

Intervención cognitivo-conductual en un niño con TDAH

Cognitive-behavioral intervention on a child with ADAH

Isabel Xandri Márquez¹, Isabel Moya Colacios², Maria Giró Batalla³

Recibido: 03/12/2014

Aceptado: 23/04/2015

Resumen

Presentamos el caso clínico de un niño de 10 años diagnosticado con TDAH. Queremos resaltar la intervención cognitivo conductual realizada dentro de un tratamiento multidisciplinar.

Se realiza una derivación del médico de cabecera a la unidad de salud mental por problemas de conducta. La evaluación confirma el diagnóstico de TDAH y se decide empezar el tratamiento farmacológico con metilfenidato y acordar varias sesiones con los padres. Paralelamente se realiza una intervención cognitivo-conductual de 4 sesiones donde aplicamos Mindfulness, Relajación Muscular Progresiva de Jacobson, Autoverbalizaciones Positivas y Mejora de la Autoestima.

Al finalizar la intervención los padres deciden dejar la medicación y basarse en la dieta, ya que según investigaciones marroquíes tan solo con una dieta específica puede reducirse la sintomatología y expresión del TDAH.

Palabras clave: TDAH, intervención cognitivo-conductual, impulsividad, metilfenidato.

Summary

We present the case of a 10 years old boy diagnosed with ADHD, emphasizing the cognitive behavioral intervention therapy performed within multidisciplinary treatment.

The patient is derived by his GP to the mental health unit for a study of his misconduct symptoms. As the study confirms the ADHD diagnosis, the methylphenidate treatment is being applied.

¹Psicóloga especialista en psicología cognitivo-conductual y ciencias forenses. Prácticas profesionales en USM Badia del Vallès

²Psicóloga Clínica. USM Badia del Vallès

³Psiquiatra. USM Badia del Vallès. Unitat de Salut Mental de Badia

Correspondencia: Isabel Xandri Márquez
Ausiàs Marc, 65
08010 Barcelona
isabel.xandri@gmail.com

as well as several sessions with parents. In parallel 4 sessions of cognitive behavioral therapy are performed with mindfulness, Jacobson's Progressive Muscle Relaxation, Positive self-statements and self-esteem improvement activities.

After the intervention the parents decide to stop the medication relying only on a diet (according to Moroccan investigations the symptoms of ADHD can be reduced only with specific diet).

Key words: ADHD, cognitive behavioral intervention, impulsivity, methylphenidate.

INTRODUCCIÓN

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es una patología de alta prevalencia dentro del desarrollo neuropsicológico del niño —que afecta al 3-7 % de niños en edad escolar (GPC, 2010), el 5 % en población general (APA, 2001)— y que comprende un grupo de problemas relacionados con la falta de atención, la hiperactividad y la impulsividad, generando una importante dificultad para realizar eficientemente las actividades diarias y académicas en todos los contextos.

Descrito por primera vez en 1845 en un libro de relatos infantiles del psiquiatra H. Hoffman el concepto ha ido evolucionando. Ha pasado de relacionarse con patologías orgánicas cerebrales con conceptos como la “impulsividad orgánica” (Kahn y Cohen, 1934) a corriente más biológica como el estudio de Barkley (1997) que demostraron que los hijos de progenitores con TDAH tienen un 50 % de experimentar las mismas dificultades.

Hoy en día la evidencia nos guía hacia el entendimiento del TDAH como un trastorno de sintomatología y pronóstico heterogéneos y de etiología diversa. La sintomatología básica afecta sobre todo a las funciones ejecutivas, moduladas por el área prefrontal cerebral, de inhibición de respuesta, vigilancia, memoria de trabajo y planificación (O. Papazian, *et al.*, 2006).

No es de extrañar que el tratamiento del TDAH se entienda de manera multidisciplinar. Desde que Bradley (1937) usó por primera vez el Metilfenidato en niños con problemas conductuales secundarios a encefalitis viral este se ha convertido en el tratamiento básico, junto con las pautas conductuales a los padres y en algunos casos los entrenamientos en habilidades del niño. Existe una gran controversia sobre la sobrediagnóstico

del TDAH y la consecuente sobremedicación. A nivel divulgativo nos bombardean con información pseudocientífica que incluso llega a negar la patología, provocando la duda a la población de padres preocupados por sus hijos incomprensidos.

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

H.G., varón de 10 años que estudia 5º de Primaria en un colegio de una ciudad dormitorio en la periferia de Sabadell. El mediano de 5 hermanos y familia de origen marroquí con nivel socioeconómico bajo. Actualmente su padre está desempleado desde hace 5 años y su madre no trabaja para cuidar de sus hijos.

Temperamentalmente muy demandante con buena salud durante el primer año de vida y con otitis de repetición a partir del primer año. Empezó la deambulación con 2 años, no gateó. Empezó a hablar a partir de P-5, anteriormente solo señalaba. Control de los esfínteres a los 2-3 años.

La madre destaca cierta angustia de separación, hasta los 9 años dormía con los padres. Y del primer año escolar destaca los constantes partes que recibía por problemas de conducta.

Buena relación familiar y con muchos amigos. Juega al fútbol y le gustan los videojuegos.

Siempre ha sido muy inteligente según sus profesores.

MOTIVO DE CONSULTA

Derivado por el pediatra por trastorno de conducta, problemas de mentiras en casa, en escolarización no acepta límites y últimamente roba a los padres. Tiene problemas con los profesores, comenta que todos le tienen manía. La madre comenta que es como si viviera en su propio mundo de mentira.

EVALUACIÓN Y ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA

A la exploración a través de entrevista clínica con la madre, observación del niño e informe con escalas a los profesores, impresiona la clínica de TDAH; se busca confirmación a través de pruebas psicométricas. Se administró el WISC-IV mostrando unos resultados dentro de la normalidad. CV=108; RP=91; MT=91; VP=82; CI Total=91. También se administró el CPT de Conners con un resultado 99 % clínico para TDAH.

Tras la evaluación se diagnosticó: 314.01 (F90.2) Trastorno por déficit de atención con hiperactividad presentación combinada. (DSM-5).

CONDUCTAS PROBLEMA

Elevada actividad motora. No puede permanecer sentado durante una comida, precisa levantarse en clase y moverse constantemente. Se muerde las uñas.

Elevada impulsividad. No respeta turnos, es contestón, en el fútbol se pelea con los compañeros y en la actualidad ha empezado a darse verbalmente con los profesores.

Conflictos en el colegio. Realiza ruidos que molestan a los compañeros, conducta desafiante con los profesores. Recibe muchos partes y amonestaciones por parte de los profesores.

Otros. Olvida la agenda o prendas de vestir. No anota los deberes.

OBJETIVOS A CORTO PLAZO

Aumentar la capacidad de concentración mientras realice actividades escolares.

Disminuir las conductas disruptivas en el colegio.

Redirigir la elevada actividad motora con nuevas actividades.

OBJETIVOS A LARGO PLAZO

Entrenar a los padres en técnicas conductuales para el manejo de situaciones problemáticas en casa.

Aprender técnicas de relajación, autoconocimiento y tolerancia a la frustración.

Facilitar el aprendizaje y estudio para poder asumir los objetivos escolares.

Disminuir la autoexigencia y aumentar la autoconfianza.

PLAN TERAPÉUTICO Y EVOLUCIÓN DEL CASO

VISITA 1. Psicoeducación. Detectamos que la madre de H.G. es muy exigente y esto provoca que H.G. se sienta incompetente debido a sus fracasos.

Medicación: Se prescribe Rubifen 20mg 1-1-0.

VISITA 2. Padres y profesores coinciden en la mejoría conductual tras el inicio del tratamiento farmacológico. Acordamos 4 sesiones, 1 a la semana durante 1 mes, a solas con H.G. para trabajar **relajación y autoverbalizaciones positivas**.

SESIÓN 1. H.G. comenta que cuando se enfada nota tensión abdominal. Decidimos realizar **mindfulness** y **relajación muscular progresiva de Jacobson** acentuando la zona abdominal. Acordamos que realizará el entrenamiento 3 veces al día.

SESIÓN 2. H.G. aparece muy motivado ya que ha aplicado las técnicas de relajación con éxito. Indica que detectó la tensión en el estómago en un partido de fútbol, aplicó la técnica tensionando y relajando donde notaba la tensión y consiguió jugar muy buen partido, recibiendo elogios del entrenador y sus compañeros. Le preocupa un examen de inglés que tiene la semana siguiente y decidimos **trabajar a nivel cognitivo**. Piensa que no lo hará bien, que se bloqueará. Le animamos a que utilice **mindfulness** justo cuando le den el examen y entrenamos la técnica.

SESIÓN 3. El examen fue un éxito, obtuvo la segunda mejor nota de toda la clase. Empezamos el **entrenamiento en autoverbalizaciones positivas**. Encuentra dificultades en la tarea, ya que solo se le ocurren pensamientos negativos. Utilizamos a su superhéroe favorito, Spiderman, para que se imagine que es quien le aconseja.

SESIÓN 4. Ha aparecido un nuevo personaje en el diálogo interno de H.G., explica que cuando le viene un mal pensamiento a la cabeza piensa que es Venom, enemigo de Spiderman quien le habla, e intenta darle la vuelta y convertirlo en positivo tal y como aprendió en la sesión anterior.

Refuerzo de la aplicación de las técnicas aprendidas y le animamos a que siga utilizándolas.

VISITA 3. Control de la medicación e **instrucción en pautas conductuales a los padres**. Creación de un horario y establecer un sistema de puntos con premios.

VISITA 4. Seguimiento. Padres, profesores y el propio H.G. están contentos con los resultados, pero los padres muestran reticencia con el tratamiento farmacológico, ya que H.G. ha disminuido de peso y se muestra desganado. Se decide realizar **control con enfermería**.

VISITA 5. La madre acude sola indicando que ha decidido finalizar el tratamiento farmacológico por voluntad propia. Según estudios en Marruecos, los problemas atencionales y conductuales son tratables a través de la alimentación. Solicita un informe médico sobre la evolución y su decisión.

VISITA 6. Seguimiento. Han reaparecido algunas conductas impulsivas, pero indican que en general tiene más autocontrol. Quedamos pendientes de próximos seguimientos.

DISCUSIÓN

Los trastornos por déficit de atención, con o sin hiperactividad, son un problema que afecta a niños de todo tipo de culturas e incide en todos los contextos del menor. En el caso presente, H.G. había podido seguir adelante en casa y en el colegio gracias a sus capacidades y a la guía de unos padres implicados en la vida de su hijo, pero los efectos del TDAH se hacen más evidentes conforme las necesidades educativas se hacen más estrictas, llegando incluso a minar la autoestima del niño ya que las dificultades añadidas le hacen pensar que no es tan capaz como sus compañeros.

A H.G. la medicación le resultó muy beneficiosa y se lograron cambios verdaderamente significativos a nivel clínico y funcional, aun así los padres tomaron la decisión de retirarla y seguir trabajando en las capacidades de su hijo sin intermediarios farmacológicos. Según explica la madre, existen varios estudios árabes en los que gracias a una alimentación determinada se consigue apaciguar la sintomatología y expresión del TDAH, y creemos que sumado a una intervención cognitivo-conductual y un seguimiento de apoyo H.G. tiene muchas posibilidades de que el TDAH del que ha sido diagnosticado deje de afectarle en su día a día. La vinculación respetuosa, abierta y no crítica rea-

lizada con la familia, permite el mantenimiento de la intervención terapéutica a nivel cognitivo-conductual y mantiene abierto el seguimiento evolutivo, con acuerdo familiar de valorar resultados y replantear la reintroducción del tratamiento farmacológico si fuera necesario.

No hemos encontrado los estudios a los que se refiere la madre de H.G. No obstante, en los buscadores de internet sí que aparecen escritos sobre cómo el Corán puede dar lugar a ciertas interpretaciones en referencia a cómo debe ser la alimentación para prevenir o curar ciertas enfermedades. En uno de los *hadits*¹ más reconocidos, Shahih Muslim, se indica que “hay una cura para cada enfermedad, y cuando se aplica el remedio la enfermedad se cura con el permiso de Allah, el exaltado y glorioso”, y en sus distintas interpretaciones se habla de alimentos para corregir la impulsividad u otros problemas, ya sean conductas, trastornos o enfermedades.

La madre de H.G. comenta que la dieta que debe seguir es una dieta sana y variada, reduciendo la ingestión de azúcares y grasas, y potenciando el uso de frutos secos y dátiles.

En relación a estas pautas de alimentación sí que hay numerosos estudios que investigan la posibilidad de una relación entre los hábitos alimentarios y la expresión fenotípica del TDAH. Algunas de las hipótesis que se barajan son la implicación de los ácidos grasos omega-3, el chocolate, la leche, los huevos, etc. (L.J. Stevens *et al*, 2011).

Esta es una línea de investigación abierta y que puede suponer un recurso extra a añadir a la intervención de este trastorno. Además resulta muy atractiva a los padres y cuidadores que, como la madre de H.G., son reacios a dar un tratamiento farmacológico a sus hijos como primera y única opción.

Nos gustaría que este caso fuera un referente y un modelo a seguir de intervención multidisciplinar y sobre todo cognitivo-conductual. Es importante tener en cuenta todos los contextos en los que se mueve el niño diagnosticado de TDAH, y siempre focalizar los esfuerzos de la intervención en las capacidades del niño y de su entorno.

¹Dentro del Islam, relatos transmitidos oralmente sobre la vida de los enviados de Dios, entre ellos el profeta Muhammad. El conjunto de *hadits* constituyen los fundamentos de la *sunna* o pautas del comportamiento aceptadas por la mayoría de los musulmanes.

BIBLIOGRAFÍA

1. **American Psychiatric Association.** (2001). DSM-IV TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales-IV Texto revisado. Barcelona: Masson.
2. **Bradley, C.** (1937). The Behavior of Children Receiving Benzedrine. *The American Journal of Psychiatry*; (94), 577-585.
3. **Kahn, E. y Cohen, L.H.** (1934). Organic drive-ness: A brain stem syndrome and an experience. *New England Journal of Medicine*; (210), 748-56.
4. **Ministerio de Ciencia e Innovación** (2010) Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes. <http://www.guiasalud.es/egpc/TDAH/completa/apartado04/el%20TDAH.html> Consultado el 4 de mayo de 2014.
5. **Papazian, O., Alfonso, I. y Luzondo, R.J.** (2006). Trastornos de las funciones ejecutivas, *Revista de Neurología*. (42); Supl 3: 45-50.
6. **Stevens, L.J., Kuczek, T., Burgess, J.R., Hurt, E., Arnold, L.E.** (2011) Dietary sensitivities and ADHD symptoms: thirty-five years of research. *Clin Pediatr (Phila)*. (50); 4:279–293.