las conductas disruptivas y de desobediencia disminuyeron considerablemente. La mayoría de las veces

aceptaba y cumplía con sus obligaciones sin enfadarse, además ya casi no necesitaba la ayuda de su madre para hacer los deberes o que le recordaran que es lo que tenía que hacer. Aprendieron orientaciones y pautas educativas y se consiguió el establecimiento de normas y rutinas en casa.

También mejoró en autonomía y en problemas atencionales, ya que el número de distracciones y olvidos había disminuido y era capaz de realizar las tareas en el tiempo indicado. Su rendimiento escolar también había mejorado considerablemente ya que las calificaciones de los exámenes eran mejores que al inicio del tratamiento, además de la ejecución de deberes, trabajos y tareas escolares. La técnica más eficaz que alcanzó los mejores resultados fue la economía de fichas, ya que fue principalmente lo que permitió la adquisición de conductas adecuadas y la eliminación de las conductas inadecuadas.

A partir de los resultados de la intervención, nuestro estudio principalmente muestra eficacia en la aplicación de sistemas de organización de contingencias en el tratamiento de los problemas asociados con el déficit de atención, tales como los problemas de conducta y bajo rendimiento escolar.

Se han obtenido resultados coherentes con los hallados por otros estudios que han empleado el entrenamiento a padres en técnicas de manejo conductual que muestran una reducción de los síntomas de TDA, problemas de conducta y las dificultades con los deberes tanto en casa (Giménez-García, 2014) como en la escuela (Ramírez-Pérez, 2015, Daly, Creed, Xanthopoulos y Brown, 2007). Además, diversos estudios han evidenciado los efectos terapéuticos de las técnicas cognitivo-conductuales sobre los síntomas centrales y asociados al TDAH (Arco, Fernández e Hinojo, 2004, Giménez-García, 2014; Ramírez-Pérez, 2015).

En el inicio del tratamiento y de la evaluación surgieron problemas de adherencia debido a la baja motivación y colaboración del niño, por lo que durante las primeras sesiones se hizo un esfuerzo especial para empatizar con el niño hasta lograr un clima de confianza. Queda pendiente evaluar el seguimiento, con el fin de observar si los cambios producidos se mantienen en el tiempo.

Sería conveniente continuar trabajando las técnicas de estudio y la organización y planificación de las tareas. También sería recomendable trabajar habilidades sociales y autoestima ya que además de ser problemas asociados al déficit de atención, presenta dificultades en dichas áreas, otra de las limitaciones encontradas, ha sido el tiempo, por lo que no ha sido posible poder trabajar con dichas dificultades.

Artículo recibido: 01/09/2014

Aceptado: 05/03/2015

Referencias

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-V, 5th edition*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona, España: Masson.
- Arco, J.L., Fernández, F.D. e Hinojo, F.J. (2004). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: Intervención psicopedagógica. *Psicothema*, 16(3), 408-414.
- Daly, B.P., Creed, T., Xanthopoulos, M. y Brown, R.T. (2007). Psychosocial treatments for children with attention deficit/hyperactivity disorder. *Neuropsychology Review*, 17(1), 73-89.
- DuPaul, G.J. y Power, T.J. (2003). Intervenciones educativas para alumnos con trastornos por déficit de atención. En T. Brown (comp.). *Trastornos por déficit de atención y comorbilidades en niños, adolescentes y adultos* (pp. 607-635). Barcelona: Masson.
- Ezpeleta, L., Osa, N. de la, Júdez, J., Doménech, J. M., Navarro, J. B. y Losilla, J. M. (1997). Diagnostic agreement between clinician and the Diagnostic Interview for Children and Adolescents – DICA-R. Acuerdo diagnóstico entre niños/adolescentes y sus padres. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 22, 153-163.
- Fierro, A., Godoy, A. y Cardenal, V. (1987). Análisis de ítems, fiabilidad y validez factorial de la Escala de Autoconcepto para Niños de Piers y Harris. *Presentado en el II Congreso de Evaluación Psicológica*. Madrid.
- Gavino, A. (1997). *Técnicas de Terapia de Conducta*. Barcelona, España: Martínez Roca.
- Giménez-García, L. (2014). Tratamiento cognitivo-conductual de problemas de conducta en un caso de trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 1, 79-88.
- Loro-López, M., Quintero J., García Campos, N., Jiménez-Gómez, B., Pando, F., Valera-Casal, P., ... Correas-Laufer, J. (2009). Actualización en el tratamiento del trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*, 49(5), 257-264.
- Maciá, D. (2012). *TDAH en la infancia y la adolescencia. Concepto, evaluación y tratamiento*. Madrid, España: Pirámide.
- Meinchenbaum, D. (1977). *Cognitive behavior modification*. Nueva York: Plenum Press.
- Miranda, A. y Soriano, M. (2010). Tratamientos Psicosociales Eficaces para el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. *Información Psicológica*, 100, 100-114.
- Piers, E. V. (1984). *Revised Manual for the Piers-Harris children self-concept scale*. Los Ángeles: Western Psychological Services.
- Piers, E.V. y Harris, D. (1969). *Manual for the Piers-Harris Children's Self-concept Scale*. Nashville, Tennessee: Counselor Recording and Tests.
- Ramírez-Pérez, M. (2015). Tratamiento cognitivo-conductual de conductas disruptivas en un niño con TDAH y trastorno negativista desafiante. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 2, 45-54.
- Reynolds, C.R. y Kamphaus, R.W. (2004). *Sistema de Evaluación de la conducta de niños y adolescentes. Manual BASC*. Madrid: Ediciones TEA.
- Ríos Lago, M., Perriñez, J. A. y Rodríguez, J. M. (2008). Neuropsicología de la atención (pp. 149-188). En J. Tirapu, M. Ríos Lago y F. Maestú (Eds.), *Manual de Neuropsicología*. Barcelona, España: Viguera Press.
- Sohlberg, M.M. y Mateer, C.A. (1987). Effectiveness of an attention-training program. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 9, 117-130.
- Sohlberg, M.M. y Mateer, C.A. (2001). *Cognitive Rehabilitation: An integrative Neuropsychological approach*. New York, NY: Guilford Press.
- Spencer, T.J. (2006). ADHD and Comorbidity in Childhood. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 27-31.
- Wechsler, D. A. (1993). *Escala de inteligencia para niños-Revisada (WISC-R)*. Madrid, España: Ediciones TEA.