

EFICACIA DE LA INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA MULTIMODAL EN NIÑOS  
DIAGNOSTICADOS CON T.D.A.H.

TESISTA:  
DIANA MILENA JARAMILLO HERNÁNDEZ.

UNIVERSIDAD DE MANIZALES  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
MANIZALES 2010.

## TABLA DE CONTENIDO

	Pagina
AGRADECIMIENTOS	
PRESENTACIÓN	
RESUMEN	4-5
1. INTRODUCCIÓN	
Descripción del Estudio de Investigación	6
1.2 PROPOSITO Y BASE TEÓRICA	10
1.2.1. Definición Conceptual	12
1.2.1.1 Conceptualización del Trastorno	12
1.2.1.2 Descripción de síntomas	13
1.2.1.2.1. Síntomas	13
1.2.1.2.1.1 Síntomas Primarios	13
Desatención	13
Hiperactividad	14
Impulsividad	14
1.2.1.2.1.2 Síntomas Secundarios	14
1.2.3 Criterios Diagnósticos	14
1.2.4 Normas estipuladas para el Diagnostico	16
1.2.4.1. Clases de Trastorno y Diagnostico Diferencial de acuerdo a subtipos	18
Trastorno Negativista Desafiante	18
Transtorno Disocial	19
1.2.4.1 Problemáticas o Trastornos asociados alTDAH	20
1.2.4.2 Comorbilidad con problemas de conducta	20
1.2.4.3 Comorbilidad con problemas de aprendizaje	21
1.2.4.4 Comorbilidad con trastornos de ansiedad	21
1.2.4.5 Comorbilidad con trastornos del estado del ánimo	22
1.2.5 Prevalencia	22
1.2.6 Datos epidemiológicos y aspectos evolutivos del TDAH	23
1.2.7. Descripción de los principales modelos explicativos	24
1.2.7.1 Modelo atencional de Virginia Douglas	24
1.2.7.2 Modelo motivacional de Russell Barkley	26
1.2.7.2.1 Modelo de autorregulación de Russell Barkley	28
1.2.7.2.2 Procesos de inhibición conductual	28
1.2.7.3 Concepto de autorregulación de Barkley	29
1.2.7.3.1 Funciones ejecutivas en la autorregulación	29
1.2.7.3.2 Componentes del control motor	31
1.2.7.3.2.1 Aplicación de modelo de autorregulación	31
1.2.7.4 Implicaciones del modelo de autorregulación	32
1.3. Objetivos	34
1.3.1. Hipotesis	34
1.3.2. Variables	35
1.3.2.1 Intervención Multimodal	35
1.3.2.2 Tratamiento	37

1.3.2.2.1 Intervencion cognitiva conductual para el tratamiento del TDAH	38
1.3.2.2.2 Descripción especifica de la intervencion Multimodal desde el modelo cognitivo-conductual	39
1.3.2.2.2.1 Entrenamiento A Padres	39
1.3.2.2.2.2 Intervencion Escolar	40
1.3.2.2.2.3 Intervencion Psicologica Aplicada al Niño	42
1 Intervencion desde los procedimientos Conductuales	43
2. Intervencion desde los procedimientos de Autocontrol de las Emociones	43
3. Intervencion desde los procedimientos de Autoinstruccionales	43
4. Intervencion desde la Vigilancia Cognoscitiva	46
5. Intervencion desde los procedimientos Para la Informacion del Niño sobre el trastorno	46
6. Intervencion desde la Solucion de Problemas Interpersonales y Desarrollo de habilidades Sociales	47
1.3.2.2.3 Intervencion farmacológica para tratamiento Del TDAH	50
1.3.2.2.4. Programas de tratamiento desde Intervencion sistémica Familiar	51
1.3.2.3 Situación Escolar	53
1.3.2.3.1. Intervencion Pedagogica	53
1.3.2.3.1.1 Estrategia Pedagogica 1 para captar la atención del Alumno	55
1.3.2.3.1.2 Estrategia Pedagogica 2 para mantener la atención del Alumno	55
1.3.2.3.1.3 Estrategia Pedagogica 3 para mantener y generalizar el cambio	55
1.3.2.3.1.4 Estrategia Pedagogica 4 para Desarrollo de Atencion global	56
1.3.2.3.1.5 Estrategia Pedagogica 5 para Desarrollo de Atencion Selectiva	56
1.3.2.3.1.6 Estrategia Pedagogica 6 para Desarrollo de Atencion Sostenida	56
1.3.2.4. Practicas de Crianza	57
1.3.2.5. Adhesion al Tratamiento	58
1.3.3 Operacionalización de Variables	66
2.0. JUSTIFICACIÓN	71
2.1. Logros Esperados	72
3.0 MÉTODOLOGIA	73
3.1. Tipo de Investigación	73
3.2. Diseño Estadístico	73
3.3. Participantes	74
3.4. Usuarios directos e indirectos	76
3.5. Selección de sujetos	77
4.0 DISPOSITIVOS E INSTRUMENTOS PARA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	78
4.1. Materiales e instrumentos	80
4.1.1 Generalidades de los instrumentos aplicados en el estudio	80
4.2. Descripción Especifica de la Implementación de Instrumentos	81
4.2.1. Instrumentos Seleccionados	82
4.2.1.1 Historia Clinica	82
4.2.1.2. Escala de Evaluacion de la Conducta Perturbadora (EECP)	83
4.2.1.3. Formulario Entrevista Sistemica para Padres	83
4.2.1.4. Cuestionario de Situaciones en el Hogar (CSH)	83

4.2.1.5. Inventario Experiencia Familiar (IEF)	83
4.2.1.6. Inventario Practicas de Crianza (IPC)	84
4.2.1.7. Cuestionario de Situaciones Escolares (CSE)	84
4.2.1.8. Escalas de Distribucion y Actividad- Impulsividad	84
4.2.1.9. Tarjeta de Informe Diario para la Conducta Escolar y el Recreo Y Tiempo Libre	84
4.2.1.10. Lista de Comprobacion del Medico para los Padres	85
4.2.1.11. Lista de Informacion de Seguimiento	85
4.2.1.12. Escala de Evaluacion de Efectos Secundarios	85
4.2.1.13. Entrevista para el Niño Sobre Éxito y Fracazos en Situaciones Academicas y Sociales	85
4.2.1.14. Entrevista para el Niño, Acerca de lo que sabe y opina de poner Atención y entrevista de seguimiento	86
4.2.1.15. Pruebas de apareamiento de Figuras Semejantes para niños	86
4.2.1.16. Pruebas de Figuras ocultas para Niños	86
4.3 Seguimiento de la intervencion multimodal y adhesión al tratamiento	87
5.0 PROCEDIMIENTO	89
5.1 Esquema formal del procedimiento	90
5.2 Fases Desarrolladas en la Investigacion	91
EJECUCION DEL PROCESO POR FASES	
5.2.1 Fase 1: Preparacion de la Poblacion	91
5.2.2 Fase 2: Evaluacion Pretratamiento	93
5.2.3 Fase 3: Tratamiento (Implementacion de técnicas seleccionadas)	98
5.2.4 Fase 4:Postratamiento y Seguimiento	104
5.2.4.1 Entrenamiento de Autoinstrucciones Verbales (AIV)	105
6.0. RESULTADOS	109
6.1 Descripción de medidas de variable dependiente	109
6.2 Datos del experimento (resultado de datos en bruto)	120
6.3 Referencia de donde se encuentran los datos (tablas y otras)	120
6.4 Descripción o características importantes de los datos (resumen de todos los resultados)	122
7. DISCUSIÓN	129
7.1 Descripción sobre la importancia de los resultados	130
7.2 Interpretación de los resultados	133
7.3 Relación de estos resultados con otros estudios similares	137
7.4 Mención de fallas o defectos en el experimento que limite la utilidad del estudio	140
7.5 Sugerencia de la cual podría ser el siguiente experimento sobre el tema	143
8. CONCLUSIONES	146
9. REFERENCIAS	151
9.1. Bibliografía	151
9.2 Preparación de Figuras	155
9.3 Preparación de Tablas	156
9.4 Anexos	157

## AGRADECIMIENTOS.

Este trabajo esta dedicado a todos aquellos que con su colaboración y apoyo me han permitido realizar esta investigación.

Quiero dar las gracias en primer lugar a todos los niños, niñas y padres, vinculados a este estudio de investigación, a los docentes, profesionales y compañeros de trabajo con los que no solo interactue en el plano profesional sino además con quienes se tejó un vínculo de Amistad y confianza necesario para respaldar dicho estudio.

A la vez, manifiesto mi mayor agradecimiento a quienes con su conocimiento, paciencia e interminable apoyo, asesoraron, evaluaron y retroalimentaron este trabajo de tesis; el Dr. Osvaldo Castilla, por su generosidad en compartir el gran conocimiento en la materia que va más allá del trabajo realizado, por entusiasmo y buen sentido del humor en el día a día. Al Dr. Diego Zuluaga por su dedicación, rigor científico y metodológico y ánimo, lo que ha hecho posible este trabajo, al Dr. Juan Bernardo Zuluaga y Edna Luz Varela por su Colaboracion y entrega, y Muy especialmente al Dr. Ariel Cesar Nuñez, por su enorme apoyo, respaldo y calidez humana para inspirar en sus estudiantes la construcción de mejores profesionales y seres humanos desde la humildad. A todo el equipo del Instituto del Sistema Nervioso, Grupo PANDA y El Instituto Suroriental de Boston, (Pereira Risaralda).

Finalmente, quiero agradecer de forma inconmensurable a mi familia y a todos mis amigos, el respaldo, apoyo, interés y paciencia que manifestaron durante todo este tiempo, por convertir en suyos, mis proyectos y querer verlos florecer; por su dedicación y en muchas ocasiones sus sacrificios para ver realizada esta meta. Principalmente agradezco a mi madre todo el amor, la paciencia, generosidad, sabiduría y conocimiento transmitido de sus años de docencia y de sus propias experiencias con y por los niños y niñas, que en contextos y condiciones muy diferentes, hacen posible decir con convicción que la calidad de un ser humano se conoce por la verdadera meta a la cual aspira. Madre, mil gracias por guiarme a través del buen ejemplo, como profesional y como madre para hallar la forma correcta de guiar, de tener paciencia para instruir, vigilancia para encaminar por el bien mediante el buen ejemplo y fortalecer todos los días de mi vida el compromiso como adulto de educar desde el amor.

Diana Milena Jaramillo Hernández  
Manizales - Colombia  
2010.

## RESUMEN

En la actualidad el abordaje del T.D.A.H., cuenta con un amplio aporte en intervención y beneficios clínicos, siendo notorios los logros con modificación de conducta y medicamentos, aun así; se han evidenciado limitaciones, pese a los innumerables procedimientos para poner en práctica tratamientos impulsados por profesionales expertos e investigadores. Dichas limitaciones parten de las dificultades para establecer fuentes bibliográficas sobre tratamientos que modifiquen secuelas sociales, familiares y de auto concepto de niños con T.D.A.H., la existencia limitada de intervenciones ajustables a condiciones sociodemográficas y educativas de los menores en nuestro país, principalmente en estratos 1 y 2; y la poca capacidad de vinculación de personal idóneo para el abordaje del trastorno en el ámbito escolar.

Este estudio fundamenta su intervención en los contextos de socialización primaria en los que están inmersos los niños con T.D.A.H., dado que el principal sustento de este es el carácter experiencial aportado por parte de padres, docentes u otro tipo de personal presente en espacios y/o actividades de las que son partícipes los niños; dicho conocimiento, garantiza un mejor resultado en intervenciones terapéuticas con niños que ya han sido diagnosticados y reciben una intervención oportuna, aportando opciones viables para aquellos que hasta ahora están siendo identificados, para que puedan beneficiarse de un tratamiento integral.

Otro factor, es el desajuste social y emocional del niño con T.D.A.H., donde persisten las dificultades sociales y familiares, sin ser estas precisamente la causa del trastorno o problemas académicos; sino más bien la consecuencia de estos. Razón por la que sobresale como agravante, las condiciones adversas de nuestro sistema educativo, principalmente en instituciones con docentes a cargo de grupos de más de 40 niños, donde prevalece algún tipo de trastorno; sumado a esto, el inadecuado diagnóstico y abordaje, que refleja la multicausalidad de la problemática del T.D.A.H. y genera disfuncionalidad en los niños, en el desarrollo adecuado de potencialidades, posibilidades de aprendizaje e interacción con el entorno. Lo que sugiere, la necesidad de proporcionar procedimientos para diferenciarlo de otros trastornos, ya que es frecuente encontrar en centros educativos y hospitalarios, niños que han sido diagnosticados con este trastorno y posteriormente medicados, sin estar presentando un cuadro clínico real de T.D.A.H.

De igual modo, se evidencia como este trastorno, reporta altas cifras dentro de los perfiles epidemiológicos del país; identificando con ello, que la alta prevalencia demanda no solo para el sector salud sino también para el educativo, socialcomunitario y judicial la implementación de intervenciones integrales, ya que en términos de la transversalidad de la salud y más directamente de la salud mental, se hace indispensable para su aplicación, la creación de normas técnicas y guías de atención integral, tal como lo hace el Ministerio de protección Social mediante el Plan Nacional de Salud Pública y el Plan Nacional de Salud Mental,

con otro tipo de trastornos de los niños niñas y adolescentes; enunciados en los diferentes decretos, ordenanzas y resoluciones como la 412 de 2002; que exige, a instituciones de salud y a otros sectores garantes de la salud y calidad de vida de los ciudadanos; brindar la atención adecuada para enfermedades de interés en salud pública. De hecho, a través del DSM IV, se establecen parámetros para el diagnóstico del T.D.A.H., facilitando a las E.S.E. e IPS, mediante el reporte de los RIPS, la detección del alto porcentaje del trastorno, al igual que otros trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia, que, comparativamente con otras problemáticas como el maltrato infantil y la violencia intrafamiliar, lograron ser tenidas en cuenta para la detección temprana por medio de la atención primaria, bajo el argumento del crecimiento alarmante y los factores de riesgo que estas constituyen para la salud pública.

La investigación, al ser de carácter empírico analítica, con diseño cuasiexperimental, de grupo simple pre test y post test, permitió una aproximación a la realidad mediante el desarrollo de sesiones de trabajo con docentes, profesionales, padres y niños vinculados al Instituto Sur Oriental Boston, de Pereira (Risaralda), conduciendo así a una mayor claridad en los diagnósticos de trastornos y/o disfunciones presentes en la población infantil; al conocimiento de la prevalencia del trastorno y la evolución lograda en las intervenciones clínicas, a partir del abordaje y análisis de los factores socioculturales, familiares y demográficos, como dimensiones intervinientes en la aparición y presencia de síntomas característicos de T.D.A.H. con el deseo adicional de impulsar este tipo de prácticas investigativas, como ejercicio válido para continuar en la búsqueda de respuestas sobre la eficacia y pertinencia de las intervenciones psicoterapéuticas en estos contextos sociodemográficos, ya que una gran proporción de la población de niños y niñas escolarizados y no escolarizados en Risaralda, el eje cafetero y en Colombia están ubicados en los estratos 1 y 2.

## 1. DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

El TDAH es probablemente uno de los trastornos psicológicos infantiles más investigados, aun así, los estudios en esta temática son limitados en cuanto al abordaje de los factores sociodemográficos en nuestro medio; lo que dificulta darle un norte a esta problemática según el contexto sociocultural del país, dado que a pesar del excelente soporte teórico y pragmático en la incursión de investigaciones de este tipo, esta no resulta ser una condición garante para el control y manejo exitoso del trastorno en medios donde las condiciones socioeconómicas y demográficas resultan ser uno de los factores precipitantes no solo para el T.D.A.H. sino también para otro tipo de síntomas asociados a los trastornos de comportamiento, depresión infantil, ansiedad por separación en la infancia entre otros; máxime, cuando es conocido que los estudios diagnósticos, intervenciones terapéuticas y modelos clínicos implementados para responder a la necesidad latente de intervención en T.D.A.H., han demostrado la persistente existencia de dificultades en los niños con este trastorno; por lo tanto, cabe decir que, dedicarse a enfocar sólo una o dos de las áreas problemáticas identificadas comúnmente, rara vez ayudaría a obtener una mejoría duradera, más aún, cuando a pesar de la pertinencia y el buen nivel de muchas investigaciones, aún no se logran suplir las necesidades que presentan los niños, ni se disminuye la disfuncionalidad en su capacidad individual de control de sí mismos y de su desempeño comportamental.

Ahora bien, resulta pertinente resaltar como un factor agravante en este tipo de intervenciones terapéuticas, las condiciones adversas de nuestro sistema educativo; principalmente en los centros educativos con docentes a cargo de grupos numerosos de más de 40 niños, en el cual, es frecuente encontrar un amplio número de población infantil que presenta conductas aparentemente inusuales, lo que termina siendo catalogado por padres y docentes como problemático y desencadenante de algún tipo de trastorno. Esta y otras situaciones aunadas a un inadecuado diagnóstico y abordaje terapéutico, han acompañado a la multicausalidad de la problemática del T.D.A.H., generando disfuncionalidad en los niños, en el desarrollo adecuado de sus potencialidades, sus posibilidades de aprendizaje y su interacción con el entorno.

En este sentido, el camino que conduce al éxito de cualquier programa de ajuste y adaptación del niño a su medio, está dado en la medida que se genere desde el primer momento un adecuado análisis de los principales rasgos clínicos de niños con este tipo de alteración, y se proporcionen los criterios y procedimientos para diferenciar el TDAH de otros trastornos afines asociados, ya que es frecuente encontrar en muchos centros educativos y hospitalarios, niños con un diagnóstico de T.D.A.H. y medicados, sin estar presentando un cuadro clínico real del trastorno. De allí, que tal como lo mencionan algunos autores<sup>1</sup> se identifique como una tendencia generalizada, no solo para este trastorno sino para otro tipo de trastornos infantiles; sin mencionar los instrumentos para evaluación de aspectos cognoscitivos y comportamentales en niños, en las que se dejan de utilizar

---

<sup>1</sup> Universidad de Manizales, Sublínea Evaluación Neuropsicopedagógica N° 1 – Desarrollo Infantil. Cuadernos de línea. Manizales, Septiembre de 2004. Página 26.



instrumentos diagnósticos aprobados y estandarizados para el país, por otros ya revaluados o que han sido estandarizados en culturas deferentes a las nuestras, lo que ha hecho poco adecuada tal valoración dentro de este contexto, ya que existen influencias socio culturales ajenas para el análisis de tipo psicológico y cognitivo.

Cabe señalar como una generalidad presente en el caso del T.D.A.H., que la mayoría de estos niños desarrollan dificultades emocionales, sociales y familiares, las cuales son el resultado de frustraciones y fracasos experimentados con su familia, su grupo de interacción escolar, compañeros y el medio que los rodea, sin ser estas precisamente la causa del trastorno, del bajo rendimiento escolar o trastornos de aprendizaje como frecuentemente se ha asociado al diagnóstico de T.D.A.H.; sino más bien la consecuencia de estos.

Al respecto, conviene mencionar que pese a la existencia de instituciones prestadoras de servicios de salud a nivel nacional que se han interesado por intervenir esta problemática, hasta ahora, los recursos técnicos son escasos en relación con protocolos unificados en lo que respecta a las acciones de detección temprana, prevención específica y atención especializada para los menores remitidos a los diferentes centros hospitalarios. De allí que resulte relevante trabajar desde las intervenciones integrales donde se incluyan las normas técnicas y guías de atención, de modo que bajo la directriz del Ministerio de Protección Social, se exija a las instituciones de Salud y otros sectores garantes de la salud y la calidad de vida de los ciudadanos; brindar la atención adecuada a las problemáticas que han demostrado un crecimiento alarmante en los reportes de centros hospitalarios y que constituyen un factor de riesgo para la salud pública, de forma tal que surja como una necesidad para el estado a través del Sistema de Protección Social y del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS, crear herramientas para estandarizar los procesos de atención, el manejo de tamizajes en Salud Mental y permitir la cualificación de los servicios de salud.

Otro factor relevante es el denominado ajuste social, o bien, la dificultad de estos niños para regular sus actividades de acuerdo con lo que exigen las situaciones impuestas de manera externa y por un periodo prolongado, lo que es más evidente en el contexto académico, es por ello que tal como lo plantean los teóricos de las ciencias cognitivas conductuales se hace evidente la necesidad de cultivar las habilidades autorreguladoras en el niño, de modo que le ayude a superar en gran medida sus deficiencias, a desarrollar habilidades de autocontrol, metacognitivas, y sociales dentro de la esfera o contexto familiar, educativo y comunitario.

Por razones como las anteriores, resulta lógico afirmar que algunos de los comportamientos presentes en el T.D.A.H. pueden ser aprendidos y es en esta medida, donde se vuelve importante dar una mirada al entorno o grupo familiar, las prácticas de crianza y formas de castigo, el grupo de amigos y principalmente al proceso educativo vivenciado por el menor, en especial, el apoyo y la calidad de

la enseñanza que se imparte en este, el tipo de autoridad e implementación de técnicas utilizadas por docentes, entre otros, necesarias para brindarle formas de máxima realización de sus recursos y potencialidades particulares; más aun cuando en muchos casos a pesar de un buen ambiente familiar y buen trato por parte los padres y del docente, la indisciplina y desatención persisten; es entonces, cuando se requiere una evaluación a cargo de un equipo interdisciplinario para descartar otro tipo de trastornos psicológicos que bajo la categoría de trastornos de conducta, incluyen dificultades en el aprendizaje, el desarrollo cognitivo y psicoafectivo del niño.

A lo anterior, se agrega otro factor relevante dentro de esta clase de problemática, y es la voz de alerta que establecen los educadores; siendo esta una condición que requiere un especial cuidado, ya que por lo general, a pesar de ser los docentes quienes informan a los padres de familia acerca de algunos síntomas disruptivos manifiestos regularmente en su desempeño escolar, en la interacción con su grupo de pares y/o dentro de lo que caracteriza el comportamiento normal de un niño según los indicadores de su desarrollo evolutivo, no siempre cuentan con el conocimiento adecuado para establecer un criterio diagnóstico basado en el juicio clínico de un profesional del área de la salud. Aun así, sin lugar a dudas, los docentes pueden llegar a convertirse en un medio de articulación e integración permanente del hogar y la escuela en la medida que son estos quienes establecen esa fase inicial de reconocimiento de las necesidades especiales de los niños desde sus años más tempranos de vida.

De este modo la investigación se enfoco en determinar la eficacia de la intervención multimodal en niños diagnosticados con T.D.A.H.; en cuanto a la distractividad, hiperactividad- impulsividad, situaciones escolares, practicas de crianza y adhesión al tratamiento; con el fin encaminar acciones desde la misma intervención psicoterapéutica, para la adaptación del niño en los diferentes medios en los que se desenvuelve, la modificación de conductas problema y de comportamientos sociales disfuncionales, la optimización de sus habilidades cognitivas y principalmente la estimulación positiva para la inclusión en el proceso terapéutico, garantizando así la adhesión al tratamiento.

También es cierto, que al medir la incidencia de cualquier proyecto, generalmente se espera impactar un sistema, bien sea desde sus estructuras de funcionamiento, planes o programas generales; lo que conduce a estimar con ello, que la incidencia de los resultados proyectados en esta investigación buscaron brindar acciones o estrategias orientadas a presentar condiciones favorables para el mejoramiento de la calidad de vida de niños con T.D.A.H. tanto en el aula de clase como en su medio familiar circundante, ya que esta disfunción afecta un alto porcentaje de menores, y aunque lamentablemente aún se desconoce la cifra exacta de niños que se ven limitados por este trastorno, si se tiene la claridad suficiente sobre la dificultad que este les genera. Dicho impacto no excluye la estrecha conexión existente con las herramientas psicoterapéuticas y educativas que se pueden proveer tanto a padres, como a hermanos, docentes y profesionales, a fin de constituir un canal de apoyo y adaptación dentro del medio

social, familiar y educativo en el cual está inmerso el niño.

En este sentido, cabe reconocer que a pesar de la existencia de estudios epidemiológicos en el País que determinen la prevalencia y los factores generadores del T.D.A.H. en la población infantil, no dan cuenta de los factores perpetuadores del mismo; sin dejar de mencionar, que la accesibilidad a dicha información sigue siendo limitada sobre todo cuando los canales de difusión de la misma a pesar de intentar ser masiva, no siempre permea los ámbitos escolares y/o comunitarios como escuelas y colegios donde la problemática se hace notoria pero carecen de fuentes de información y recursos tecnológicos para realizar una intervención adecuada.

Ahora bien, ante la existencia de dichas necesidades, cabe resaltar la labor de instituciones como el Hospital Infantil de Manizales, La Clínica San Juan de Dios, la Fundación Gradas en Antioquia, Corporación HIDEA- Bogota, PANDA- Pereira que se desempeñan como grupos de apoyo para niños y adultos con déficit de atención, y algunas Instituciones como las Universidades de Antioquia, San Buenaventura, Los Andes, Manizales, del Bosque, Tecnológica, La Clínica del Niño ISS, Centro Pedagógico Colsanitas, y otro tipo de entidades o profesionales. Aun así, su labor y marcado compromiso con este tipo de problemática, sigue siendo limitado a pesar del recorrido, experiencia y aportes realizados en materia de tratamiento y manejo de este trastorno, en la medida que aún no se ha podido conseguir una estandarización de protocolos y tratamientos, para intervenir a menores diagnosticado con T.D.A.H. en escuelas y colegios con diversas condiciones socioeconómicas y sociodemográficas.

En ultimo termino, la investigación fue proyectada para que ejerciera un impacto en la parte práctica, de modo que fuera posible fortalecer el campo clínico, educativo, social comunitario e investigativo, ya que las intervenciones terapéuticas en el medio clínico y educativo, exige que sean tomados en consideración unos criterios diagnósticos que a pesar de estar estandarizados incluyan además factores socioculturales precipitantes propios de países latinos como el nuestro, con el fin de suplir las necesidades de niños en edad escolar, para los cuales indistintamente de su estratificación se le pueda garantizar la pertinencia y eficacia en la intervención psicoterapéutica según el contexto al que pertenecen. Sólo así, será posible que se generen procesos psicoterapéuticos y psicopedagógicos que ofrezcan progresos duraderos, dando pautas con ello para la generalización y mantenimiento de la conducta deseada para estos niños.

Cabe señalar al respecto, el marcado énfasis que realizan reconocidos investigadores como Barkley, 1981 y Dulcan 1985; sobre las limitaciones que surgen en el campo de la intervención del trastorno, sobre todo si se consideran las numerosas secuelas secundarias como las sociales, escolares, de autoconcepto entre otras, que pueden caracterizar a esta alteración.

Según la experiencia de investigadores como Edward A. Kirby, quien respaldó sus afirmaciones con lo planteado por Russell A. Barkley(1992) sobre el reto que implica para la psicología clínica al elaborar programas de tratamiento para niños

diagnosticados con T.D.A.H., cuando a pesar de las limitaciones ya enunciadas, sigue existiendo una amplia expectativa en la intervención existosa por medio del tratamiento cognitivo comportamental, siempre y cuando se tenga en cuenta la naturaleza de las dificultades del niño con T.D.A.H., ya que desde la fecha, este ultimo, viene sosteniendo que estos menores sufren de una deficiencia en las conductas regidas por reglas, a lo que de forma complementaria enuncia Edward A. Kirby, "La dificultad de estos niños para regular sus actividades de acuerdo con lo que exigen las situaciones impuestas de manera externa y por un periodo prolongado, es mas evidente en el aula. Ahora bien el cuadro clinico no es del todo sombrío. Por Ejemplo, varios estudios, como lo indican Barkley (en prensa) y Douglas (1980), señalan que la ejecución del niño con T.D.A.H. mejora si se le pide que: a) Repita instrucciones, b) Enuncie reglas, se hable asi mismo y se haga preguntas, y c) Establezca un ritmo propio". Ahora bien, el mismo autor, resalta que cuando el ambiente social hace explicitas las reglas, e inmediatas y variables las contingencias, emplea reforzadores de apoyo, utiliza el costo de respuestas, programa la generalización del tratamiento y logra que el entrenamiento sea parte del ambiente natural, serán mas factibles los efectos sostenidos del tratamiento.

Cabe precisar, que a pesar de la certeza científica de los logros proyectados por los autores al respecto y los avances que se han hecho a nivel experimental; la modificación de conductas tal como lo plantean los mismos; en los últimos años, siguen siendo un reto, ya que a pesar de tener en cuenta la naturaleza de las dificultades del niño con T.D.A.H., no solo se hace necesaria la habilidad clínica e ingenio para establecer una relación de colaboración con los niños y niñas, a fin que puedan aprender habilidades autorreguladoras, como el autocontrol, metagognoscitivas y sociales esenciales para vencer sus dificultades; sino ademas las intervenciones integrales donde participen familia, compañeros , hermanos y maestros.

## 1.2. PROPOSITO Y BASE TEÓRICA DEL ESTUDIO.

En la actualidad son innumerables las publicaciones que dan a conocer los trastornos presentados en la infancia y la adolescencia, siendo muchas de ellas enfocadas hacia entidades clínicas específicas de común ocurrencia dentro de este tipo de población, como es el caso del T.D.A.H.; trastorno al que el medio clínico, académico, social e investigativo ha vuelto su mirada. Es así como, se hace frecuente encontrar personas documentadas en el tema, las cuales logran determinar con facilidad muchos de los signos, síntomas y alteraciones asociadas a este trastorno, al tiempo que técnicas y estrategias para su tratamiento; sin embargo, este como cualquier otro trastorno, requiere además de la claridad conceptual, la apropiación de otro tipo de conocimientos que le permita a profesionales y familiares, integrarlos y establecer la presencia de los factores cocausales que constituyen la verdadera complejidad que encierra el T.D.A.H., en este periodo del ciclo de vida, el desarrollo psíquico y las variaciones sociodemográficas e individuales de cada niño.

La propuesta planteada resulto ser, tanto, apropiada como necesaria, sobre todo si se tiene en cuenta sustentos teóricos como los descritos a lo largo del texto ,

donde se hace mención de las secuelas tanto primarias como secundarias de este trastorno, las cuales generan no solo la disfuncionalidad del menor en su medio escolar, familiar y social, sino además conllevan al deterioro progresivo en sus relaciones interpersonales, su familia y su medio socializador próximo, desencadenando, en la mayoría de los casos una reacción familiar negativa con respecto al trastorno y su tratamiento, que posteriormente se ve expresada a través de patrones relacionales nocivos para el niño y los demás miembros de la familia, como son: alteración en los límites, roles, jerarquía y estilos de comunicación, ineficiencia en los procesos de solución de conflictos, carencia de mecanismos de retroalimentación (claridad en los mensajes, habilidad para escuchar, etc.), ruptura en las relaciones familia - comunidad, entre muchas otras alteraciones y/o disfunciones en las dinámicas vivenciadas principalmente al interior de la familia y del contexto escolar.

Considerando lo anterior, la presente investigación, pretendió no sólo conocer y describir los eventos cotidianos en donde interactúan los niños con T.D.A.H., sino además establecer y comprender las relaciones que se producen entre dichos eventos, de forma tal, que de acuerdo a los datos recolectados en el Instituto Suroriental Boston en Pereira (Risaralda), las condiciones sociodemográficas de esta población, y la interpretación adecuada de los mismos, fuera posible responder a la pregunta sobre ***¿Cual ha sido Eficacia de la intervención multimodal en niños diagnosticados con TDAH, de estratos 1 y 2 con respecto a la inatención, hiperactividad- Impulsividad, situaciones escolares, practicas de crianza y adhesión al tratamiento?*** aportando así, nuevos puntos de partida en el abordaje de este trastorno en los diferentes escenarios de la ciudad y la región, interesados en el bienestar y el desarrollo de la población infantil e Identificar y analizar en el niño con T.D.A.H., en los padres, los docentes y otros profesionales cercanos al contexto escolar, el tipo de interacción de los factores familiares y socioculturales para que desde una perspectiva pedagógica y psicosocial, sea posible brindar elementos teórico – prácticos relacionados con la intervención eficaz para niños con T.D.A.H. , y lograr una verdadera adhesión al tratamiento.

De hecho, tomando como punto de referencia, los Perfiles neuropsicológicos y conductuales de niños con trastorno por déficit de atención/hiperactividad de Cali, Colombia, S. Bará Jiménez ,b, P. Vicuña a,b, D.A. Pineda a,b, G.C. Henao(2007), se confirma que el TDAH es, actualmente en Colombia, el trastorno mental crónico más frecuente en la población escolar, y representa el primer motivo de consulta en los servicios de Salud Mental de Niños. Diversos autores consideran que la alta prevalencia informada en diferentes estudios, obedece a la existencia de factores de riesgo psicosocial del entorno poblacional del que se extraen las muestras, lo que se confirma con la realidad estadística para el caso del departamento del risaralda, según fuente secretaria de salud departamental de risaralda a diciembre de 2008; ya que el 62,7% de la población recibió atención por consulta externa por trastornos en la infancia y TDAH.

Lo que aun resulta más sorprendente, como señala Barkley (1990) es que su conceptualización depende en gran medida de la formación profesional del clínico que la aborda, ya que este panorama sirve como sustento para preguntarse por las discrepancias que surgen tanto en la definición conceptual, la etiología y formas de tratamiento entre los países que son potencia y la verdadera apuesta en escena del abordaje que se realiza en nuestro país, ya que en lo micro subsisten estas y otras falencias que dificultan aun mas la intervención oportuna y eficaz en niños con TDAH.

### **1.2.1. DEFINICION CONCEPTUAL.**

Dentro de la psicopatología infantil, el T.D.H.A., pese a ser el transtorno infanto-juvenil más estudiado; como así lo demuestra más de 90 terminos diagnósticos utilizados para designarlo (Garcia y Polaino 1997), sigue generando discrepancias a su alrededor.

#### **1.2.1.1 CONCEPTUALIZACIÓN DEL TRASTORNO.**

El trastorno del T.D.A.H., es un termino utilizado para describir un desorden específico del desarrollo que actualmente se diagnostica en niños y adolescentes, y el cual en términos generales, comprende déficit de inhibición de la conducta, la atención sostenida, la resistencia a la distracción y la regulación del nivel de actividad de acuerdo a las demandas de la situación (hiperactividad o inquietud) convirtiéndose en “una condición neurológica que se presenta en niños y adultos, hombres y mujeres de todos los estratos socioeconómicos, niveles de educación o grados de inteligencia”, tal como lo describe Roselli.<sup>2</sup>

Acorde con Maria teresa Mendoza, el trastorno por déficit de atención e Hiperactividad, se presenta en niños normales, quienes no muestran alteraciones en su estructura o apariencia física y en una gran porcentaje de niños con un coeficiente intelectual elevado.

En muchas ocasiones sus síntomas tanto primarios como secundarios, son pasados por alto por docente y padres, debido a que no son tan notables las conductas disruptivas ni los comportamientos de indisciplina, conduciendo la mayoría de las veces a un diagnostico tardío o hasta carencia de este y de un tratamiento adecuado y oportuno sometiendo al niño al padecimiento de alteraciones tanto en su proceso de socialización como en su desempeño escolar y finalmente ser catalogado como el perezoso de la clase, e irresponsable, el distraído y a sufrir otro tipo de alteraciones psicoemocionales, las cuales pueden impedirle convertirse en los seres funcionales creativos y felices que desean y pueden ser con la ayuda de una intervención oportuna.

---

<sup>2</sup> Roselli Monica, Pineda David y otros. Cuestionarios para la evaluación del comportamiento en niños y adolescentes de la ciudad de Manizales cuadernillo de línea N° 1. Desarrollo infantil, sublínea evaluación neuropsicopedagógica. Universidad de Manizales Septiembre 2004.

Ahora bien, este desorden de la infancia, que antes se creía era superado en la adolescencia, hoy, se sabe que persiste con diferentes manifestaciones en la vida adulta. En consecuencia las dificultades persistentes debido a la carencia de un adecuado diagnóstico diferencial del TDAH, requiere del conocimiento de unas características predominantes las cuales son claramente descritas a continuación.

#### 1.2.1.2. DESCRIPCIÓN DE LOS SÍNTOMA DEL TDAH.

De acuerdo con lo anterior, es necesario tener en cuenta que para establecer el diagnóstico en T.D.A.H., se debe evaluar la existencia y persistencia de los síntomas durante un tiempo mínimo de seis meses; la desadaptación del menor en dos o más áreas (social, académica, ocupacional y funcional; reconociendo que la corroboración de estas dificultades no se puedan atribuir a otra enfermedad mental. De allí, que resulte vital, estudiar y descartar; además del trastorno, la presencia de otros trastornos en el menor, por lo que los protocolos dispuestos para el Diagnóstico diferencial constituyen una de las herramientas definitivas en este procedimiento, en la cual se deberá tener en cuenta una unificación de criterios, seleccionando algunas de las siguientes características específicas:

##### 1.2.1.2.1.SÍNTOMAS:

Los síntomas pueden dividirse en primarios y secundarios; siendo los primarios el síndrome en sí mismo: inatención (distractibilidad), hiperactividad (inquietud) e impulsividad; y como síntomas secundarios se incluyen todas aquellas complicaciones emocionales asociadas al padecimiento del trastorno.

##### 1.2.1.2.1.1. SÍNTOMAS PRIMARIOS:

#### DESATENCIÓN

Es una marcada desorganización en el pequeño, tanto en su acción como en su lenguaje. Los niños con T.D.A.H., cambian de una actividad a otra sin concluir la anterior, no demuestran orden en sus trabajos o juegos y sus útiles o pertenencias siempre están fuera de lugar y desorganizados. Ejecuciones descuidadas, al igual que su arreglo personal. Trabajos sucios y desordenados, olvidos y pérdida de útiles de trabajo. Presentan periodos de atención muy cortos e incapacidad de seguir instrucciones, pues las escuchan pero no las registran, desorientación al no saber como deben hacer lo que se les explicó que hicieran; dificultad en el seguimiento de instrucciones que se incrementa si recibe dos o más ordenes a la vez. Muestra desagrado y resistencia por cualquier actividad que les implique una atención sostenida, siendo observable que mientras sus compañeros pueden tardar 15 minutos en un ejercicio académico, ellos pueden demorarse una hora o más y su trabajo puede quedar incompleto en muchas ocasiones, sobre todo si hay otros niños desarrollando el mismo trabajo.

## HIPERACTIVIDAD

Entendido como un exceso de actividad motora. Es una inquietud marcada con la cual los niños no pueden permanecer en su lugar, se mueven constantemente, saltan y se retuercen; se les califica como niños ruidosos, insoportables y cansones, tiran los objetos que manipulan o encuentran a su paso, se caen constantemente y pueden manifestar una baja coordinación motora, aunque algunos pueden ser destacados en algunas actividades específicas como por ejemplo en deportes.

Dificultad para estar quietos y callados; lenguaje abundante, demandantes con los padres o las personas que puedan satisfacer sus caprichos.

## IMPULSIVIDAD

Conducta impaciente, no pueden esperar turnos, ni respetar reglas de un juego, son bruscos y directos en sus interacciones y excesivamente demandantes; no pueden esperar a ser atendidos. Interrumpen con frecuencia las actividades de otros. No miden el peligro, ni las consecuencias de sus acciones, lo que les ocasionan accidentes frecuentemente.

Dichos síntomas pueden variar y en ocasiones parecen acentuarse, sin embargo, a pesar que el niño logre mantener su atención, por ejemplo durante un programa de televisión o armando o desarmando un juguete, no tiene la misma capacidad para fijar su atención en tareas u otro tipo de actividades que así lo requieran.

### 1.2.1.2.1.2. SÍNTOMAS SECUNDARIOS:

Están constituidos por las dificultades emocionales que se desarrollan alrededor del cuadro principal, por lo que o siempre se reconocen y son sin lugar a dudas los más difíciles de tratar; dentro de estos se encuentran: baja autoestima, depresión, baja motivación hacia la escuela, aburrimiento y baja tolerancia a la frustración ante tareas académica, miedo para aprender cosas nuevas, miedo anticipado al fracaso y/o ansiedad anticipatoria, malas relaciones sociales con sus pares, robos, y conducta o respuestas violentas debidas a la gran cantidad de frustración.

### 1.2.3. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Los sistemas categoriales como el DSM IV o la CIE 10 proporcionan unos criterios Diagnósticos y una agrupación de síntomas que permiten a los profesionales el establecimiento de reglas y de criterios específicos para efectuar el diagnóstico y orientar el tratamiento.

Los Criterios diagnósticos propuestos por la Organización Mundial de la Salud, define para La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), en su décima edición, el término trastorno y enmarca la hiperactividad dentro de la sección F.98 denominada Trastorno del Comportamiento y de las Emociones de Comienzo



Habitual en la Infancia y Adolescencia". El diagnóstico del trastorno hiperactivo requiere la presencia de niveles anormales de desatención y sobreactividad, presentes en múltiples contextos; entre ellos, la observación clínica acompañada en la mayoría de los casos, de anomalías cognitivas y neurológicas. Como rasgos asociados al trastorno se citan conductas de tipo impulsivo, como desinhibición en la relación social, falta de conciencia de situaciones peligrosas y respuestas antes de que se haya acabado la pregunta. Los trastornos hiperactivos incluyen: el trastorno de la actividad y de la atención, el trastorno hiperactivo disocial, y otros trastornos.

No se especifica el trastorno por déficit de atención ya que, según la OMS (1992): "Implica un conocimiento de procesos psicológicos del que se carece y que llevaría a incluir a niños con preocupaciones ansiosas, apáticos y soñadores, cuyos problemas son probablemente de distinta naturaleza" (OMS, 1992; p. 321). El diagnóstico de Síndrome Hiperactivo utilizado en la CIE-10 corresponde al TDAH Tipo Combinado propuesto por el DSM-IV.

Tradicionalmente los dos sistemas de diagnóstico más utilizados en el ámbito psiquiátrico son el que deriva de la Asociación Americana de Psiquiatría, actualmente el DSM-IV (APA, 1994), y el que deriva de la Organización Mundial de la Salud, el CIE-10 (OMS, 1992). En el DSM-IV los trastornos hiperactivos se engloban bajo el epígrafe de "Trastornos por Déficit de Atención y Comportamiento Perturbador" que incluye: trastorno por déficit de atención con hiperactividad (con cuatro subcategorías), trastorno disocial, trastorno negativista desafiante y trastorno de comportamiento no especificado. Todos ellos muy interrelacionados. El diagnóstico de hiperactividad se hace sobre la base de dos grandes ejes (Lahey y cols., 1994): desatención e hiperactividad-impulsividad. En ambos se establece un criterio de presencia de un mínimo de seis síntomas en cada categoría para poder realizar el diagnóstico de hiperactividad.

En general, el sistema DSM de la APA, ha conseguido una aceptación superior al sistema CIE de la OMS, tanto en el diagnóstico clínico como en la investigación y en la docencia universitaria. En esta investigación se han seleccionado los criterios diagnósticos del T.D.A.H. de la cuarta edición del DSM (DSM-IV TR) 2001 y los checklist para diagnóstico diferencial.

En el DSM IV, se establece claridad frente al hecho de presentar una sesión específica a trastornos que suelen diagnosticarse por primera vez durante la infancia, la niñez o la adolescencia; siendo solo una cuestión de conveniencia, ya que no se pretende sugerir que exista alguna distinción clara entre trastornos infantiles y adultos. En cuanto a los adultos, estos pueden ser diagnosticados con trastornos incluidos en este apartado si su presentación clínica satisface criterios diagnósticos relevantes; por ejemplo tartamudeo, pica, etc. . Por otro lado, si un adulto tuvo en la niñez síntomas que cumplían todos los criterios diagnósticos de un trastorno, pero ahora presenta este de forma atenuada o residual, puede indicarse con la especificación de "en remisión parcial" por ejemplo trastorno con déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado en remisión parcial). Las

variaciones en la presentación de un trastorno atribuibles a etapas del desarrollo se describen bajo el epígrafe “síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo”. Tal como lo describe el DSMIV(Pág. 640), en este manual, se exponen algunas cuestiones reacionadas con el diagnostico de los trastornos de la personalidad en niños o adolescentes.

#### 1.2.4. NORMAS ESTIPULADAS PARA EL DIAGNOSTICO.

Establecer un diagnóstico constituye sólo el primer paso de una evaluación completa. Para formular un adecuado plan terapéutico, el clínico necesita más información sobre el consultante, que la requerida para realizar el diagnóstico según los criterios del DSM-IV. Por lo tanto es necesario establecer un Diagnostico diferencial, el cual se enuncia a continuación.

En el DSM-IV, se mantiene la denominación de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, y se incluye dentro del apartado de Trastornos por Déficit de Atención y Comportamiento Perturbador. Reconociendo dentro de las agrupaciones de síntomas, la siguiente lista de chequeo:

(A1) síntomas de desatención

**A.** Existen 1 o 2:

**1.** seis (o más) de los siguientes síntomas de desatención han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

**(a)** a menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades

**(b)** a menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas

**(c)** a menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente

**(d)** a menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos, u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones)

**(e)** a menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades

**(f)** a menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos)

**(g)** a menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (p. ej. juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas)

**(h)** a menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes

**(i)** a menudo es descuidado en las actividades diarias

(A2) síntomas de hiperactividad-impulsividad.

**2.** seis (o más) de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

*Hiperactividad*

- (a) a menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento
- (b) a menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado
- (c) a menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud)
- (d) a menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio
- (e) a menudo "está en marcha" o suele actuar como si tuviera un motor
- (f) a menudo habla en exceso

#### *Impulsividad*

- (g) a menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas
- (h) a menudo tiene dificultades para guardar turno
- (i) a menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p. ej. se entromete en conversaciones o juegos)

#### 1.2.4.1. CLASES DE TRASTORNO Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

Para el logro de dicho propósito, es necesario tener en cuenta muchos de los limitantes que dificultan dicha tarea, ya que durante la primera infancia puede ser difícil distinguir los síntomas de trastorno por déficit de atención con hiperactividad de ciertos comportamientos propios de la edad en niños activos (p. ej., corretear sin cesar o actuar ruidosamente).

En niños con CI bajo situados en centros académicos inadecuados para su capacidad intelectual son frecuentes los síntomas de desatención. Estos comportamientos deben distinguirse de signos similares en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. En niños con retraso mental debe establecerse un diagnóstico adicional de trastorno por déficit de atención con hiperactividad sólo si los síntomas de desatención o hiperactividad son excesivos para la edad mental del niño. También puede observarse desatención en el aula cuando niños de elevada inteligencia están situados en ambientes académicamente poco estimulantes. Debe distinguirse asimismo el trastorno por déficit de atención con hiperactividad de la dificultad experimentada en comportamientos dirigidos a un objetivo por niños pertenecientes a ambientes inadecuados, desorganizados o caóticos. Los datos suministrados por distintos informadores (p. ej., abuelos, o padres de otros niños) son útiles en cuanto que suministran una confluencia de observaciones concernientes a la desatención, hiperactividad y capacidad del niño para autorregularse adecuadamente en distintas situaciones.

#### DIAGNOSTICO DE ACUERDO A LOS SUBTIPOS:

***El tipo combinado*** si se satisfacen los criterios A1 y A2 durante los últimos seis meses, el ***tipo con predominio de déficit de atención*** si sólo se satisface el criterio A1, y el ***tipo con predominio hiperactivo-impulsivo*** si sólo se satisface el criterio A2 (en ambos casos también durante los últimos seis meses). Cuando el sujeto presenta síntomas de desatención o hiperactividad - impulsividad pero por

alguna razón no cumple con los criterios mencionados se diagnostica "trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado".

***El diagnóstico diferencial*** de la hiperactividad también debe hacerse sobre otros dos trastornos con los cuales mantiene una estrecha relación: el trastorno negativista desafiante y el trastorno disocial.

EL TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE, se caracteriza por un patrón de comportamientos hostiles hacia adultos o compañeros, molestar continuamente, desobedecer, etc., siendo recurrente que en niños hiperactivos se presenten conductas negativistas y desafiantes. Estos niños normalmente se relacionan más con un núcleo familiar conflictivo, sus conductas problema no guardan una relación tan directa con el nivel intelectual, encajan más en modelos explicativos de conductas coercitivas y temperamento agresivo y, aunque muestren conducta inatentas o de falta de control, éstas parecen vincularse más a situaciones de hostilidad que a un problema neurológico o cognitivo como es el caso de los niños hiperactivos.

EL TRASTORNO DISOCIAL se caracteriza por un patrón comportamental que viola los derechos básicos de los demás o las principales normas o reglas sociales propias de la edad del sujeto, y aparece en el curso evolutivo de muchos niños con trastorno negativista desafiante.

Los sujetos con comportamiento negativista pueden resistirse a realizar tareas laborales o escolares que requieren dedicación personal a causa de su renuencia a aceptar las exigencias de otros. Estos síntomas deben diferenciarse de la evitación de tareas escolares observadas en sujetos con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. El diagnóstico diferencial puede complicarse cuando algunos sujetos con T.D.A.H. presentan secundariamente actitudes negativistas hacia dichas tareas y devalúan su importancia, a menudo como una racionalización de su fracaso.

Retomando las directrices del DSMIV, cuando coexiste un trastorno del estado de ánimo o un trastorno de ansiedad con un T.D.A.H., debe diagnosticarse cada uno de ellos. El trastorno por déficit de atención con hiperactividad no se diagnostica si los síntomas de desatención e hiperactividad se producen exclusivamente durante el curso de un trastorno generalizado del desarrollo o un trastorno psicótico.

Se incluye así mismo, otras categorías no especificadas:

- trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado y trastorno de comportamiento perturbador no especificado.
- Trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria de la infancia o la niñez.
- Trastornos de tics.
- Trastornos de la eliminación.
- Otros trastornos de la infancia, la niñez o la adolescencia.

Se recomienda la incorporación de algunas características enunciadas por Barkley

Russell y su equipo de colegas, las cuales resultan útiles para la operativización del proceso diagnóstico propuesto, siendo estas:

1. Dificultad en la inhibición de respuestas, en el control de impulsos o en la capacidad para posponer la gratificación.
2. Exceso de actividad irrelevante a la tarea o actividad que esta pobremente regulada según las demandas de la situación.
3. Pobre atención sostenida o persistencia de esfuerzo en las tareas. Esta característica está acompañada con algunas comúnmente asociadas, como son: dificultades para incorporar adecuadamente la memoria de trabajo, desarrollo retrasado del lenguaje interno (la voz de la mente) y del seguimiento de reglas, dificultades con la regulación de emociones, motivación y excitación, disminución en la habilidad para solucionar problemas, la inventiva, y la flexibilidad en la consecución de metas a largo plazo y mayor variabilidad que lo normal en la ejecución de tareas o trabajo.

En esta sesión se incluyen además trastornos que son encontrados en población infantil a saber:

- Retraso mental.
  - Trastornos del aprendizaje.
  - Trastorno de las habilidades motoras.
  - Trastornos de la comunicación.
  - Trastornos generalizados del desarrollo.

De igual forma, se documenta la existencia del T.D.A.H. atípico o no diferenciado, siendo un término escuchado no con mucha frecuencia, el cual está asociado con el diagnóstico tardío o inexistente, y que es asignado a adultos no diagnosticados en la infancia que presentan indicios o características claras de haberlo padecido en ocasiones de forma severa.

Existen otra serie de trastornos que están asociados e inadecuadamente vinculados con el T.D.A.H., sin ser necesariamente síntomas directos de este. En cuyo caso, se hace referencia generalmente a los trastornos cognoscitivos, pedagógicos, sociales y familiares; dando cabida a una sola certeza como es que el T.D.A.H., afecta el sistema cognoscitivo de la persona, interfiriendo de manera directa sobre su capacidad para aprender, por lo que se le asocian frecuentemente problemas de aprendizaje, trastornos de comportamiento y de interacción. De hecho, el niño para conocer su entorno y desarrollarse, debe volver significativas sus sensaciones y percepciones; es decir, el niño con un desarrollo normal, evoluciona en sus procesos de pensamiento, razonamiento, aprendizaje y habilidad para resolver problemas, basado en las percepciones, sensaciones y ayudado por la atención, la memoria y el aprendizaje. En el caso del niño con T.D.A.H., todos estos procesos están alterados resultando altamente incapacitante para él y manifestando secuelas que se deben diferenciar de los síntomas del T.D.A.H. y de las consecuencias del mismo. En relación con lo expuesto, es importante hacer énfasis en las alteraciones que se presentan con frecuencia en niños y niñas, dado que de la claridad conceptual y el establecimiento de unos parámetros básicos para todas las instancias vinculadas en los procesos investigativos, es posible establecer un diagnóstico diferencial fiable.

#### 1.2.4.1. PROBLEMÁTICAS O TRASTORNOS ASOCIADOS AL TDAH.

Los hallazgos clínicos, permiten destacar el alto porcentaje de casos en los que el TDAH esta acompañado de otros trastornos psicopatológicos. Este hecho dificulta el estudio clínico del complejo cuadro nosológico de la hiperactividad y plantea la cuestión ineludible del diagnóstico diferencial entre el TDAH y los diversos trastornos con los que puede coexistir, tales como los cuadros de depresión mayor, los trastornos de ansiedad, el trastorno negativista-desafiante, el trastorno disocial, y los trastornos del aprendizaje.

#### 1.2.4.2 Comorbilidad con problemas de conducta

El DSM-IV incluye dentro del apartado de trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador el T.D.A.H., el trastorno negativista desafiante y el trastorno disocial (DSM-IV-TR, APA, 2002), permitiendo con ello realizar una amplia exploración de casos, donde sea posible canalizar a los niños que presentan otro tipo de trastornos o un diagnóstico múltiple a grupos de apoyo específicos para la atención de los mismos. Cabe hacer claridad que ante la incidencia tan alta de comorbilidad en los casos de TDAH; el ámbito familiar debe ser explorado de forma determinante, dado que para la implementación de estrategias como las propuestas por este estudio; los factores de riesgo y vulnerabilidad de los niños involucrados en este tipo de programas, suele ser crucial para el logro de modificación de conductas y mantenimiento de las mismas, el control de factores como el apoyo sociofamiliar, y en casos donde el menor proviene de un núcleo familiar donde el riesgo de tener familias con una alta incidencia de conductas asociales, problemas de alcoholismo, conductas adictivas y psicopatología parental (concretamente, esquizofrenia y depresión); los resultados variarían enormemente, y requeriría un tipo de intervención distinto, tal como lo apoyan teorías como las de Tomphson 1997. Así mismo, es frecuente encontrar altos índices de disfunción familiar (familias uniparentales, divorcios, etc.) y pautas de crianza y educativas inadecuadas, ya sea por ausencia de supervisión de la conducta de los hijos o por establecer castigos que pasan a ser una forma más de maltrato infantil o violencia intrafamiliar.

En estudios de seguimiento se ha argumentado que la aparición de conductas problemáticas en la infancia repercute de forma negativa en el ajuste psicosocial del individuo, y sirven para confirmar teorías que explican la tendencia a considerar a estos niños como altamente vulnerables para presentar conductas delictivas en la etapa adolescente (Barkley, 1997).

#### 1.2.4.3. Comorbilidad con trastornos del aprendizaje

Autores como Strauss 1994, argumenta que según estudios, se calcula que el 10% de la población infantil presenta algún trastorno específico del aprendizaje, y, en el caso de niños con TDAH, esta proporción supera el 50%. Siendo en la mayoría de los niños con TDAH común encontrar un bajo rendimiento escolar: Repetición del curso debido, en parte, a sus dificultades atencionales y a su falta de hábitos de estudio. En el caso de niños con ambas patologías el riesgo de

fracaso escolar, es mayor, donde los trastornos de aprendizaje, concretamente los problemas de lecto-escritura, son los más frecuentes y suelen acompañarse inicialmente de un retraso en la adquisición del lenguaje, dificultades para retener la información auditiva, e importantes dificultades en la pronunciación entre otras de la palabra escrita. Suelen ser lentos en la adquisición de las habilidades lecto-escritoras debido a dificultades la decodificación y retención de la información escrita, sin que presenten dificultades en la comprensión.

#### 1.2.4.4 Comorbilidad con trastornos de ansiedad

Los trastornos de ansiedad engloban un grupo diverso de patologías que se caracterizan por la presencia de temores, preocupación excesiva y recurrente, episodios agudos de ansiedad y evitación fóbica. Según DSMIV 2002 se calcula que entre un 8% y un 21% de la población infantil presenta algún tipo de trastorno de ansiedad, que, por lo general, sigue un curso crónico y persistente a lo largo del ciclo vital del niño. El TDAH se asocia al trastorno de ansiedad en un 20% de los casos, siendo más alarmante en los casos donde el TDAH y el trastorno de ansiedad de separación, se presentan juntos e incrementa el riesgo de desarrollar fobia escolar por mencionar algunas de sus repercusiones.

#### 1.2.4.5 Comorbilidad con trastornos del estado de ánimo.

De acuerdo a los manuales de psicopatología es habitual la presencia de episodios de tristeza, así como sentimientos de culpabilidad y expresiones de irritabilidad u oposición. Se caracterizan por la presencia de tristeza o irritabilidad persistente, acompañada, en ocasiones, de una pérdida de interés por casi todas las actividades que realizan, disminución de la concentración, sensación de cansancio físico, cambios en el patrón de sueño y alimentación, así como presencia de quejas somáticas.

La sintomatología de los trastornos depresivos puede variar en función de la edad. Así, se constata que en la edad preescolar (antes de los 6 años) es más frecuente encontrar rechazo del juego, agitación, timidez, rabietas, encopresis, insomnio, hiperactividad, dificultades para alimentarse y otros síntomas somáticos. En la edad escolar (de los 6 a los 12 años) se aprecia irritabilidad, inseguridad, resistencia a jugar, dificultades en el aprendizaje, timidez, enuresis, encopresis, onicofagia, terrores nocturnos, rabietas y síntomas psicósomáticos. En preadolescentes y adolescentes se observa abatimiento, sentimientos de inferioridad, pensamientos autolesivos, opresión, cefaleas y síntomas somáticos. También aparecen cuadros diferenciados en función del sexo. Así, en mujeres son más frecuentes síntomas del tipo de la inhibición, ansiedad, dificultades para establecer contacto social, conformismo, mutismo, buen comportamiento, agresividad, enuresis y compulsión alimentaría. En varones son más habituales las dificultades para establecer contacto social, ansiedad, incapacidad para integrarse, dudas, inhibición, agresividad, llanto inmotivado, alteraciones del sueño o dificultades escolares.

Los síntomas principales del TDAH empeoran significativamente cuando se acompañan de un cuadro de depresión. Numerosos estudios indican que los niños

con ambas patologías tienen mayor carga hereditaria, responsable de la manifestación de ambos trastornos.

Por otra parte es habitual que tenga problemas de relación social con sus compañeros de habla; todo ello son factores que el clínico debe tener presente tanto en el proceso de evaluación como en las fases posteriores durante la inclusión en los programas de tratamiento.

#### *1.2.5. Prevalencia:*

Como ya se ha expuesto el TDAH es un trastorno muy frecuente en la infancia y el de más alta incidencia en el adecuado desarrollo de la infancia, tal como lo argumentan múltiples autores, siendo además un trastorno que persiste en la adolescencia y la edad adulta. Los estudios epidemiológicos indican que la prevalencia del TDAH varía según la edad, el subtipo del trastorno (TDAH tipo desatento o tipo hiperactivo-impulsivo) y el género.

En este sentido, el TDAH tipo hiperactivo-impulsivo es cuatro veces más frecuente en niños que en niñas (4:1), y en el TDAH tipo desatento, lo es en relación 2:1. Ambos subtipos son más frecuentes entre los ocho y los diez años. De igual forma, consideran que las conductas de falta de atención son poco frecuentes en preescolar y que éstas aumentan, de manera progresiva, al pasar a la enseñanza primaria sin que se den diferencias relevantes entre los seis y doce años. Los síntomas de hiperactividad-impulsividad son más frecuentes entre seis y los doce años en los niños, mientras que para las niñas ambos síntomas son poco frecuentes, tanto en preescolar como en la enseñanza primaria. En síntesis, la prevalencia del TDAH dependería del subtipo que se evalúe, de la edad, del sexo, del informante (padres o profesores) y de los criterios adoptados por el examinador (Amador et al. 2001).

#### 1.2.6. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS Y ASPECTOS EVOLUTIVOS DEL TRASTORNO

La prevalencia del trastorno de hiperactividad se ve afectada como es obvio por toda la problemática ya comentada respecto a la definición y conceptualización de su sintomatología. Así mismo, se le da un marcado énfasis a los hallazgos que demuestran que el estatus socioeconómico de la familia, (o de la región) influyen también decisivamente en la tasa de prevalencia. Entre familias y regiones desfavorecidas la presencia de hiperactividad puede ser casi el doble que entre niveles socioeconómicos más elevados (Szatmari 1989). Las condiciones alimenticias, la incidencia de mayores trastornos psiquiátricos y las pautas educativas deben ser factores clave para que se de este hecho. Con relación a lo que respecta al curso evolutivo del trastorno hay que resaltar la existencia de los principales factores predisponentes y factores protectores de la hiperactividad pero no la naturaleza exacta de su influencia.

Entre los factores predisponentes están:

- Antecedentes familiares del trastorno,



- Consumo de alcohol y tabaco (u otras drogas)
- Mala alimentación de la madre durante el embarazo
- Madres que afrontan solas la educación de sus hijos y madres de bajo nivel cultural en general,
- Mala salud o retrasos en el desarrollo del niño,
- Estilo educativo muy critico y directivo de la madre en la primera infancia etc.

Entre los factores protectores se destacan 4:

- Mayor nivel educativo de la madre,
- Mejor salud en general de niño,
- Mayores habilidades cognitivas del niño (especialmente las relacionadas con el lenguaje)
- Mayor estabilidad familiar.
- 

#### 1.2.7. DESCRIPCIÓN DE LOS PRINCIPALES MODELOS EXPLICATIVOS DEL TRASTORNO DEL T.D.A.H.

La exploracion del contexto escolar debe efectuarse de forma paralela con otras variables como, el entorno familiar y la crianza de los menores; con el fin de identificar su incidencia en la generalización y mantenimiento del tratamiento del T.D.A.H.; por lo tanto, para la exploración de soportes teóricos que dan cuenta de aspectos de esta índole, requirieron de la eleccion de 3 fuentes bibliograficas como las siguientes:

##### 1.2.7.1. MODELO ATENCIONAL DE VIRGINIA DOUGLAS.

El modelo atencional de Virginia Douglas, consiste en relegar a un segundo plano a la sobreactividad motora, por aparecer como una variable inespecífica y muy afectada por variables madurativas y situacionales. En cambio, para los niños conocidos como hiperactivos, la variable que resulto critica frente a otros trastornos y muestras normales fueron los problemas atencionales, en donde estos niños, a parte de hiperactivos, se catalogaban como extremadamente distraibles, sin capacidad de focalización o selectividad atencional. Los trabajos de Douglas, no destacaban este tipo de problemas, sino los que surgían en tareas de rendimiento continuo, en ausencia de reforzadores externos inmediatos. Tareas que miden fundamentalmente dos aspectos:

- La capacidad de atención sostenida.
- Detectar los estímulos que constituyen el objetivo durante largos periodos de tiempo.
- La impulsividad o control motor
- Responder solo ante los estímulos objetivos

Esta variable, de atención sostenida/Vigilancia, ocupara siempre un lugar central en el modelo de Douglas, sin dejar de resaltar que existen otros elementos destacados.

En conclusión, la autora atribuye el origen del T.D.A.H. a la presencia de cuatro predisposiciones básicas en el niño (en principio de naturaleza constitucional, pero moduladas por factores ambientales). Los niños que padecen una "hiperactividad" normalmente parten de unas predisposiciones básicas interrelacionadas, resumidas en cuatro:

- (1) Cierta inclinación inusualmente fuerte a buscar gratificación o estimulación inmediatos (o ambas cosas).
- (2) una tendencia sumamente débil a dedicar atención y esfuerzos a tareas complejas.
- (3) Escasa habilidad para inhibir respuestas impulsivas
- (4) poca capacidad para regular la excitación o estado de alerta que se requiere para satisfacer las exigencias circunstanciales

Estas predisposiciones pueden deberse a factores constitucionales o a factores sociofamiliares como, por ejemplo, un estilo educativo inconsistente o muy directivo, un ambiente familiar desordenado o confuso, el reforzamiento de las conductas impulsivas o la falta del mismo en las primeras interacciones del niño para la resolución de determinados problemas, etc. De cualquier modo, la presencia de estas características en el comportamiento del niño, por otro lado visibles ya desde los primeros años, se relacionan con deficiencias secundarias normalmente manifestadas al inicio de la edad escolar.

Estas deficiencias secundarias, todas de tipo cognitivo, se agrupan en tres grandes áreas:

1. Están los déficits en el desarrollo de esquemas complejos, ya sea en conocimientos y habilidades concretas, o también en estrategias cognitivas más elaboradas.
2. Aparece una baja capacidad de rendimiento y de interés ante tareas mínimamente complicadas que podría entenderse como una falta de motivación intrínseca; en ello tiene influencia una expectativa de fracaso, pero sobre todo la incapacidad para prever las consecuencias positivas (o negativas) que tendrá su acción a medio o largo plazo.
3. Engloba los déficits metacognitivos, es decir, una falta de capacidad para analizar, aplicar y modificar las estrategias de solución de problemas que puedan haber adquirido, con lo cual su conducta estratégica es rígida y poco adaptativa.

Los tres déficits mantienen una influencia mútua. Por ejemplo, muchos niños abandonan o son incapaces de concluir sus primeras tareas escolares sencillamente porque no ven la forma "cómo" afrontarlas, carecen de los conocimiento y habilidades necesarias. Para aprender formas de actuar es necesario que ellos inviertan un mínimo de tiempo y esfuerzo, que demoren ciertos reforzadores y que inhiban conductas impulsivas, pero al ser muy difícil que puedan cumplir con estas condiciones su aprendizaje de procedimientos siempre es muy pobre. Además, aún suponiendo que consiguen aprender algunas

estrategias casi nunca las someten al análisis necesario que les permitiría un conocimiento metacognitivo sobre ellas, es decir, las ponen en funcionamiento cuando son dirigidos externamente careciendo de los procesos de autonomía personal en resolución de problemas (Bornas, 1996).

Las deficiencias secundarias llevan a estos niños a continuas experiencias de fracaso. Estos fracasos, que pueden ser más o menos generalizados en el ámbito educativo y social, afectan drásticamente a las predisposiciones básicas del niño cerrando una espiral de influencia. Ahora esas predisposiciones acaban convirtiéndose en déficits característicos de su funcionamiento. Y, entre todos ellos, el más relevante (y que mejor les diferencia) es la falta de esfuerzo, organización y mantenimiento de la atención. También presentan problemas de impulsividad y desinhibición, pero de modo secundario a sus problemas atencionales y búsqueda de estimulación. De este modo se contribuyó decisivamente a la creación de un trastorno por déficit de atención, sin necesidad de sobreactividad motora, y con un predominio del proceso de evaluación y tratamiento centrado en los procesos atencionales.

#### 1.2.7.2. EL MODELO MOTIVACIONAL DE RUSSELL BARKLEY: DÉFICITS EN LAS CONDUCTAS GOBERNADAS POR REGLAS.

R. Barkley (1990, p. 26; y 1997), En términos generales, plantea en su modelo, que parte de la base situacional de las conductas hiperactivas y la gran influencia que tienen los factores instruccionales y motivacionales para desencadenarlas, comienzan a cuestionarse el papel principal de la atención en la hiperactividad y dan prioridad a una característica, por otra parte ya conocida, de estos niños: déficits en su respuesta a las consecuencias ambientales. Esta hipótesis, basada en el modelo de análisis funcional de la conducta, ha sido rebatida con dureza por V. Douglas (1989) tachándola de "skinneriana" y limitada. Barkley (1990; 1997), por su parte, no renuncia al origen conductista de la hipótesis pero a la vez se ha esforzado por demostrar que va mucho más allá, intentando construir una sólida base de interacción entre conocimientos neurofisiológicos y principios del comportamiento.

Desde el punto de vista del modelo motivacional, las teorías atencionales o cognitivas en general presentan muchas dificultades de validación. Por otra parte, la naturaleza multidimensional de la sintomatología básica de la hiperactividad y, sobre todo, su variabilidad situacional induce a recuperar la metodología clásica del análisis funcional. Skinner (1953) realizó un análisis de la atención, la impulsividad y el autocontrol desde el punto de vista del control de estímulos: la atención puede definirse como la relación entre un estímulo ambiental y la conducta del individuo, la impulsividad es una respuesta rápida e incorrecta ante las demandas de un estímulo y la falta de autocontrol es una incapacidad para postergar eventos o reforzadores.

Barkley (1990) recupera esta idea como punto de partida pero le da un nuevo enfoque: aunque las conductas hiperactivas se pueden representar como fallos en

la relación entre eventos estimulares y conducta del niño. Un análisis funcional del trastorno debe permitirnos determinar qué tipo de tareas o estímulos son los más problemáticos para estos niños, y qué tipo de consecuencias se dan para que ellos no puedan mantener un nivel adecuado de respuesta y esfuerzo.

En relación a las condiciones estimulares precipitantes Barkley (1990) recupera el concepto de "conductas gobernadas por reglas" (Skinner, 1953) para definir un tipo de situación que desencadena de modo sistemático las dificultades del niño hiperactivo. La conducta gobernada por reglas se da en respuesta a un estímulo verbal precedente, y se acomoda a las condiciones (reglas) que éste determina (véase Hayes, 1989, para una extensa revisión de este concepto). Una regla es un estímulo que especifica las consecuencias que tendrá una determinada conducta; por ejemplo, "si haces tus tareas podrás jugar un rato con el videojuego".

En cuanto a las causas por las que ciertas reglas, tareas o estímulos socialmente relevantes no consiguen elicitar las conductas deseadas en algunos niños, Barkley entiende que, de modo general, todas se pueden resumir en esta seis:

- (1) la existencia de un problema de detección sensorial
- (2) una discapacidad física o motora que impide al niño ejecutar la respuesta deseada
- (3) una historia de condicionamiento inadecuado (el niño no ha sido entrenado correctamente en los conocimientos y habilidades implicada en la respuesta)
- (4) un déficit en los efectos de los estímulos reforzadores (no presentan la eficacia habitualmente observada)
- (5) un efecto inusualmente rápido de habituación o saciación ante los reforzadores
- (6) un déficit en la manera habitual con la que los programas de reforzamiento (por ejemplo, los parciales) mantienen la conducta a lo largo del tiempo.

Según Barkley, entre todas estas causas, la quinta y la sexta son las que tienen más influencia en el caso concreto de los niños hiperactivos, fundamentalmente porque han recibido más apoyo experimental a través de investigaciones neuropsicofisiológicas.

Este tipo de conductas, controladas por estímulos discriminativos de tipo verbal (reglas), implican dos componentes: uno de "cumplimiento", que se refiere a la ejecución de la conducta justo después del estímulo, y otro de "mantenimiento", que se refiere a la ejecución continuada y futura de la conducta sin la presencia de la regla. Los niños hiperactivos, como es de suponer, fundamentalmente fallan en el componente de "mantenimiento" y ello tiene consecuencias graves. Hay que tener presente que dominar este componente resulta, en primer lugar, muy adaptativo para el niño puesto que es capaz de procurarse muchas consecuencias positivas y evitar las negativas y, en segundo lugar, significa empezar a desarrollar los procesos de autocontrol y solución de problemas. Evolutivamente los niños se sirven de su lenguaje, primero audible y luego internalizado, para generar las reglas que controlan sus conductas. Posteriormente, la utilización de las fases de solución de problemas como son, por ejemplo, identificar demandas, generar alternativas, prever consecuencias.etc. completan el dominio sobre este proceso.

Por tanto, según Barkley, el problema básico de la hiperactividad se articula sobre estos dos factores: una relativa insensibilidad a los estímulos ambientales socialmente relevantes y un déficit en las conductas gobernadas por reglas. Estos factores son los causantes (y no los resultados) de los problemas de atención sostenida, falta de esfuerzo, desinhibición de conductas e impulsividad observados en los niños hiperactivos, así como de su estilo motivacional caracterizado por búsqueda continuada de estimulación, necesidad de reforzamiento extrínseco, incapacidad de demora de reforzadores, baja susceptibilidad a estímulos aversivos, etc.. Todos estos elementos definitorios de la hiperactividad presentarían una fuerte base neurológica y poco tendrían que ver con la "voluntad" del niño.

Finalmente hay que señalar que el énfasis en el origen neurológico del trastorno que realiza Barkley no significa, como apunta el mismo autor, "que las condiciones ambientales no puedan exacerbar (¡o mejorar!) los síntomas de los niños hiperactivos" (p. 71) y que en el tratamiento multicomponente, junto a los psicofármacos, las técnicas de manejo de contingencias (con la formación de padres y educadores) y cognitivo conductuales (entrenamiento en solución de problemas, autoinstrucciones, etc.) no tengan que ocupar un lugar destacado e incluso predominante en muchos casos. El desarrollo actual de la teoría relaciona el déficit de las conductas gobernadas por reglas de los niños hiperactivos con el constructo más amplio del autocontrol (Barkley, 1997).

#### 1.2.7.2.1.. Modelo De Autorregulación De Barkley.

El modelo de Barkley, se sustenta en tres de los modelos de inhibición conductual contemporáneos, pero no considera que den una solución completa a la conceptualización del T.D.A.H., por lo que propuso definir un modelo integrador.

De acuerdo con años de investigación, las diferentes revisiones del propio Barkley, arrojaron que el modelo evolucionó hacia el concepto de 'autorregulación', efectuando una propuesta integradora, que incorpora algunos elementos comunes de teorías ya reconocidas, tales como la teoría del lenguaje humano de Bronowski, la teoría del córtex prefrontal de Fuster, la teoría de la memoria de trabajo o de representación de Goldman- Rakic y la teoría de los marcadores somáticos de Damasio. De este modo, según su descripción; en su modelo de autorregulación se haya una teoría de las funciones del lóbulo prefrontal. El modelo se basa en el análisis de las interrelaciones entre la inhibición conductual, las Funciones Ejecutivas y la autorregulación, determinando así, que estos constructos psicológicos coinciden en que tienen su base neurológica en el córtex prefrontal y se definen e interrelacionan del modo que se explica a continuación.

#### 1.2.7.2.2. Procesos de inhibición conductual:

La inhibición conductual incluye tres procesos interrelacionados:

- La capacidad para inhibir respuestas prepotentes.
- La capacidad para detener patrones de respuesta habituales y permitir una demora en la toma de decisión.

- La capacidad para proteger este período de demora y las respuestas autodirigidas que acontecen en él de las interrupciones que derivan de eventos y respuestas competitivas (control de interferencia).

La respuesta prepotente es aquella asociada a procesos de refuerzo inmediato. El niño con T.D.A.H. tiene especiales problemas para inhibir tanto las respuestas asociadas a refuerzo positivo –por las que obtiene una recompensa– como negativo –por las que evita un estímulo o actividad desagradable–. El desarrollo de la autorregulación empieza tanto con la inhibición de las respuestas prepotentes como de los patrones de respuesta habituales, que llega un momento en el que se muestran ineficaces.

Cuando el niño es capaz de ejercer control motor sobre sus acciones, de establecer períodos de demora en los que evalúa la conveniencia o no de una u otra conducta, madura la autorregulación. La situación paradigmática se da en el conflicto de valencias entre una situación que provee inmediatamente de un determinado tipo y cantidad de refuerzo, frente a otra que lo hará incluso en mayor medida, pero a medio o largo plazo. El último elemento de la inhibición conductual es el control de interferencia. En el momento que el niño es capaz de introducir períodos de demora para la toma de decisiones, es especialmente importante que los proteja de las interrupciones e interferencias que pueden derivar tanto de estímulos ambientales como interioceptivos. Esta propuesta es bastante coincidente con la teoría del córtex prefrontal de Fuster, sólo que en el caso de Barkley, se produce una relación directa entre los procesos de inhibición conductual y algunas FE que desemboca en un trastorno de la autorregulación.

#### 1.2.7.3. Concepto de autorregulación según Barkley

Barkley define la autorregulación –o autocontrol; en términos sinónimos– como cualquier respuesta o cadena de respuestas del individuo que altera la probabilidad de que ocurra una respuesta que normalmente sigue a un evento, y que además altera a largo plazo la probabilidad de sus consecuencias asociadas. Entre sus implicaciones cabe destacar que en la autorregulación la conducta se centra más en el individuo que en el evento, se altera la probabilidad de que ocurra de modo subsiguiente al evento, se trabaja para resultados a largo plazo –a veces frente a ganancias inmediatas–, se desarrolla una capacidad para la organización temporal de las consecuencias de la conducta, para ‘conjeturar el futuro’. En realidad el factor del tiempo, se establece como la clave de la autorregulación; en los procedimientos de respuesta automatizados, dicha demora no se da o es circunstancial; sin embargo, la demora entre el estímulo y la conducta de responder es el espacio de acción de las Funciones Ejecutivas de control.

#### 1.2.7.3.1. Funciones ejecutivas en la autorregulación

Las FE hacen referencia a aquellas acciones autodirigidas del individuo que usa para autorregularse. Las cuatro FE del modelo de Barkley son:

- La memoria de trabajo no verbal.
- La memoria de trabajo verbal (o el habla internalizada).

- El autocontrol de la activación, la motivación y el afecto.
- La reconstitución.

En conjunto, comparten el mismo propósito: internalizar conductas para anticipar cambios en el futuro y, de este modo, maximizar a largo plazo los beneficios del individuo. Desde el punto de vista evolutivo, las cuatro funciones suponen la privatización ('maduración') de patrones de conducta manifiestos: la memoria de trabajo no verbal interioriza las actividades sensoriomotoras, la memoria de trabajo verbal, el habla, el autocontrol de la activación/motivación/afecto, la emoción y la motivación, y, finalmente, la reconstitución representa la internalización del juego. La organización de la conducta a través de estas FE conlleva la puesta en funcionamiento de las conductas gobernadas por reglas (CGR), conductas propositivas e intencionales orientadas a la consecución de un objetivo. De modo más específico, dichas funciones se definen de la siguiente manera: la memoria de trabajo no verbal es la capacidad para mantener internamente representada información on line que se utilizará para controlar la emisión de respuestas contingentes a un evento. Expresa una sensibilidad encubierta hacia uno mismo, de modo que no sólo se refiere a la representación sensorial de los eventos, sino a todo el proceso de respuesta-resultado y su efecto sobre nosotros mismos.

Referente al proceso por el cual la acción se pone al servicio del pensamiento a través del lenguaje, la internalización del habla sería uno de los principales indicadores de que el niño está 'madurando'. Y se incluye el autocontrol de la activación, el afecto y la motivación como función de los marcadores somáticos de Damasio. Estos marcadores son los tonos afectivo y emocional presentes en la acción cognitiva dirigida a un objetivo.

En un proceso de autorregulación, donde la mayoría de las conductas se realizan en ausencia de estímulos reforzadores externos, es el propio sujeto quien debe activar dichos tonos, por otra parte considerados básicos en la activación y mantenimiento de las conductas orientadas hacia un objetivo. La capacidad para activar cargas afectivas asociadas a las memorias de trabajo es un elemento imprescindible para la autorregulación.

Por último, la reconstitución es un término de Bronowski, que hace referencia a la capacidad del lenguaje para representar objetos, acciones y propiedades que existen en el medio. Más específicamente, Barkley entiende que se expresa por un proceso de análisis y otro de síntesis; es decir, por la habilidad para separar las secuencias conductuales en sus unidades (la organización de la estrategia) y por la capacidad para combinar distintos elementos de distintas secuencias para construir otras nuevas (la creación de la estrategia).

Otra particularidad clave del modelo de Barkley es que hipotetiza una posible maduración y desarrollo de la inhibición conductual, las FE y la autorregulación, a través de distintos estadios. Lo primero en desarrollarse sería la capacidad de inhibición conductual, aunque de forma paralela con las funciones de memoria de trabajo no verbal.

Seguidamente, vendría la progresiva internalización del afecto y la motivación, estrechamente relacionada con la internalización del habla. Finalmente, el último paso sería la internalización del juego, la reconstitución. De este modo, aunque la configuración de los estadios sea solamente hipotética, lo importante es que el modelo enfatiza la comprensión del T.D.A.H. a través de la conducta encubierta, privada y autodirigida, y establece una estructura jerárquica en donde las FE dependen de la inhibición conductual, y la interacción entre ambas da lugar a la autorregulación y al control motor. Precisamente el control motor es el último elemento del modelo y, relativamente, el más aplicado.

#### 1.2.7.3.2. Componentes del 'control motor'

El control motor se refiere al conjunto de conductas que se ponen en marcha para alcanzar el objetivo en un proceso de autorregulación. Evidentemente, hace referencia a la implementación de las acciones concretas que se necesitan, pero va más allá:

1. Incorpora el concepto de 'fluencia', es decir, la capacidad para generar conductas novedosas y creativas en el momento en que se necesitan.
2. Incorpora el concepto de 'sintaxis', es decir, la capacidad para reconstruir y representar internamente la información del medio.

Ambos conceptos guardan una especial relación con la función de reconstitución y dotan a la acción del individuo de la flexibilidad necesaria para acomodar su plan a las contingencias habituales que suceden en todo proceso conductual orientado hacia un objetivo a largo plazo.

#### 1.2.7.3.2.1.. Aplicación del modelo de autorregulación a los déficit en el T.D.A.H.

De acuerdo con lo expuesto en el modelo general de Barkley, es posible establecer las características del trastorno en función de los déficit que lo define según el modelo:

1. Considerando la psicopatología evolutiva del trastorno, los problemas empezarían con un estado de desinhibición conductual: incapacidad de inhibir respuestas prepotentes, de cambiar patrones habituales y un débil control de las interferencias.
2. Este estado afectaría al desarrollo de determinadas funciones cognitivas superiores. Como se ha explicado antes, podría darse un grado diferente de afectación de dichas funciones, pero todavía no se ha delimitado perfectamente a través de qué mecanismo. La cuestión es que el niño con T.D.A.H. presenta una débil memoria de trabajo, un retraso –y mal funcionamiento– en la internalización del habla, una inmadurez en el control del afecto, la motivación y la activación y una reconstitución dañada.
3. El patrón del T.D.A.H. se completaría con una reducción en la capacidad de control motor, 'fluencia' y 'sintaxis'; en otras palabras, estaríamos ante niños, y adultos, con importantes dificultades para desarrollar conductas orientadas hacia un objetivo, con reducida capacidad de persistencia, de control de su conducta y su activación emocional, muy insensibles al feedback de proceso y resultado, muy afectados por aspectos irrelevantes de las tareas, muy poco organizados y todavía menos creativos.



En términos globales, el modelo tiene implicaciones muy relevantes tanto para la comprensión del T.D.A.H. como para su tratamiento, surgiendo con ello un gran interés en déficit como el de atención sostenida, con independencia de algunos problemas metodológicos de las tareas de rendimiento continuo y/o vigilancia, por lo que cabe preguntarse como se explica todo esto dentro del modelo de autorregulación, de allí que, el análisis provenga de un cambio conceptual en el objeto de la medición de las tareas de atención sostenida. Razón por la cual, Barkley y otros autores implementaron instrumentos de medición tanto para las pruebas de ejecución continua tipo CPT (Test de Ejecución continua de conners) como en las de vigilancia tipo CSAT (Tarea de atención sostenida en la infancia, de Servera y Llabres), al igual que en el caso de la detección de estímulos y la inhibición de respuestas se plantea en tareas monótonas, repetitivas y en ausencia de reforzamiento externo.

Como expone Barkley, en el T.D.A.H. lo que tradicionalmente se ha llamado 'déficit en atención sostenida', en realidad parece referirse a un déficit en la 'persistencia dirigida hacia un objetivo' o, en términos más neurocognitivos, en una incapacidad para ejercer control sobre la propia conducta a través de la información representada internamente. Un control de interferencia débil perjudica la persistencia de la acción hacia un objetivo, ya que el sujeto se muestra sensible en exceso, ya sea a la estimulación interna (cansancio, aburrimiento, etc.) o a la externa (cualquier estímulo presente en la situación). En dicha acción, el individuo debe mantener por sí mismo los objetivos en mente, y 'renovarlos' cada cierto tiempo cuando se apercibe que el cansancio o la monotonía le ganan –en un trabajo conjunto de las memorias de trabajo, verbal y no verbal–; pero, además, debe proveerse internamente de fuentes de apoyo y autorrefuerzo, ya que debe trabajar en ausencia de motivación externa.

#### 1.2.7.4. Implicaciones del modelo de autorregulación

Según lo que se ha demostrado en múltiples estudios en la actualidad sobre este modelo y su propuesta de tratamiento del T.D.A.H., por lo que las implicaciones del T.D.A.H., se entienden más como un trastorno de la ejecución que un trastorno de habilidad o capacidad. Dicho en otras palabras: el problema no es que estos niños no sepan qué hacer y cómo hacerlo; lo que ocurre es que no saben cuándo y dónde hacerlo. Por eso, estamos ante niños con un nivel intelectual y de procesamiento de la información, en general, dentro de los parámetros normales. También su aprendizaje (académico, social o comportamental) avanza, aunque mucho más lentamente, en la dirección esperada. La cuestión es que sin una guía externa que marque el momento y el lugar donde es pertinente poner en práctica las habilidades adquiridas, no lo hacen, o lo hacen de un modo muy desorganizado.

En este marco, el factor 'tiempo' ocupa un lugar central. Probablemente, la capacidad cognitiva más disminuida de los niños con T.D.A.H. sea el 'reloj cognitivo': La imposibilidad de prescindir del aquí y ahora. Al no tener presentes los efectos que produjeron sus conductas en el pasado y no tener capacidad de

predicción de los que pueden acontecer en el futuro, tienen muy disminuida su conciencia de responsabilidad, o se les hace evidente la consecuencia de sus actos en el mismo momento en que éstos se producen, siendo difícil que la asuman. Además, el niño con T.D.A.H. calcula mal el esfuerzo y la dedicación que requieren las tareas de procesamiento secuencial. Por tanto, no se trata, como se ha comentado, que no sepan qué hacer, sino que carecen de la mínima capacidad organizativa, de planificación y de control de su actuación.

Bajo estas premisas, el tratamiento del TDAH, según Barkley, debe regirse por las siguientes características:

1. Intervenciones en el 'punto de ejecución'

Los tratamientos más eficaces son los que tienen lugar en los ambientes naturales, donde se desea corregir la conducta del niño con T.D.A.H. Por eso, los tratamientos de ámbito clínico en los que se ha usado, por ejemplo, terapia de juego, counseling (psicoterapia de apoyo) del niño, neurorealimentación, etc., no han tenido muy buenos resultados.

2. Las intervenciones más eficaces en el ámbito natural derivan de programas de modificación de conducta; es decir, tratamientos que alteran las condiciones ambientales estímulares para provocar cambios en el comportamiento del niño (tanto para promover conductas deseadas como para controlar las indeseadas). Se trata de 'tratamientos sintomáticos', muy útiles en el ámbito familiar y escolar, pero que, según Barkley, ni modifican los déficit de autorregulación, ni suelen ofrecer mantenimiento y generalización más allá de su radio de acción.

3. El tratamiento de elección para tratar los déficit en inhibición y autorregulación son los fármacos psicoestimulantes, especialmente el metilfenidato. Su acción activadora cortical genérica y su efecto sobre la disponibilidad de dopamina en determinadas zonas cerebrales implicadas en dichos déficit producen mejoras evidentes entre el 70 y el 90% de los niños con T.D.A.H.

4. El uso de las técnicas cognitivoconductuales típicas, entrenamiento en autoinstrucciones y solución de problemas, quedaría en entredicho. Tal y como comenta Barkley en una revisión sobre el tema, en general, han dado resultados discutibles, probablemente por dos razones:

– Demasiado énfasis en la falta de capacidades cuando la cuestión es más de ejecución.

– Demasiado énfasis en entrenar precisamente las funciones más deterioradas del niño con T.D.A.H. (donde resulta más difícil sacarle partido). Resaltando que, aun así, no se debe descartar su utilidad si se fusiona con otras técnicas para brindar una atención integral multimodal.

5. En cambio, un elemento de gran utilidad –y en cierta medida contrapuesto a lo que se pretende con las técnicas cognitivoconductuales–, tanto para las tareas cotidianas de casa, como muy especialmente para las tareas escolares, es la externalización de la información.

Como se ha visto anteriormente, si algunos de los principales problemas en el T.D.A.H. son la falta de representación interna de la información, la falta de la función controladora del habla y la falta del reloj cognitivo, la solución pasa porque

estén disponibles a menudo los elementos controladores de la acción de modo externo: guías, grabaciones, carteles, notas, etc.

Las tareas que se requiere que haga el niño y el ambiente donde se mueve deben adaptarse a esta externalización: controlar los distractores y hacer sobresalir las instrucciones y su secuenciación.

6. La externalización de la información no tendrá mucho éxito si no se acompaña de la externalización de las fuentes de motivación y refuerzo. Dado que esa función cognitiva se ha deteriorado claramente en el T.D.A.H., el tratamiento debe incorporar programas de manejo de reforzadores, tanto sociales como de tareas o materiales. En este sentido, los programas operantes de economías de fichas o los contratos conductuales se han mostrado eficaces. Normalmente, deben mantenerse durante períodos más largos de lo que sería habitual, pero también hay que tener presente que con el crecimiento y la maduración del niño con T.D.A.H., podrán retirarse e incorporarse contingencias más naturales. Aunque difícilmente, al contrario de lo que pasa con otros niños, se podrá prescindir de fuentes externas de reforzamiento para mantener las conductas deseadas.

7. El tratamiento del T.D.A.H. que deriva del modelo de autorregulación es el habitual en síndromes crónicos: paquetes de intervención multimodales, con distintos profesionales, con formación de co-terapeutas (padres y educadores), adaptados a los casos particulares (compartiendo una raíz común) y con el objetivo, más que de 'curar', de reducir el impacto de sus efectos secundarios: trastornos de conductas, fracaso escolar, problemas de adaptación social, de autoestima, etc.

Es indudable que el modelo de autorregulación de Barkley ha encontrado bastantes evidencias favorables a estas premisas conceptuales y de tratamiento del T.D.A.H., pero al respecto Barkley y otra serie de estudiosos del tema ya han expuesto que la mayoría de la investigación basada en la naturaleza del T.D.A.H., es explorativa y descriptiva y, en todo caso ateorica. Es así como, ante este precedente, se pueden distinguir dos estrategias, para entender y explicar el T.D.A.H., en absoluto opuestas, pero con diferente desarrollo: Los estudios etiológicos y los modelos teóricos.

Han existido muchas más propuestas centradas en los factores etiológicos que en modelos estructurados, siendo en la actualidad el T.D.A.H., una de las entidades clínicas, desde su psicopatológica más compleja y difícil de reducir a un número limitado de factores.

### 1.3. OBJETIVOS.

#### OBJETIVO GENERAL.

- Establecer la eficacia de un tratamiento multimodal con respecto a la distractibilidad, Hiperactividad, impulsividad, situaciones escolares, prácticas de crianza y adhesión al tratamiento de niños con T.D.A.H.

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Demostrar la efectividad de un programa multimodal en niños con T.D.A.H. sobre la distractibilidad.
- Demostrar la efectividad de un programa multimodal en niños con T.D.A.H. sobre la hiperactividad e impulsividad.
- Evidenciar la pertinencia de la intervención psicoterapéutica, psicopedagógica en las situaciones escolares de los niños con T.D.A.H., para lograr su adhesión al tratamiento .
- Establecer las condiciones necesarias para realizar una intervención psicoterapéutica y psicopedagógica integral de acuerdo con las Prácticas de Crianza que los padres ejercen en los niños con T.D.A.H.
- Reconocer el tipo de adhesión al tratamiento realizado en niños diagnosticados con T.D.A.H. y sus padres.

### 1.3.1. HIPÓTESIS

H1: Si se aplica un programa de intervencion multimodal a un grupo de niños conT.DA.H., se observara una diferencia estadísticamente significativa, entre las mediciones pre tests y post tests de distractibilidad.

H2: Si se aplica un programa de intervencion multimodal a un grupo de niños conT.DA.H., abra una disminucion estadísticamente significativa de la Hiperactividad – impulsividad.

H3: Si se aplica un programa de intervencion multimodal a un grupo de niños conT.DA.H., habra un aumento de las practicas de crianza de los padres

H4: Si se aplica un programa de intervencion multimodal a un grupo de niños conT.DA.H., el tratamiento multimodal permitira un aumento estadísticamente significativo con respecto a la Adhesion al tratamiento

H5: Si se aplica un programa de intervencion multimodal a un grupo de niños con T.DA.H., se observara una diferencia estadísticamente significativa, entre las mediciones pre tests y post tests de las situaiones escolares.

#### ***Interpretacion entre variables:***

La Intervención terapeutica multimodal en el tratamiento de niños con T.D.A.H. en las variables de inatencion, hiperactividad-impulsividad, situaciones escolares, practicas de crianza, y adhesión al tratamiento; van a determinar un nivel de eficacia del mismo en la población seleccionada, en términos de los rangos de medición de logro en efectividad, relacionada de la siguiente forma:

<b>MEDICION DE EFICACIA DE INTERVENCION MULTIMODAL POR RANGO</b>				
<b>RANGO 1</b>	<b>RANGO 2</b>	<b>RANGO 3</b>	<b>RANGO 4</b>	<b>RANGO 5</b>
1-5	6-10	11-15	16-20	21-25
5%	10%	15%	20%	25%
Nivel Bajo	Nivel Bajo medio	Nivel Medio	Nivel Medio Alto	Nivel Alto

### 1.3.2. DEFINICION CONCEPTUAL DE VARIABLES

#### 1.3.2.1. INTERVENCIÓN MULTIMODAL

La terapia multimodal de A. Lazarus (1983,1985, 1986,1987) es una terapia de tipo cognitivo-conductual. La cual fue planteada por el autor en 1971, en su libro "Behavior therapy and beyond " en cuyo inicio plantea la reformulación de la terapia de conducta al uso, sugiriendo en esta obra la necesidad de adaptar la terapia a las características personales del individuo en cuestión, el análisis de la demanda de tratamiento (en base a las expectativas , necesidades del cliente, actitudes personales y aspectos socioculturales ) y el empleo de técnicas cognitivas en la evaluación y tratamiento de casos . La aportación básica de esta obra , que después desarrollará en el modelo multimodal , es la propuesta de una terapia ecléctica técnicamente (teóricamente cognitiva-conductual) de "amplio espectro" que tiene como finalidad la evaluación amplia del problema y la selección de técnicas eficaces. La terapia multimodal presta especial atención al modal social o interpersonal y al "perfil de funcionamiento personal del sujeto " o sea la personalidad en su contexto.

El enfoque de la terapia multimodal se centra en buscar un tratamiento adecuado a cada caso en particular . Para ello analiza las características de cada caso en distintas modalidades o dimensiones distintas pero relacionadas . Se trata de obtener una información global y minuciosa de cada persona y su ambiente social.

Distingue siete modalidades de funcionamiento personal que denomina "B.A.S.I.C.CO.S" que representan por orden las siglas de : biológico (B), afectivo (A), sensorial (S), imaginación (I), cognición (C), conducta (CO) y relaciones sociales (S) .

La terapia multimodal evalúa en cada caso, cada una de estas siete funciones y su interacción . Dependiendo del tipo de relación que se establece entre ellas y de su secuencia se busca una estrategia de tratamiento a la medida .

La evaluación se inicia realizando el llamado "puenteo" que consiste en comunicarse con el/los demandantes en el nivel multimodal que se expresa en el motivo de consulta inicial. Después se complementa con la evaluación de las

siguientes modalidades. En esto consiste el llamado "análisis multimodal de primer orden" . De manera esquemática en cada modalidad se recogería la siguiente información :

Biológico, Afectos, Sensaciones, Imágenes y fantasías preferidas, otras modalidades, Conducta, Cognitivo y Social.

Si es necesario, se realiza el llamado "análisis multimodal de segundo orden" para problemas más complicados expresados en una determinada modalidad. En este caso se evaluaría de nuevo los distintos niveles implicados en un problema particular de una modalidad.

Suponiendo que por alguna razón clínica relevante se desea un análisis más preciso de una de las modalidades apuntadas, por ejemplo la social. En este caso, se aplica la misma sistemática multimodal a esa modalidad. Obteniendo así el "perfil multimodal de 2º orden.

Los anteriores perfiles multimodales orientarían al terapeuta sobre las áreas implicadas en las dificultades del paciente, y donde se tendría que intervenir en función de su interrelación y secuencia . Si se encuentran dificultades de evaluación o intervención se realiza un análisis más pormenorizado de cada modalidad (perfil de 2º orden) .

Este enfoque multimodal de evaluación constituye una poderosa alternativa a los "sistemas unidimensionales" apuntados por otros enfoques terapéuticos y que podrían incluir a los siguientes :

B : Enfoque médico-psiquiátrico basado en modelos biológicos y las nosologías del DSMs y CIEs en curso, así como las exploraciones médicas .

A : Enfoques psicodinámicos y humanistas .

S : Enfoques "psicocorporales", gestálticos o bioenergéticos.

I : Enfoques basados en las terapias imaginativas, regresivas e hipnoterapéuticas.

Co : Enfoques conductuales tradicionales

C : Enfoques cognitivos y constructivistas

S : Enfoques sistémicos, interpersonales y psicosociales.

La terapia multimodal apunta a todos los niveles referidos, pero con una teoría integrada de tipo cognitivo-social basada en el aprendizaje social . No defiende por lo tanto el eclecticismo teórico, sino el técnico : la promoción de las intervenciones de evaluación y técnicas de terapia, provengan del enfoque que provengan, que sean efectivas para el mayor número de clientes posibles y en el menor tiempo posible. Desde este punto de vista interesa muy poco los debates teóricos entre las distintas terapias; sino la efectividad para unos fines clínicos relevantes.

Por otro lado, frente a las terapias unidimensionales intenta superar el "sesgo de perspectiva" que produce centrarse en una o dos modalidades personales a lo sumo, y que podrían ser inadecuadas al caso-sujeto en cuestión.

Actualmente los enfoques multimodales son cada vez más utilizados en el tratamiento de casos psiquiátricos complejos (p.e "anorexia", "psicosis", toxicomanías..), en el campo de la psicoterapia y psiquiatría infantil, en la pediatría, en las intervenciones en crisis y urgencias, y en los enfoques de evaluación y tratamiento de otras profesiones sanitarias (sobre todo en enfermería, donde es frecuente el uso de perfiles multimodales).

### 1.3.2.2. TRATAMIENTO

Al hablar de tratamientos en T.D.A.H., se debe hacer un marcado énfasis no solo en el tipo de enfoque sino además en el modelo de intervención afin a las condiciones psicosociales, sociodemográficas y técnicas de investigación y su micro y macro contexto; es por ello, que para el caso específico de este estudio prevalece como una generalidad, la importancia de establecer como parte del diseño de intervención implementado en el Instituto Suroriental de Boston, la inclusión del tratamiento multimodal; todo ello, con el ánimo de potenciar los efectos logrados por las terapias tradicionalmente empleadas en el contexto académico y clínico y enfocar todos los esfuerzos del equipo profesional, hacia el logro del mantenimiento y generalización de resultados, disminución de costes terapéuticos, control de efectos secundarios y consecuencias no deseadas. En este sentido, tal como se ha reiterado a lo largo del presente informe, el enfoque seleccionado ha sido el cognitivo conductual direccionados por los modelos de Barkley y Douglas, donde se establecen precisiones en algunas de las técnicas que cada uno desarrolla de forma específica en las teorías propuestas para el ámbito escolar y familiar, y se extraen procedimientos sugeridos por dichos autores, los cuales han sido exitosamente explorados por múltiples grupos de estudio tanto a nivel nacional como internacional.

Actualmente la intervención psicológica sobre casos de hiperactividad supone la aplicación de programas multicomponentes integrados por distintas técnicas que se llevan a la práctica en el medio natural. Entre estas técnicas cabe distinguir las que son específicas para el niño y las que sirven para entrenar y formar a padres y educadores. En términos más precisos, tal como lo argumentan Bornas y Servera, 1996, esta intervención se apoya en los fundamentos del análisis conductual aplicado y la teoría del aprendizaje social.

#### *1.3.2.2.1. INTERVENCIONES COGNITIVO-CONDUCTUALES PARA EL TRATAMIENTO DEL T.D.A.H.*

Estos tratamientos surgen del interés por integrar los beneficios de las técnicas operantes y de los planteamientos cognitivos, uniendo el refuerzo positivo y la extinción al modelamiento y la autoinstrucción, entre otras técnicas. Actualmente, bajo el término de técnicas cognitivo-conductuales se engloba a más de 200 técnicas de tratamiento tal como argumentan Kazdin y Johnson, 1994.

La aplicación de las técnicas cognitivo-conductuales a niños con TDAH se focaliza en cinco dominios:

1. la conducta desobediente en casa y en la escuela
2. el desarrollo de las habilidades socio-cognitivas
3. mejora del autocontrol
4. mejora de las habilidades sociales
5. mejora en la relación familiar y escolar

Las estrategias de intervención se dirigen al niño o adolescente y a los adultos que conviven con él, principalmente padres y/o profesores. Los tratamientos en los que participan los padres de forma activa giran en torno a los principios generales del aprendizaje social, poniendo especial atención en las conductas disruptivas del niño y en los procedimientos encaminados a controlar dichas conductas y fomentar la aparición de conductas más adaptativas.

Las intervenciones desarrolladas en el ámbito escolar se basan, como en el caso de padres, en procedimientos de control de contingencias, en las que se combina la economía de fichas, el coste de respuesta, los contratos de contingencias y el tiempo fuera.

Las técnicas terapéuticas utilizadas están encaminadas a reducir tanto los déficits cognitivos y atencionales –toma de decisiones entre alternativas, toma de perspectiva social, amplitud de estrategias de solución de problemas, percepción de emociones, etc.– como los déficits conductuales –movimientos fuera de tarea, ira incontinida, desobediencia, comportamientos sociales negativos, etc.

#### 1.3.2.2.2. DESCRIPCIÓN ESPECÍFICA DE LA INTERVENCIÓN MULTIMODAL DESDE EL MODELO COGNITIVO- CONDUCTUAL:

Cabe hacer énfasis en el tratamiento multimodal como parte del área de las terapias del comportamiento (cognitivo – conductual); por lo que en términos generales bajo el intento de resumir las diferentes estrategias y otro tipo de metodologías propias de la intervención, se referencian las técnicas utilizadas en dicho modelo, las cuales se describe con detenimiento ya que fue uno de los más implementados a lo largo de la investigación, a partir del análisis y adaptación de los más apropiados para las condiciones específicas de la población; en este caso, los modelos seleccionados fueron los planteados por Douglas, 1985; Barkley, 1991; Swanson, 1992; Kirby, 1992; Pelma, 1996; Harvey Parker, 1994; y Hinshaw 1996. donde se establecen los siguientes procedimientos:

- ENTRENAMIENTO A PADRES. (Taylor, 1998; Barkley, 1998.)
- INTERVENCIÓN ESCOLAR (Pelma, 1996; Swanson, 1992)
- INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA APLICADA AL NIÑO. (Pelma, 1996; Hinshaw 1996)

##### 1.3.2.2.2.1. ENTRENAMIENTO A PADRES

Es una intervención dirigida a que los padres aprendan a manejar la conducta de su hijo utilizando técnicas básicamente de manejo de contingencias que son las que han demostrado su eficacia en el tratamiento del TDAH (Barkley 1998, Taylor 1998- 1999). El manejo de contingencias incluye el uso del refuerzo positivo, la



extinción, uso del tiempo fuera, economía de fichas y coste de respuesta. Esta intervención puede aplicarse individualmente o grupalmente.

La aplicación grupal ofrece ventajas tales como: menor coste, ayuda a los padres a relativizar/ubicar los problemas de su hijo al contrastarlos con los de otras familias, los padres se ayudan mutuamente y comparten las dificultades.

Barkley (1998) ha elaborado un programa de entrenamiento a padres que es el que se ha aplicado en el presente estudio. Este incluye sesiones donde se trata de cómo abordar el negativismo desafiante, cómo poner atención en las conductas positivas del niño, en el tiempo especial, como favorecer la obediencia, como incrementar el juego independiente, como aplicar sistemas de economía de fichas ya que se describe que con los niños con TDAH el elogio no es suficiente, el uso del tiempo fuera, retirada de privilegios, coste de respuesta (se ha demostrado su eficacia para favorecer la conducta adecuada en niños con el trastorno), el manejo de la conducta del niño en lugares públicos, estrategias para anticipar los problemas y prevenirlos, y estrategias para mejorar la ejecución escolar en casa desde donde se supervisa un registro escolar diario.

Así mismo señala la importancia de un análisis de las consecuencias positivas, negativas y las contingencias ante conductas apropiadas y conductas perturbadoras. Los autores enfatizan en la necesidad de una comunicación eficaz entre padres e hijos (contacto ocular, evitar exceso de ordenes, realizar los comentarios de forma positiva “Manténte sentado en el carrito de la compra y al final podremos comprar el dulce”). Sugieren sistemas de economía de fichas ante conductas correctas en preescolares y escolares mientras que en adolescentes serían mas adecuadas las contingencias pactadas. Es importante establecer refuerzos sociales y no abusar del refuerzo material. Así mismo, destacan la utilización del tiempo fuera, el coste de respuesta aplicados lo más inmediatamente posible a la conducta. Señalan la necesidad de integrar al niño en este proceso terapéutico.

Existen ciertas limitaciones en las intervenciones terapéuticas con los padres: son más eficaces cuando existe un nivel intelectual alto y un buen seguimiento de instrucciones. Cuando la conducta del niño está muy alterada no es adecuado empezar con esta estrategia porque la gravedad de la conducta dificultaría la aplicación de las técnicas por parte de los padres y finalmente cabe destacar que estas estrategias no mejoran la capacidad de atención del niño y tampoco actúan directamente en el ambiente escolar.

#### 1.3.2.2.2. INTERVENCIÓN ESCOLAR:

El abordaje escolar se incluye en el tratamiento del TDAH por distintos motivos, por ejemplo, porque el perfil neuropsicológico de los niños con TDAH muestra que ante una tarea, tienen un patrón de actuación desorganizado, impulsivo e ineficaz, dificultades de atención y motivación, dificultades para mantener el esfuerzo mental ante tareas más repetitivas y monótonas que interfieren en su ejecución.

Este perfil implica que su rendimiento escolar se ve afectado a pesar de que su inteligencia sea normal, alta o superior.

Otro motivo es que el comportamiento del niño con TDAH en el aula también interfiere en su rendimiento y en el grupo clase, por tanto, es importante que los profesores tengan estrategias para manejar el comportamiento de estos niños y más teniendo en cuenta la alta prevalencia del trastorno en población escolar conduce a encontrar en el aula de uno a tres niños con TDAH por año escolar.

Barkley, 1998, asegura que la prevalencia de fracaso escolar entre la población con TDAH también es significativamente alta, el bajo rendimiento escolar afecta al 40% de los estudiantes con TDAH que forman parte de programas de educación especial, los problemas de comportamiento llegan a provocar hasta un 15% de expulsiones en estos niños, sin olvidar que algunos de ellos presentan al menos un trastorno de aprendizaje en cálculo, lectura o trastorno de la expresión escrita. La intervención a padres beneficia a la familia pero raramente ayuda a mejorar el rendimiento académico o el funcionamiento escolar del niño con TDAH, es por esa razón que se requiere de programas específicamente diseñados para aplicar en la escuela. Los estudiantes con TDAH necesitan mayor estructura y organización de las clases, mayor supervisión, más fragmentación de las tareas, más consecuencias positivas para mantener su conducta así como más consecuencias negativas y requieren de distintas acomodaciones.

#### EN QUE CONSISTE ESTA INTERVENCIÓN:

Estos son programas en los que se interviene directamente con el niño y con los profesores directamente a través de:

- Entrenamiento del profesor.
- Promoción de la motivación del niño hacia el programa
- Control ambiental y planificación de tareas
- Aplicación de procedimientos de manejo de contingencias seleccionadas (Economía de fichas, registros diarios y coste de respuestas)
- Entrenamiento cognitivo
- Mantenimiento y generalización

Se toma como referencia, el estudio sobre tratamiento multimodal (MTA) e intervención escolar, basada en los programas intensivos de Pelham (1996) y Swanson (1992). El programa de Pelham se inicia durante vacaciones escolares, los niños con TDAH del estudio se desplazan a diario a un curso de verano, durante 8 semanas, 5 días a la semana y 9 horas diarias. Trabajan 3 horas diarias de asignaturas académicas; 1 hora de lenguaje, matemáticas u otras asignaturas, 1 hora de informática, 1 hora de clase de arte, trabajan habilidades sociales (utilizando modelaje, role-playing, seguimiento de instrucciones, y técnicas de comunicación) en unidades de 10 minutos diarios (probablemente para asegurarse un buen nivel atencional). Introducen la figura de "amigo íntimo" que les es asignado para que compartan más actividades extraacadémicas. Se trabajan técnicas de resolución de problemas (identificación del problema, lluvia de ideas y contratos escritos). Se les entrena en habilidades deportivas con el objetivo de incrementar su sensación de eficacia y su autoestima, y deportes individuales

como la natación e.t.c.. El horario se reparte entre estas actividades pero lo que es más importante, es que de forma permanente se aplican métodos de manejo de contingencias (como consecuencia negativa más severa se aplica tiempo fuera durante 20 minutos). Cada niño tiene su tarjeta donde tiene descritas unas conductas objetivo a alcanzar y el educador señala en cada una de las actividades si ha alcanzado los objetivos, al final de la jornada los puntos acumulados son intercambiables por reforzadores. Este trabajo se realiza en grupos de 12 niños conducidos por 5 terapeutas entrenados en el conocimiento del TDAH y en modificación de conducta. El programa se aplica a niños de 5 a 15 años de edad. Los padres deben contactar a los terapeutas a diario y asistir a grupos quincenales o mensuales para que aprendan a instaurar las mismas técnicas en casa. Se realiza un programa de mantenimiento quincenal de septiembre a junio para facilitar el mantenimiento y la generalización. Inclusive pueden darse intervenciones directamente en el domicilio. Todo este programa mantiene su continuidad cuando el niño inicia el nuevo curso escolar aplicando el programa. En este programa (Swanson, 1992), se trabaja directamente con los profesores con los siguientes propósitos:

1. Ayudarles a prestar mayor atención a la conducta positiva del niño
2. Enseñarles como estructurar los deberes y el curso de la clase para facilitar el seguimiento por parte de los niños que presentan TDAH.
3. Entrenamiento en el manejo de contingencias, en el uso de reforzadores y en el manejo de la economía de fichas.

Este entrenamiento implica de entre 10-16 sesiones con el profesor y muchos contactos telefónicos. También se incluye un entrenamiento directo con el niño dentro del aula que lo realiza un estudiante de postgrado entrenado específicamente en TDAH y modificación de conducta, utilizando la técnica de modelaje para que el profesor la pueda replicar posteriormente. Se interviene alrededor de 60 días escolares a tiempo parcial. Se aplica todo el repertorio de manejo de contingencias.

Taylor en la guía que emite en 1998 en cuanto a la intervención escolar en la etapa de preescolar y escolar propone:

- A. Adaptar la estructura de la clase y las tareas que se solicitan al niño por ejemplo: intercalar breves períodos de lectura con el ejercicio físico.
- B. Identificar las situaciones problema y los problemas de comportamiento, y registrar los progresos del niño.
- C. Analizar las consecuencias positivas y negativas así como las contingencias apropiadas a utilizar ante los problemas de comportamiento.

Destaca que habitualmente se dan más interacciones negativas y coercitivas que positivas, entre profesor y niño; es importante aumentar las interacciones positivas aumentando las habilidades de los profesores (dando mayor atención a la obediencia, utilizando una comunicación positiva al dar órdenes). Usar economía de fichas con el objetivo de reforzar comportamientos apropiados ante situaciones específicas. Este sistema puede ser utilizado en todos los ambientes; casa, escuela, consulta y otras actividades. Aconseja que como método más severo de castigo se utilice el tiempo-fuera cuando no funcionan otras consecuencias

negativas, pero se debe estar seguro que este tiempo fuera del aula, no actuará como refuerzo positivo en el niño. Finalmente Taylor concluye que el niño debe participar en todo este proceso terapéutico como un miembro activo.

#### 1.3.2.2.3. INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA APLICADA AL NIÑO:

Es más que obvio, hacer referencia a la intervención psicológica aplicada al niño, puesto que es este, quién presenta el trastorno; sin embargo, resulta necesario describir la forma de tratamiento requerida para el logro de resultados favorables. En este sentido, la intervención para el niño, se basa en el uso de procedimientos conductuales, de autocontrol de la rabia y autoinstruccionales de acuerdo con los parámetros definidos por Douglas, 1985; Barkley, 1991; Pelma, 1996; y Hinshaw 1996. En primera medida se deben focalizar las dificultades que presentan los niños con T.D.A.H, respecto al control de la conducta y de las emociones, ya que para conseguir un control de la conducta básicamente debe existir un control externo de la misma, en la medida que éste es el proceso natural de adquisición del control de uno mismo. Los niños pequeños controlan su conducta por las consecuencias ambientales (educativas) que se derivan y a medida que crecen, este control externo pasa a ser interno. El niño se autocontrola porque le aporta mayores beneficios en cuanto a adaptación familiar, social o académica. Las motivaciones internas y la planificación (el lenguaje interno o las autoinstrucciones son las que facilitan esta planificación) para conseguir sus objetivos son las que le permiten el autocontrol por ejemplo al repetirse: “voy a estudiar para ganar el año”. No es posible esperar autocontrol si no existe inicialmente un control externo de la conducta. Por ello todos los tratamientos del TDAH incluyen manejo de contingencias para facilitar el control externo de la conducta, para que el niño viva las ventajas de este control (recibir aprobación social, incremento de la sensación de autoeficacia y aumento de la autoestima ) y se motive para ejercerlo de forma autónoma.

##### 1. ***Intervención desde los Procedimientos conductuales:***

Cualquier programa de contingencias que se aplique, debe hacer participe al niño mediante registros donde se definan las conductas objetivo a lograr (el niño puede llevar la supervisión de las mismas) y los pactos o contratos terapéuticos donde se concretan que consecuencias tendrá el cumplimiento de las conductas objetivo. Es importante que el niño conozca que consecuencias negativas se aplicarán en el caso de no-cumplimiento o no-obediencia.

##### 2. ***Intervención desde los Procedimientos de autocontrol de las emociones:***

Los niños con TDAH tienen dificultades en el control de la conducta y de las emociones. El objetivo principal de este tratamiento en general es el entrenamiento del autocontrol de la rabia (Hinshaw, 1996), aunque también debiera de entrenarse en la tolerancia a la frustración, incluyendo el manejo de la tristeza. La emoción que mayor prejuicio les crea es la rabia y de hecho en general es la emoción que más frecuentemente subyace en trastornos como el negativismo desafiante y de conducta disocial. Hinshaw (1996) en el manejo de la rabia propone:

1. Entrenar al niño para reconocer las señales internas y externas que desencadenan la rabia
2. Desarrollar estrategias cognitivas y comportamentales para su manejo, y
3. Entrenar al niño para registrar que situaciones reales con los compañeros le generan rabia para analizar que actuaciones puede tener.

Como técnicas cognitivo-conductuales del control de la rabia generalmente se utiliza la relajación y la técnica de la tortuga propuesta por Schneider y Robin (1973) además de la técnica de resolución de problemas.

### **3. Intervención desde los Procedimientos autoinstruccionales:**

Otro objetivo es potenciar el uso de procedimientos autoinstruccionales para que dediquen tiempo a “parar y pensar” antes de actuar, en un intento de incrementar su autocontrol. Es importante tener en cuenta que, tal como refiere Sam Goldstein (1998), “las personas con TDAH saben lo que tienen que hacer pero no siempre hacen lo que saben debido a su inhabilidad en parar y pensar antes de responder, independientemente del lugar y la tarea”. Los procedimientos autoinstruccionales y de resolución de problemas aplicados de forma aislada no han demostrado su eficacia en ensayos controlados, sobretodo por el problema de generalización que presentan (aunque este problema lo presentan todos los componentes del tratamiento), pero aún no se han encontrado tratamientos cognitivos alternativos que mejoren la memoria de trabajo o el procesamiento del lenguaje. Tal como Taylor anota en su guía (1998) la experiencia sugiere que las técnicas autoinstruccionales pueden ser de ayuda en los sujetos con TDAH y muy probablemente algún tipo de trabajo coordinado con padres y maestros que facilite la generalización de dichos procedimientos en otros entornos facilite la generalización.

Los procedimientos autoinstruccionales pretenden incrementar el autocontrol de los impulsos, entrenar en la solución de problemas haciendo un análisis de situaciones adecuado (tanto ante tareas escolares, como sociales o familiares), y aumentar la autorregulación interiorizando pautas de actuación que puedan servir en cualquier circunstancia. Estos procedimientos parten de cómo se desarrolla el lenguaje interno en los niños (Vigotsky, 1962 y Lúria, 1961) y cómo este lenguaje interno pasa a regular la conducta. En los niños con TDAH se observa que cuando tienen que ejecutar una tarea sus verbalizaciones son irrelevantes para la tarea que ejecutan y les distrae de su propia ejecución, de ahí que sea tan importante modificar esta actuación a favor de que realicen verbalizaciones apropiadas que les ayuden. También se observa que no interiorizan reglas que les puedan ser de ayuda en nuevas situaciones.

Kendall (1988), elaboró un programa de 16 sesiones donde se utiliza la resolución de problemas ante tareas académicas, de juego (como las damas) sopas de letras, series y situaciones sociales. Utiliza el modelaje y un sistema de contingencias. Los pasos que el niño debe seguir para resolver las tareas son:

1. Planteamiento de la tarea; ¿Cuál es el problema? O ¿Qué debo hacer?.

2. Estrategias a utilizar: mira todas las posibilidades (de actuación), ventajas e inconvenientes de cada posibilidad.
3. Concentrate
4. Escoge una respuesta
5. Comprueba tu respuesta.

Los procedimientos autoinstruccionales solo deberían aplicarse en los niños cuya edad y coeficiente intelectual les permita un razonamiento cognitivo mínimo. Taylor (1998) aconseja que se apliquen a partir de los 7 años, también se observa mayor progreso si el niño está motivado para mejorar los síntomas de inatención e impulsividad. En la situación de aprendizaje es importante reforzar la atención y los comportamientos reflexivos. También es importante enseñar este procedimiento a padres y maestros para que ayuden al niño en la aplicación de las autoinstrucciones (Taylor, 1998).

Existen diversos modelos de aplicación para la intervención en niños con T.D.A.H, sin embargo, todos guardan los mismos principios, de allí que dentro de los seleccionados para el presente estudio se haya optado por un modelo que resume los postulados y modelos más reconocidos durante las últimas décadas y que son contemplados a través de la guía de estudio y tratamiento planteado por Kirby 1992<sup>3</sup>; en el que se incluyen 8 pasos a saber:

1. Selección de tareas
2. Modelamiento Cognoscitivo (Seis etapas)
3. Dirección externa manifiesta
4. Auto dirección manifiesta
5. Modelamiento de la auto dirección manifiesta desvanecida
6. Práctica del niño de la auto dirección manifiesta desvanecida
7. Modelamiento de autoinstrucciones no manifiestas
8. Práctica del niño de autoinstrucciones no manifiestas.

Los pasos a los cuales se hace referencia, requieren de monitoreo permanente adicional a la formación del niño en autovigilancia como una extensión de este tratamiento.

El entrenamiento en autoinstrucciones verbales pasa por las siguientes fases:

- 1.- Un modelo adulto que ejecuta una determinada tarea dándose las instrucciones en voz alta (modelado cognitivo). Las verbalizaciones se refieren a elementos importantes para desempeñar la tarea, como la definición del problema, la planificación de una estrategia general de ejecución, la focalización de la atención en las pautas que guían la ejecución, darse autoreforzos y autoevaluarse a fin de corregir los errores cometidos en voz alta.
- 2.- El niño realiza la misma tarea bajo la dirección de las instrucciones del modelo (guía externa).
- 3.- El niño ejecuta la tarea dándose instrucciones en voz alta.
- 4.- El niño realiza el trabajo susurrando las instrucciones.

---

<sup>3</sup> Edward A. Kirby, Trastorno por déficit de Atención . Estudio y Tratamiento. Editorial Limusa, S.A. Mexico D.F. Pag 83- 125. 1992.

5.- El niño trabaja guiándose por su [lenguaje](#) interno.

6.- Es importante que el terapeuta cometa deliberadamente errores, para luego exponer en voz alta cuales serán los procedimientos que seguirá a fin de corregirlos. Así mismo llegará un momento en que el [terapeuta](#) y el niño se den alternativamente uno al otro las instrucciones explícitas para la ejecución de la tarea.

7.- Las habilidades y estrategias que el niño aprende en el entrenamiento se deben poner en práctica en el juego, casa y escuela, la generalización de estrategias fuera de las sesiones terapéuticas se favorece implicando a los padres del niño y a su profesor como co-terapeutas, para que actúen como modelos a imitar.

Se debe considerar que poco a poco los reforzadores materiales como dulces o figuras, deben ser sustituidos por reforzadores sociales como alabanzas sociales o autoalabanzas, de esta forma se autoreforza contingentemente a la [emisión](#) de las autoverbalizaciones.

Meichembaun (1977; véase en Kirby y Grimley, 1992) sugiere lo siguiente en el manejo de niños difíciles para el [tratamiento](#) con Autoinstrucciones verbales:

- El [terapeuta](#) debe ser entusiasta y sensible al niño.

- El [tratamiento](#) debe [comenzar](#) con juegos o actividades interesantes, no con tareas académicas.

- No se debe permitir que el niño se de autoinstrucciones de [manera mecánica](#) sin [comprender](#) el [verdadero](#) significado de estos.

Una de las formas de [frenar](#) las respuestas impulsivas a [medida](#) que se trabaja en la [enseñanza](#) de autoinstrucciones verbales al niño, se basan en la utilización de instrucciones escritas con ilustraciones caricaturescas impresas en cuatro tarjetas de recordatorio con la orden de “detenerse, escuchar, mirar y pensar” antes de contestar, las cuales estaban sobre la mesa frente al niño, quien tenía que leerlas en forma autodirigida: “miraré, pensaré antes de contestar”. Estos [auxiliares](#) de entrenamiento visual contribuyen en [reducir](#) las respuestas rápidas, poco pensadas e impulsivas del niño, y mejoran su desempeño en tareas de atención.

Por otro lado Kirby y Grimley (1992) consideran que la técnica de costo de respuestas puede ser utilizada en el entrenamiento cognitivo, esta cumple una [función](#) de retroalimentación [cuando](#) al [momento](#) de retirarle las fichas se le comunica al niño la [conducta](#) que realizó en ese momento.

Al final de las sesiones terapéuticas se estimula al niño que utilice las autoinstrucciones en clase y en casa, pudiendo [obtener](#) una ficha extra si en la próxima sesión describe como las ha utilizado. Más [adelante](#) como una forma de [valorar](#) y [reflexionar](#) sobre su propia ejecución, el niño se evalúa a sí mismo en una escala que va del 1 al 5, la cual es mostrada en un [cartel](#) por el [terapeuta](#) y que indican que su ejecución en la tarea fue: nada bien, regular, bueno, muy bueno o excelente, si coincide la calificación del niño con la del terapeuta, aquel obtiene una ficha extra.

#### **4. Intervención desde la Vigilancia Cognoscitiva:**

Es un [procedimiento eficaz](#) en niños con [déficit](#) de atención, permite trabajar la conciencia de [atención](#) del niño. Con este [método](#) se le [enseña](#) al niño a responder al [sonido](#) de una campana que es emitida a intervalos regulares de tiempo. El [sonido](#) de la campana es para recordarle al niño que es necesario que razone a fin de resolver bien la tarea. El niño trabaja en una tarea asignada hasta que suena la campana, entonces anotará en una hoja de respuestas si estaba o no [atento](#) a la tarea al escuchar el sonido. Una vez que el niño aumenta la conciencia de la atención se prolonga el [intervalo](#) de tiempo lo que implica un [periodo](#) más largo de [atención](#) sostenida sin la función recordatoria que cumple el sonido de la campana (Kirby y Grimley, 1992).

### ***5. Intervención desde los Procedimientos para la Información del niño sobre el trastorno:***

Todo tratamiento debe incluir un proceso de formación e información sin los cuales resultarían inconclusos y poco eficaces muchos de los esfuerzos adelantados para la mejoría de síntomas; dentro de estos no solo de debe brindar información al padre y los docentes, sino además al niño; ya que este es el principal actor, es quien debe conocer lo que le sucede, puesto que él mismo sufre las consecuencias de su trastorno y a menudo hace atribuciones erróneas como que “él es malo” (cuando son pequeños), o que “toda la culpa de lo que le sucede es de los demás”. El conocimiento de su propio trastorno le ayuda a comprenderse, a afrontarlo y a cooperar en el tratamiento. Cuando es pequeño se les explica sobre las dificultades que experimentan en la capacidad de atención, y del control del comportamiento, así como exceso de movimiento que muchos niños identifican y refieren (no poder estar quietos o ser demasiado nerviosos) con el fin de lograr comprometerlos en la ejecución de ciertos ejercicios sencillos y convertirlos en niños autoconcientes y comprometidos con su propio tratamiento. En esta medida, se deben de brindar opciones prácticas para que los niños y adolescentes que presentan el trastorno inicien un proceso de autodescubrimiento de las implicaciones que trae consigo el trastorno con el objetivo único de transformar los factores de riesgo por experiencias positivas y de autorrealización, acordes al ciclo vital en el cual se encuentre. Dichos medios, los constituyen una serie de textos, manuales y guías de autoestudio y autoevaluación<sup>4</sup> pertinentes para una óptima adaptación en los diferentes contextos en los cuales interactúan.

### ***6. Intervención desde los Solución de problemas interpersonales y Desarrollo de Habilidades sociales:***

La [mayoría](#) de las investigaciones señalan que niños con [déficit](#) de atención e [hiperactividad](#) carecen de estrategias para salir airoosamente de situaciones conflictivas con sus compañeros, son rechazados por ellos y llegan a ser impopulares. El estatus de rechazo está determinado fundamentalmente por las escasas habilidades sociales y de comunicación, es muy posible que un niño con [déficit](#) de [atención](#) e [hiperactividad](#) no pida [permiso](#) para unirse a un juego, y [cuando](#) lo consigue no respeta las reglas establecidas.

---

<sup>4</sup> Patricia O. Quinn. Como Ponerle los Frenos. Guía para jóvenes para comprender el trastorno de Hiperactividad por déficit de atención. New York, 1996.



Las características desarrolladas en diferentes grados por algunos niños con TDAH como la obstinación, el negativismo, el [carácter](#) dominante, el abuso hacia otros, su labilidad emocional aumentada, la baja [tolerancia](#) a la [frustración](#) y sus explosiones de ira, complican aún más su [ajuste social](#) e interpersonal (Kirby y Grimley, 1992). Es muy posible que las deficiencias atencionales impidan la correcta [comprensión](#) de señales o indicadores claves para el buen desarrollo de las interacciones sociales y el conocimiento de reglas que regulan esas interacciones, estos niños saben como deberían actuar en una determinada situación, sin embargo son impulsivos, y esto dificulta las relaciones con sus compañeros.

En general se observa que el niño con TDAH no hace uso de buenas habilidades sociales, se muestra intrusivo, dominante, imprudente, puede tener una comunicación verbal de carácter agresivo, le es difícil escuchar, hace demandas en momentos poco apropiados, este tipo de conductas le generan problemas de relación social e incluso el rechazo de compañeros y adultos especialmente si son niños hiperactivos-impulsivos. Por todo ello, en general se incluye el entrenamiento en habilidades sociales para mejorar sus estrategias de comunicación y para sensibilizarle respecto a los errores que puede cometer.

Por otra parte, los niños con TDAH deben ser capaces de generar de [manera](#) rápida una variedad de alternativas, considerando sus respectivas consecuencias y seleccionando entre ellas una que tenga probabilidades de superar los obstáculos, de tal [manera](#) que pueda [continuar](#) en la consecución del objetivo. Las personas con TDAH encuentran estos obstáculos mucho más difíciles de superar, y no se toman [tiempo](#) para pensar en opciones que les puedan [ayudar](#) a tener éxito en la consecución de los mismos. Las deficiencias en las habilidades sociales suelen ser el [motivo](#) más común por el que los niños acuden al especialista (Kirby y Grimley, 1992). Aparentemente algunos niños con el cuadro TDAH pueden mostrarse soberbios y agresivos. Para Miranda, Roselló y Soriano (1998) el niño con [déficit](#) de [atención](#) e hiperactividad manifiesta un síndrome de desmoralización, que se caracteriza por sentimientos de impotencia y minusvalorización en [relación](#) con su rendimiento y competencia social, lo cual es retroalimentado por las múltiples dificultades que afrontan a diario. Estas frustraciones y castigos están en su mayor parte autodirigidas y no sólo a su falta de atención, por lo que es lógico que su percepción [personal](#) este afectada negativamente, aunque algunos niños intenten [compensar](#) y [conservar](#) su autoimagen.

Kirby y Grimley (1992) trabajaron el [programa](#) de entrenamiento en la solución cognoscitiva de problemas interpersonales (SCPI) que busca [entrenar](#) a niños en la [solución](#) de problemas hipotéticos de [índole](#) social. De este modo, al retomar el tema de la selección de modelos y técnicas, resulta práctico hacer mención de forma específica de la guía de Kirby<sup>5</sup> que resume la enseñanza de Habilidades de solución cognoscitiva de problemas interpersonales(SCPI), la cual dirige su intervención en 3 áreas de habilidad cognoscitiva requeridas para un buen

---

<sup>5</sup> Ibidem,

autocontrol(Autovigilancia, auto evaluación, auto recompensa) y las cuales se reflejan en el desarrollo organizado de 5 pasos a saber:

1. Identificación del niño de la Sensibilidad a Problemas
2. Enseñanza de Razonamiento alternativo
3. Formación en pensamiento por medios o fines
4. Identificación y formación en Razonamiento de consecuencias
5. Formación en pensamiento causal.

Es necesario aclarar estos 5 pasos en su conjunto integran la llamada Comprensión Social, y el desarrollo paulatino de cada una de ellas, bajo acompañamiento del niño de forma constante permite obtener resultados exitosos, los cuales pueden ser medidos por medio de la prueba de solución de problemas por medios y fines (Means- Ends Problem Solving Test, MEPS(Shure y Spivack, 1972)).

Las siguientes, son las habilidades que integran la comprensión social:

- Sensibilidad a problemas. El niño en el curso de los intercambios sociales, debe percatarse que pueden surgir problemas y ser capaz de reconocerlos.
- Razonamiento alternativo. Es la capacidad de generar diferentes soluciones u opciones al [enfrentar](#) un problema, y crear una serie de posibilidades para resolverlas.
- Pensamiento por medios y fines. Es la [habilidad](#) para [concebir](#) una [estrategia](#) o procedimientos a [través](#) de una serie de pasos.
- Razonamiento de consecuencias. Es la [habilidad](#) de [pensar](#) en las posibles consecuencias de las estrategias elegidas con respecto a sí mismo y a otros.
- Pensamiento causal. Es la capacidad que refleja cierta [conciencia](#) de que la [conducta](#) de la gente es ordenada, predecible, y obedece a motivaciones personales y sociales.

Al [iniciar](#) las sesiones se debe establecer reglas que estipulen que no se aceptan soluciones inmaduras y poco realistas, pudiéndose [emplear](#) el costo de respuestas para disminuir dichas contestaciones, y a [través](#) de un dialogo entre el niño y el [terapeuta](#) se analiza como piensa el niño, y se le guía en la solución de problemas sociales que pueden ser propuestos por el propio niño.

Es importante [enseñar](#) a los niños a reconocer y [manejar](#) emociones. Muy aparte de las prácticas simuladas y los problemas hipotéticos, en la práctica real suele ser difícil para el niño [aplicar](#) lo aprendido, sobre todo en situaciones que requieren una respuesta [social](#) adecuada rápida, fracasan y reaccionan con ira y sentimientos de tristeza. Por esta razón se debe entrenar al niño en el uso de algunas técnicas de [autocontrol](#) y relajación. Un claro [ejemplo](#) lo constituye la [técnica](#) de la tortuga, diseñado por Schneider y Robin (1976) como un método para [enseñar autocontrol](#) en niños. Implica las siguientes fases:

- Se [enseña](#) al niño a responder a la palabra clave `tortuga` de la siguiente manera: cerrando los ojos y pegando los brazos al [cuerpo](#) se le narra un cuento, cuya idea [central](#) consiste en que una tortuga experta le dice a otra [tortuga](#) que

tenía muchas dificultades, la forma como podría resolver dichos problemas, que consistía en encerrarse en su caparazón cada vez que se encontrase amargo o colérico.

- Posteriormente se pasa a discutir con el niño alternativas disponibles en la solución de problemas determinados.
- Se generaliza la aplicación de la técnica a otros ambientes.

Otra forma de manejar emociones e impulsos consiste en la enseñanza de palabras que el niño deberá memorizar, tales como SILENCIO, CALMA, FÁCIL, DESPACIO, SUAVE, las que se presentarán escritas en cartones de colores, el niño deberá respirar profundamente y decirlas de una manera lenta y personal siempre que se observe que realiza alguna actividad sin analizarla o de manera impulsiva. Finalmente se generaliza esta técnica para tareas que se lleven a cabo en casa o en la escuela.

#### 1.3.2.2.3. INTERVENCION FARMACOLÓGICA PARA TRATAMIENTO DEL T.D.A.H.

El empleo de psicofármacos no constituye una práctica generalizada en la clínica infantil, sin embargo el TDAH es la principal excepción. Los tratamientos farmacológicos más habituales, son los fármacos estimulantes, especialmente el metilfenidato (Ritalin/Rubifen), aunque también se utilizan la dextroanfetamina (Dexedrina) y la pemolina (Cylert). En este sentido, el predominio del metilfenidato está muy relacionado con aspectos como tiempo que se tarda en observarse mejoras (se absorbe en 30 minutos), duración de las mismas (sus efectos duran cuatro o cinco horas) y control de los efectos secundarios. Precisamente el análisis de estos efectos y otras consecuencias negativas es uno de los temas que más afecta a este tipo de intervención (Moreno, 1995; Whalen, 1993).

Entre los principales efectos secundarios está la pérdida de apetito (con una afectación de retraso en el crecimiento en algunas ocasiones), insomnio, dolor de cabeza, dolor abdominal y alteraciones del estado de ánimo. Por otra parte, la exacerbación de los tics nerviosos desaconseja este tratamiento en niños que ya presentan problemas en este sentido (Taylor, 1986). En general estos efectos fisiológicos se controlan bastante bien con la reducción o ajuste de la dosis diaria, si bien existen muchas más dudas sobre los efectos a largo plazo y sobre lo que ya puede considerarse un hecho aceptado: la supresión del tratamiento provoca una reaparición de la sintomatología hiperactiva, con lo cual el pronóstico de los niños tratados no se modifica substancialmente (Barkley, 1990). Por otra parte, si bien la dosis de metilfenidato es variable y las reacciones del niño son muy individualizadas se puede considerar que oscila entre 0,30 mg/kg (se observan ya mejoras atencionales, mientras es necesario aumentar la dosis para las mejoras comportamentales). Es por ello, que los resultados obtenidos por los fármacos estimulantes son bastantes consistentes a corto plazo. Prácticamente el acuerdo es unánime en este sentido, ofreciéndose porcentajes de éxito que oscilan, según las fuentes consultadas y los trabajos revisados, entre el 60% y el 90% de los niños tratados (Safer y Krager, 1989; Whalen, 1993). Finalmente los efectos

psicológicos negativos, aunque son más difíciles de cuantificar, pueden considerarse importantes aunque sólo sea porque se aprecia una incidencia en el niño, en los padres y en los educadores sobre el nivel de esfuerzo personal requerido para afrontar y superar el problema.

En general parece claro que la medicación es más efectiva que el placebo para reducir los problemas de conducta de los niños hiperactivos (sobre todo, cuando el rango de edad se sitúa entre los 6 y 12 años), también mejora el nivel atencional en pruebas de laboratorio y disminuye la sobreactividad motora. De todos modos, los efectos sobre la conducta social o sobre las dificultades de aprendizaje y el rendimiento académico en el medio escolar son mucho menos notorios, a lo que hay que añadir, lo ya comentado, sobre los problemas de mantenimiento de los logros en ausencia de la medicación y los efectos secundarios y otras desventajas asociadas a la medicación prolongada. En definitiva, la mayoría de clínicos entienden que la utilización de psicofármacos es especialmente útil en la primera fase del tratamiento, en periodos agudizados del trastorno, o simplemente cuando no es posible otro tipo de terapia, pero normalmente necesita complementarse con una intervención cognitivoconductual (Barkley, 1990; 1997).

#### 1.3.2.2.4. PROGRAMAS DE TRATAMIENTO EN TERAPIA SISTEMICA FAMILIAR:

Problemas infantiles y de Adolescentes:

Tiene como objetivos:

- ❖ Hacer desaparecer, o por lo menos reducir, la conducta sintomática
- ❖ Mejorar la relación entre los padres utilizando el trabajo que están llevando a cabo para ayudar a su hijo en su problema.

##### *Estrategias del programa:*

1. Poner a los padres de acuerdo en:

- a. Las conductas que van a exigir al hijo
- b. Las recompensas y sanciones que se impondrán si el hijo asume o no las conductas propuestas

Dentro de este proceso se debe :

- Persuadir a los padres para que se apoyen sin quebranto, a la hora de imponer las nuevas conductas
- Utilizar el trabajo con el hijo para mejorar la relación de pareja
- Resueltos los problemas del hijo, se debe abordar los problemas de la pareja, solo si ambos lo piden.

En el caso de trabajos con adolescentes, es necesario tener en cuenta su criterio, cuando los padres tomen decisiones sobre las conductas que le van a exigir y los castigos y sanciones que le van a imponer. Se debe orientar a situar a los padres en una posición de poder con respecto del hijo.

##### *Procedimiento:*

Primera Etapa: Se resume en una buena investigación de la conducta sintomática, a partir de la cual sea posible trazar una línea base. Se necesita saber cuales son

las conductas perturbadoras y con que frecuencia se dan. Igualmente, a de evaluarse lo que la familia considera meta final del tratamiento. El paso siguiente es pedirles que elaboren cual seria el cambio mínimo, ya que este constituirá el objetivo inmediato del tratamiento.

La colaboración con la terapia se mide con dos indicadores:

- Facilidad
- Grado de Cooperación de la familia para proporcionar información.

Esta primera etapa consume al menos la entrevista inicial, más si la familia ofrece datos poco fiables en cuanto a los problemas, su frecuencia y magnitud.

Segunda Etapa: Comienza cuando se les pide que se pongan de acuerdo con respecto a:

6.El orden de prioridades: En las conductas que se han definido como problemáticas.

7. Definición de la conducta que plantearan como alternativa a la sintomatología

8. Definición de las consecuencias positivas y negativas que se derivaran de la observación o no de las nuevas conductas.

9.Establecer acuerdos de la fecha en la que se iniciara el nuevo orden y el compromiso de todos los miembros ante la constancia.

2.Definición de compromisos por parte de los padres para comprometerse y ayudarse mutuamente para hacer respetar las nuevas reglas y en ningún caso incurrir en desautorizarse uno al otro ante los hijos.

TERCERA ETAPA:

Ejecución de los acuerdos, lo que implica:

1.Empezar por cambiar una o dos conductas, para las que regirán los acuerdos sobre castigos y recompensas.

2.Poner en marcha un registro de frecuencia de las conductas indeseables

CUARTA PARTE (Optativa):

Una vez resueltos los problemas del hijo, en la mayoría de veces, queda en evidencia la necesidad de los padres, por solucionar problemáticas de pareja; por lo que resulta en ocasiones indispensable realizar terapia para ellos mismos, con el fin de lograr un mantenimiento de los cambios favorables alcanzados con la terapia familiar.

QUINTA FASE:

Corresponde a la finalización, que en general es el resumen de los logros y las habilidades de solución de problemas aprendidos. Se debe fijar con la familia, los objetivos a medio plazo, y se establece a en 6 meses, se realizara un chequeo del mantenimiento de logros adquiridos con la terapia familiar , tanto para la familia como para los padres.

Técnicas:

estas corresponden a entrenamiento en comunicación, negociación, y compromiso

para ayudarse y sostenerse mutuamente. Al igual que las técnicas Narrativas y certificados de logro, referidos por Michael White y David Epston<sup>6</sup>,

Indicaciones y Contraindicaciones del Programa:

El programa está indicado para todo tipo de trastornos de conducta, desde hiperactividad hasta enuresis, pasando por problemas como psicosis, trastorno psicósomáticos, bajo rendimiento escolar, conductas delictivas, adicciones etc.

Se contraindica cuando hay conflictos muy serios entre los padres que hagan imposible su cooperación con todo el proceso.

*Habilidades terapéuticas requeridas:*

Para llevar a delante un programa como el descrito el terapeuta debe tener las siguientes habilidades:

Ser capaz de transmitir a los padres, que confía en que se puede ayudar a su hijo. Impulsar la negociación entre los padres, promoviendo la elección de metas en las que sea más fácil conseguir acuerdos.

Dirigir la forma en que se comunican para lograr que se escuchen.

Mantenerse en un discreto segundo plano, cuando las cosas funcionan y los padres han aprendido la mecánica de la terapia, ya que de esta forma se cumple el presupuesto fundamental de los modelos sistémicos: "Convertir al cliente en agente de su propio cambio".

Instrumentos:

Escala de interacción familiar( Riskin y Frunce,1969)

Medida de Estilo afectivo (Doane, 1981)

Sistema de Interacción de comunicación defensiva y de apoyo(Alexander, 1973)

### 1.3.2.3. SITUACIONES ESCOLARES

#### 1.3.2.3.1. INTERVENCIÓN PEDAGÓGICA:

De acuerdo con el actual movimiento hacia la integración de los niños con necesidades educativas especiales que mediante las directrices de Ley , para el sector educativo; exige a los servidores públicos, vinculados al ámbito académico para que en las aulas regulares de registre la formación suficiente para desarrollar un trabajo educativo efectivo con los estudiantes con TDAH.

En este caso, los centros educativos deberán diseñar programas en los que se traten aspectos como:

a) Información general sobre TDAH

b) Formación en técnicas de modificación de conducta (técnicas para incrementar comportamientos adecuados y técnicas para disminuir comportamientos inadecuados)

c) Formación en el uso de estrategias para la organización y autodirección del comportamiento (autoinstrucciones, autoevaluación reforzada); y

d) procedimientos de manejo instruccional educativo

---

<sup>6</sup> Michael White y David Epston. Medios narrativos para fines terapéuticos. Paidós. Terapia Familiar. Barcelona, 1993

En cuatro apartados fundamentales:

- 1- Enseñanza continua y activa de las reglas de clase y hábitos de trabajo.
- 2- Modificaciones relativas a la organización del espacio físico del aula.
- 3- Cambios en los procedimientos instruccionales y en el currículum.
- 4- Pautas para motivar la utilización de estrategias de organización de las tareas y materiales escolares). En definitiva, este tipo de tratamiento va dirigido a madurar la capacidad de autocontrol, de la atención y de la impulsividad cognitivocomportamental.

Para poder llevar estos programas a cabo es muy importante ubicar a estos niños en clases no muy numerosas, o en su defecto que no concurren más de dos niños con TDAH para no desequilibrar la armonía de la clase.

La Intervención Psicoterapéutica Del T.D.A.H. Desde Las Variables Psicobiológicas Y Psicopedagógicas.

Al intentar establecer la gama tan amplia de características de las alteraciones Comportamentales, se hace necesario hablar de la existencia de una multicausalidad de factores o causas que generan una alta complejidad, a la hora de determinar muchas de las manifestaciones clínicas que comprenden los trastornos de comportamiento, de allí que sea común encontrar que al igual que otros trastornos, el T.D.A.H., afecte de forma semejante las relaciones sociales del individuo. Es por ello que, al intentar establecer algunos de los aspectos relevantes en intervenciones directamente pedagógicas, se definen "las destrezas escolares básicas como la lectura, la escritura o el calculo, como habilidades adquiridas progresivamente a lo largo de los primeros años de enseñanza escolar; las mismas que han de constituir herramientas útiles para el acceso del niño a la información importante de su cultura, información a la que será expuesto intensamente en los siguientes años de la escuela, con el propósito de transformar en conocimiento organizado gran parte de esta. Ahora bien, las destrezas , junto al lenguaje oral, son los medios básicos para la adquisición y transmisión de un conocimiento imprescindible que de lugar a entender y participar en la compleja realidad de nuestra sociedad actual"<sup>7</sup> Este hecho hace que el aprendizaje de dichas habilidades se convierta en el eje central de todos los sistemas educativos en los primeros años escolares, adicionando además, como para el caso de los niños que presenten dificultades para dominar las habilidades escolares básicas dispondrán de menores oportunidades para adquirir ese conocimiento y comprender y participar en nuestra cultura y nuestra sociedad.

En consecuencia, al centrar conceptos intervinientes en el presente estudio como lo educativo y lo psicoterapéutico; hay que entender como la educación permite al ser humano alcanzar un alto grado de adaptación al entorno social en el cual se desarrolla y, por este motivo, no es simplemente una mera transmisión de conocimientos sino el intento de inculcar un estilo de vida y un modelo de sociedad, dicho así, para el caso de los niños que padecen T.D.A.H., constituye una de las principales limitantes.

---

<sup>7</sup> ibidem

Datos específicos sobre la intervención psicopedagógica:

Por lo general, el T.D.A.H. casi siempre está asociado a otros problemas de adaptabilidad, siendo así una de las características de comorbilidad del trastorno que generan problemas de aprendizaje y bajo rendimiento escolar. La escolaridad es una de las actividades que se deben programar oportunamente en niños con dificultades atencionales e hiperactividad, por lo que el profesor del aula deberá conocer el problema del niño para asumir una actitud favorable y comprensiva hacia este e integrarse así al equipo terapéutico multidisciplinario, apartándose de la función tradicional directiva e instruccional que limita el aprendizaje de los niños. Se hace necesario que el profesor de clase conozca los elementos que pudieran estar perturbando una adecuada atención en sus alumnos, así como también tener un sentido de autocrítica en cuanto a la metodología de enseñanza y las estrategias atencionales que esté empleando, los cuales contribuirán a la eficacia en el tratamiento del déficit de atención e hiperactividad.

#### 1.3.2.3.1. Estrategias pedagógicas

Los niños con TDAH no deben ser sacados del sistema educativo normal, porque esto tiene un efecto contraproducente, no se les deben de tratar como si fueran niños especiales. Por lo tanto deben seguir estudiando en un colegio habitual, o en casos particulares recibir una educación más personalizada. El profesor de clase deberá considerar que en caso de estar a cargo de niños con TDAH, deberán mantener relaciones óptimas con el alumno, integrarlo al grupo mediante dinámicas, no recriminarle su problema, ni avergonzarlo, aplicar técnicas de modificación de conducta en clase y utilizar estrategias para captar y mantener la atención.

En este sentido, dentro de las Estrategias destinadas a captar el alumno, se encuentran algunas de frecuente uso como son:

##### 1.3.2.3.1.1. Estrategia 1, para captar la Atención del Alumno:

- A. Uno de los objetivos básicos del profesor de clase es captar la atención de sus alumnos. Teniendo en cuenta que la atención es selectiva, el estudiante concentrará su atención en aquello que le parezca interesante. De ahí la conveniencia de que el profesor utilice como parte de su exposición anécdotas, curiosidades e historias interesantes, y que con frecuencia haga preguntas que obliguen a los niños a prestar atención (Gallego, 1997).
- B. Así mismo, para llamar la atención sobre la información o procedimientos, a menudo el maestro deberá utilizar láminas novedosas llenas de colorido y atractivo, plumones de diferentes colores que resalten las ideas principales del tema (Bichler, 1992). Sin embargo, un ambiente sobreestimulado contribuye también a incrementar los periodos de distracción, por lo que la clase deberá estar sencillamente decorada, ventilada, con un ambiente agradable, normas reguladoras del comportamiento y relaciones afectivas entre los alumnos y el profesor (Gallego, 1997).

##### 1.3.2.3.1.2. Estrategias 2, destinadas a mantener la atención del alumno.



Bichler (1992) considera que los alumnos prestan atención a la clase cuando comprenden que le será útil para adaptarse a su ambiente, por lo que recomienda que las clases de aritmética, ortografía, lectura, etc. se relacionen con los intereses naturales de los estudiantes, para lograr el mismo efecto, el profesor puede establecer dinámicas o juegos que dependan del mantenimiento de la atención.

1.3.2.1.3. Estrategias 3, Mantener y Generalizar el cambio alcanzado en la atención del alumno.

- Variar los estímulos, pues un ambiente estimular monótono disminuye el nivel de vigilancia, si hay cambios de estímulos o situaciones es más fácil mantener la atención.
- Crear conciencia de satisfacción hacia el rendimiento obtenido y conseguir que el alumno tenga satisfacción por atender.
- Mostrar un cierto grado de afectividad en el momento de transmitir la información.

Gallego (1997) precisa ciertos procedimientos al respecto:

- Acortar el tiempo de explicación oral y utilizar la actividad motriz de los alumnos como en ejercicios en el cuaderno o alguna actividad escrita.
- Realizar con frecuencia preguntas concretas para incrementar la participación ordenada de los alumnos.
- Proporcionar recompensas a las intervenciones positivas.
- Es útil interrumpir la transmisión de conocimientos para que los alumnos lo completen o terminen, pues cuando el alumno es más participativo, crece su nivel de atención.
- El profesor puede también entrenar a los alumnos con déficit de atención en estrategias de autocontrol, mediante el uso de registros de control de la atención que el alumno deberá llenar en cada clase y entregarla al profesor para su valoración.
- El profesor deberá estar capacitado para ayudar al niño en el desarrollo de su lenguaje interno, lo que da muy buenos resultados en niños con déficit de atención.
- Reforzar directamente las actividades académicas en niños con déficit de atención.
- El profesor deberá promover la toma de apuntes en los estudiantes durante todo el tiempo que dure su exposición.

En dicho entrenamiento los terapeutas y profesores pueden emplear tareas de memoria visual, seguimiento visual, laberintos, discriminación visual, búsqueda de semejanzas y diferencias, colorear recuadros y formar un dibujo, secuencias de números, letras, unir puntos, y demás ejercicios, los cuales dependerán también de la creatividad de quien entrena.

Al respecto, García (1997) considera que las estrategias más importantes que el niño debe desarrollar son:

1.3.2.3.1.4. *Estrategia 4: Desarrollo de atención global*, que consiste en atender lo más posible a toda la información que se le presenta mediante la exploración o el escudriñamiento de la información.

1.3.2.3.1.5. *Estrategias 5: Desarrollo de atención selectiva*, en el que se deberá seleccionar la información más relevante mediante técnicas de fragmentación o subrayado.

- Automatización de los pasos y estrategias utilizadas.

1.3.2.3.1.6. *Estrategia 6: Desarrollo de atención sostenida*, en la que se deberá utilizar técnicas de memoria, elaboración de esquemas, hablar y repetir la información en voz alta, etc.

#### 1.3.2.4. PRACTICAS DE CRIANZA

En la literatura sobre la crianza, uno de los aspectos claves para la investigación y las aplicaciones clínicas es la identificación de estilos, patrones o tipos de crianza.

La familia, se entiende como un grupo humano unido por lazos de consanguinidad o sin ellos, que reunidos en lo que se considera su hogar, se intercambia afecto, valores y se otorga mutua protección, así mismo, se constituyen como un conjunto de personas, que cohabitan bajo un mismo espacio, y en donde existe una unión e interacción afectiva entre ellos, regidas por determinadas normas jerárquicas. Estas, puede modificar o no sus prácticas de crianza en función a algunas variables (Bugental & Johnston, 2000). Por ejemplo, en un ambiente peligroso o de riesgo en el que el desarrollo del niño pudiera ocurrir, los padres enfatizarán prácticas más coercitivas; en cambio, un contexto menos peligroso llevará a los padres a prácticas probablemente diferentes (Boykin & Allen, en revisión).

Otro aspecto del ambiente que influye en la crianza son los estereotipos culturales sobre el comportamiento del padre y de la madre, de tal forma que lo que se espera de los padres llegará a ser consistente con tales estereotipos (Perris et al., 1980). Por ejemplo, Perris et al. (1980) encontraron en su estudio que las madres tendían a controlar más mediante ciertos tipos de técnicas disciplinarias, especialmente el control mediante la culpa.

En periodos de crisis, cambio o transición, los padres tienden a recurrir a personas extrafamiliares para ayudarse a explicar las conductas de los niños o para enfrentar el estrés (Bugental & Johnston, 2000). Se puede esperar, por consiguiente, que estas fuentes de ayuda (por ejemplo, amigos) pueden modificar la percepción de los padres sobre las prácticas de cuidado y disciplina en los niños.

Asumiendo que algunos o todos los aspectos de la relación marital entre los padres afecta directamente a los hijos, sobresale como un evento influyente que ocasiona crisis y desequilibrio, el divorcio, afectando notablemente las relaciones padre-niño y los estilos de crianza; y se establece que la discordia marital, tiende a predisponer principalmente a la madre, para una crianza más estricta y autoritaria.

O. Leary y su equipo (1999) identificaron tipos de patrones disciplinarios que la madre tendería a aplicar cuando intenta orientar la conducta inapropiada de sus hijos. Un primer patrón estaría caracterizado por un estilo disciplinario punitivo, acentuando el uso de gritos, castigos físicos o verbales y una mayor reactividad que la esperada. Las consecuencias que se derivan de estas prácticas producen niños con problemas de conductas disruptivas, oposicionismo y agresión. Otro estilo que hallaron es aquel caracterizado por la permisividad, la flexibilidad de los límites y la inconsistencia, siendo los padres dominados por las exigencias del niño. Este tipo de crianza se ha asociado a delincuencia, sobredependencia y conductas oposicionistas. Finalmente, se ha encontrado un estilo en el que se tiende a hablar bastante, con prolongados intercambios verbales entre los padres y los hijos aún cuando ello es inefectivo. La atención que pone el padre a la conducta inapropiada, a través de un prolongado sermón, inadvertidamente actúa como un reforzador de la conducta que trata de eliminar. Por efectos del modelado, el niño puede utilizar, posteriormente, igualmente largas explicaciones con la meta de convencer a sus padres para que remuevan el castigo.

Las prácticas de crianza, sea en intensidad, frecuencia o modo, varían demasiado, pero hay tres aspectos que se mantienen constantes (Arrindel, et al., 1999): el rechazo, la calidez emocional y la protección (excesiva). Los recuerdos de los adultos, sobre la crianza que recibieron pueden ser ubicados en estas tres líneas.

Maccoby & Martin (1983) propusieron una clasificación bidimensional de los patrones de crianza, tal como está representado en la figura .

	Centrado en el niño, aceptante, sensible	Centrado en el padre, rechazante, insensible
Demandante Controlador	Autoritativo, Recíproco Comunicación altamente bidireccional	Autoritario Dominio a través poder
Pobres intentos de control No exigente	Indulgente Muy flexible	Negligente Indiferente No involucrado afectivamente

Utilizando estos dos ejes, es decir, el eje del control y de lo afectivo-actitudinal, se pueden identificar cuatro patrones, según Maccoby y Martin (1983). Similar a lo anterior, Schludermann, & Schludermann (1988) agruparon en tres dimensiones ortogonales todos los factores involucrados en la exploración de los diferentes factores en la crianza (por ejemplo, intrusividad, aceptación, posesividad, control, coerción, inconsistencia, extrema autonomía, etc.): aceptación-rechazo, control psicológico-autonomía psicológica y control indulgente-control firme.

En general, muchos de los componentes de la crianza deben ser vistos a lo largo de un continuum, en el que los factores o variables que sean seleccionados para

su modificación mediante intervenciones psicoterapéuticas integrales, puedan ser monitoreados de forma paralela a los procesos que se llevan a cabo con los niños y niñas.

### 1.3.2.5. ADHESIÓN AL TRATAMIENTO

Todo proceso de intervención que se enmarque directamente en el consultante y la consecución de alternativas para la modificación y/o logro permanente de condiciones favorables, antes ausentes en su vida cotidiana; requiere de la inclusión de un aspecto triangular; entre la identificación y valoración del problema que le aqueja, la intervención propiamente dicha y la medición de los resultados positivos, alcanzados a partir de la implementación de las metodologías y procedimientos seleccionados por el profesional a cargo.

De acuerdo con los aportes de la revista Latino americana de Psicología<sup>8</sup>, al hablar de la adhesión del paciente al tratamiento, es indispensable, delimitar de forma específica la dinámica de las intervenciones psicoterapéuticas, ya que todo este proceso se inicia con el vínculo establecido entre dos o más personas en las que, al menos, una de ellas experimenta un malestar, dolencia, sufrimiento o infelicidad y deposita en el profesional, la confianza para que le ayude a comprender mejor lo que le sucede y, sobre todo, para aprender a superar sus conflictos o a convivir con ellos; en este orden de ideas, ese aspecto fundamental requerido para el logro de estos propósitos, implica la Adhesión de la persona al proceso, que exige directamente del profesional, un alto interés por lograr la Efectividad del tratamiento propuesto. Y es allí, realmente, en donde se requiere una cuidadosa consideración de los aspectos limitantes para la consecución de la mencionada adhesión, dado que el cumplimiento de las demandas realizadas por el profesional tratante, y el grado de compromiso por parte del paciente, con respecto a acciones como tomar un medicamento, controlar o disminuir hábitos negativos e incorporar hábitos saludables, seguir dietas bajo prescripción clínica de los expertos, entre otros, constituyen la clave de éxito para el logro de este fin.

En este sentido, hay que resaltar cuatro temas fundamentales sobre la adhesión o cumplimiento de un tratamiento cualquiera:

1. la magnitud del no cumplimiento como problema de cuidado de la salud.
2. la revisión de la forma como se define operacionalmente el cumplimiento.
3. los parámetros que afectan dicho cumplimiento
4. las estrategias para mejorar el cumplimiento en el cuidado del paciente.

1. la magnitud del no cumplimiento como problema de cuidado de la salud:

La magnitud del problema del no cumplimiento de las prescripciones medicas aclara que por lo menos una tercera parte de los pacientes en la mayor parte de los estudios no cumplen. El no cumplimiento compromete severamente el beneficio que se podría recibir del tratamiento, y que frecuentemente resulta en una utilización ineficiente del sistema del cuidado de de la salud, una proporción muy grande de los costos del cuidado de la salud probablemente se podrían

<sup>8</sup> Revista Latinoamericana de Psicología. Volumen 20, N° 1- 103-126. Año 1994.

reducir en forma significativa si se mejorara este aspecto ya que la no adhesión al tratamiento afecta la calidad del cuidado de la salud en forma directa, alterando o negando el valor de un tratamiento específico; al igual que afecta de forma indirecta, alterando la acción entre el paciente y el médico (Becker, 1986)

Cabe decir que en el área de la investigación una apreciación inadecuada de la importancia del cumplimiento puede conducir a interpretar sumamente mal los resultados de la efectividad del tratamiento implementado, por lo tanto es claro que el no cumplimiento es un problema que está en todas partes y que con frecuencia resulta en una utilización ineficiente de los servicios del cuidado de la salud y en un aumento innecesario de los gastos en esta área. Tanto el clínico como el investigador pueden concluir erróneamente que los ensayos terapéuticos no sean efectivos sino son capaces de reconocer, identificar y controlar el cumplimiento de los pacientes.

2. La revisión de la forma como se define operacionalmente el cumplimiento:

Las definiciones operacionales del cumplimiento varían mucho en diversos investigadores y generalmente reflejan las diversas conductas prescriptivas y proscriptivas que se están estudiando. En este caso, al examinar críticamente las formas de medición de cumplimiento del tratamiento, en lo que respecta a la medicación y/o seguimiento de requerimientos del terapeuta o profesional tratante, se encuentran:

A. Predicción por parte de los profesionales tratantes: es indispensable la constatación por parte de los profesionales de la salud, en lo que respecta al chequeo permanente de la información sobre el cumplimiento de sus pacientes de modo que esto sirva como un predictor del éxito del tratamiento implementado. Este es un mecanismo de gran utilidad que puede ser aprovechado al máximo en la medida que el clínico motive al paciente, para que sea este directamente quien prediga su cumplimiento esperado ( que tanto cree que puede cumplir). En esta medida, se pueden identificar los que tenían alto riesgo de ser no cumplidores y que afirman cumplir, pero que responsabilizan a terceros o a diversos factores externos, el no éxito del tratamiento.

B. Auto reporte por parte de los pacientes: esta es una forma sencilla, rápida y económica de obtener información, por medio de la cual los clínicos pueden tender a garantizar la predicción de éxito del tratamiento en la medida que evalúa el cumplimiento individual e identifica los no cumplidores. Los auto reportes deben ser incluyentes en materia de tratamientos combinados o multimodales ya que no solo se debe identificar el cumplimiento en la medicación o ejecución de planes caseros u otras formas de adhesión sino además con solitudes del profesional más específicas, como asistencia a control con otros profesionales que ejercen la atención integral, asistencia a reuniones de redes de apoyo, chequeos para exámenes de laboratorio entre otros.

C. Resultados clínicos: Es tentador considerar que la mejoría del paciente es un indicador claro de su cumplimiento. Sin embargo, un análisis más detallado puede

revelar la mejoría clínica de la prevención puede en realidad deberse a variables extrañas o a remisión espontánea de una enfermedad aguda. Mas aun en pacientes frecuentemente ensayan múltiples tratamientos ( por profesionales, como no profesionales) de modo que con frecuencia es difícil determinar si algunos de los protocolos de tratamiento fue la causa de la mejoría observada (Gordis 1976) incluso cuando se determina una relación directa entre el cumplimiento y el resultado la naturaleza de dicha relación (intervencion lineal o unidisciplinaria, bimodal o multimodal) tendría que aclararse, demandando el diseño de metodologías muy elaboradas para dicho fin.

## 2.1. La adhesión al paciente, Definición y Mediciones:

Dentro de la adhesión al tratamiento, cabe decir que un factor relevante para la validez de este tipo de mediciones es la objetividad con la que lo efectuó el clinico o investigador y los recursos tecnicos y metodológicos o instruccionales que se le brinde al paciente; por lo que se deba recurrir en lo posible a el empleo de estrategias o métodos como los siguientes:

### A. Realización de chequeos a través de instrumentos de evaluación:

Esta es una forma sencilla, practica y efectiva para evaluar el cumplimiento, ya que al chequear las practicas que utiliza el paciente, paralelo a las indicaciones o recomendaciones del profesional, se logra vislumbrar si se ha efectuado o no el plan de acción prescrito, si existe simulación o no del cumplimiento y si se ha olvidado o se ha dejado de hacer por olvido u otra situación ajena a la voluntad del paciente. Dentro de las limitaciones de este método, puede estar la no sinceridad del paciente en la resolución del instrumento o encuesta, pero por lo general, se recurre a indagar sobre este tipo de preguntas tanto al paciente como al acompañante del mismo para corroborar la información recopilada y lograr la veracidad de la información brindada.

### B. Monitoreo del medicamento:

En el caso donde los pacientes reciben tratamientos multimodales o combinados, y se requiere de un tratamiento farmacológico, es indispensable efectuar el abordaje de un monitoreo de medicación, que consiste en un monitoreo de regimenes de largo tiempo que implique la toma de píldoras su uso apropiado, dosificación y manejo de intervalos de tiempo en la ingesta y sobre todo si se ha dado un uso adecuado o si simplemente se reclama el medicamento pero no es consumidos. esta metodología tiene altas limitaciones ya que a pesar de insistir en la veracidad de la información suministrada en la mayoría de casos se encuentra un alto sesgo en la confrontación de datos aportados por el paciente y los efectos que este debería tener si se estuviera respetando la prescripción farmacológica por parte del paciente.

C. Monitoreo Toxicológicos: al evaluar el cumplimiento del paciente para tomar el medicamento aparte de el monitoreo por medio de encuestas, del medición del medicamento y de confrontación de datos con sus acompañantes o familiares existe una forma efectiva de evaluación que consiste en usar medidas directas de

los niveles del medicamento en la sangre o en la orina, cuya detección se efectúa no solo de esta manera sino además de recurso de laboratorio como son añadir al medicamento una solución que sirve como marcador para trazar su recorrido siendo un indicador más confiable y válido para quienes insisten en la objetividad a la hora de evaluar el cumplimiento o adhesión de pacientes.

3. los parámetros que afectan dicho cumplimiento:

Existen parámetros que tienen una influencia directa o indirecta sobre el cumplimiento de pacientes por lo que a continuación se hace mención de los factores más predominantes:

A. características demográficas: es uno de los factores más relevantes ya que las variables demográficas que entran en juego hacen que el tratamiento deba remitirse a poblaciones heterogéneas según la presencia de condiciones como edad, sexo, educación, nivel socioeconómico. De allí que según los datos de múltiples estudios se señala que existe por ejemplo, una relación entre la edad y el cumplimiento. Al igual se argumenta que los factores demográficos ejercen una mayor influencia sobre el acceso a los servicios de salud que sobre el cumplimiento con la terapia que ya está sobre el sistema.

Las variables demográficas, cuando se les considera dentro del contexto de una enfermedad específica, pueden también ser útiles para saber cuáles pacientes son más probables que no cumplan con el tratamiento. Puede ser que estas variables demográficas individuales tengan poco valor descriptivo o predictivo para entender el cumplimiento, sin embargo cuando se combinan con otros parámetros pueden probar ser útiles para establecer los perfiles de los pacientes de alto riesgo para enfermedades específicas, programas de selección y modalidades de tratamiento.

B. factores de tratamiento: el tipo, costo complejidad, efectos laterales y grado de cambio comportamental que se requieren en los distintos regímenes terapéuticos son solo algunos de los factores que se han estudiado en términos de adhesión al tratamiento (Davis 1987). En este caso tenemos:

- Complejidad: hace referencia a que existe una relación inversa entre la cantidad de cambio conductual requerido por el régimen terapéutico y la adhesión al tratamiento. En este caso los tratamientos que requieren la terminación de hábitos nocivos y los que requieren el desarrollo de nuevas conductas, demandando alteraciones importantes en el estilo de vida; por lo general, tienen tasas muy altas de no adhesión al igual que la implementación de terapias que requieren alta disponibilidad de tiempo o el establecimiento de una disciplina rigurosa.
- Efectos laterales: sobre todo en los tratamientos farmacológicos, constituyen un factor predisponente para la no adhesión al tratamiento lo que implica múltiples recaídas a pesar de evidenciar este como un factor determinante para el tratamiento integral y recuperación de los pacientes.
- Duración del tratamiento: cuando las terapias requieren de un tiempo extenso, a pesar que el paciente experimente cambios favorables se observa una disminución en la medida que avanza la terapia, siendo esta una generalidad

aun en casos donde los tratamientos largos son requeridos porque el paciente padece enfermedades asintomáticas como hipertensión etc.

- Costo: este es un factor que constituye un amplio debate puesto que la influencia del mismo dentro de la adhesión es ambigua con respecto a los hallazgos de los diferentes estudios, dado que los pacientes en ocasiones le atribuyen una alta credibilidad a los tratamientos de alto costo, bien sea porque buscan una mejor atención al cliente, mayor comodidad brindada por los espacios locativos, por exclusividad o rapidez en el servicio y sobre todo porque consideran que son más efectivos, aun así, la adhesión al tratamiento en estos casos dependen de la capacidad de pago, máxime si el usuario o paciente carece de condiciones económicas que le permitan acceder a los servicios de salud de carácter no gratuito o subsidiado

C. variables psicosociales: estas variables han sido divididas en cuatro secciones ya que cada una representa una categoría general de variables de investigación, que se han estudiado en relación con el cumplimiento.

1. interacción paciente – proveedor del tratamiento: esta es una condición extremadamente importante en lo que respecta al cumplimiento, por ser un sistema donde intervienen aspectos como la empatía, la convicción y nivel de seguridad que el terapeuta genere en el paciente y la credibilidad en los avances propuestos.

son importantes dos aspectos básicos en la interacción como son, el abordaje del terapeuta ante las necesidades del paciente, así como la utilización de un lenguaje claro no técnico y el cubrimiento de las expectativas del paciente; de forma tal que esto contribuya a mejorar aspectos como la exactitud con la cual el paciente puede recordar las instrucciones del profesional tratante y su deseo de cumplir con las prescripciones clínicas.

2. El tono o impacto emocional en la interacción: Es vital contar con la satisfacción del paciente ante la interacción con el profesional tratante, dado que suelen esperar de los profesionales un alto nivel de credibilidad y confianza, puesto que en la mayoría de las veces presentan dificultades para hacer mención de datos que consideran de carácter privado y que son requeridos por los profesionales para establecer diagnósticos diferenciales, o como parte de la exploración de factores de riesgo o de protección entre otras razones de peso. En esta medida, los profesionales de la salud, deben desarrollar las habilidades interpersonales necesarias para detectar, reconocer, reflejar e interpretar el contenido afectivo de las comunicaciones verbales y no verbales del paciente, donde surja empatía, confort y se establezca un ambiente de confianza con el usuario.

3. Información / Educación:

los efectos sobre la adhesión del paciente en este aspecto son variados, ya que no se ha podido demostrar con certeza una asociación clara entre la inteligencia y la educación del paciente y su cumplimiento con el tratamiento, además, no se ha establecido que el conocimiento de los pacientes acerca de su enfermedad o su comprensión de las razones y la justificación del tratamiento demuestren mejoría en el cumplimiento.



Aun así, algunos estudios han demostrado una relación positiva entre la comprensión del paciente acerca de la enfermedad y la terapia; lo que ha permitido incluir estrategias psicoeducativas, elaboración de boletines informativos y líneas de servicio al cliente para brindar mejor información e intentar mejorar el cumplimiento o adhesión de los pacientes al tratamiento.

Los resultados de estos y otras estrategias deben considerarse con precaución debido a que la percepción de los pacientes acerca de su enfermedad, en términos de la susceptibilidad percibida, la gravedad y las posibilidades de una recuperación óptima entre otros tienen importantes implicaciones para el cumplimiento; haciendo que el conocimiento formal acerca de la enfermedad pueda no relacionarse con el cumplimiento la interpretación y la evaluación subjetiva de dicho conocimiento. También el conocimiento sobre la enfermedad deja de ser algo unitario, dado que no es una dimensión fácilmente cuantificable y existen muchas discrepancias entre los investigadores y clínicos a la hora de definir dicho factor y la manera de medirlo. Por ejemplo, el conocimiento de la etiología podría ser un mal predictor del cumplimiento, mientras que la comprensión del curso de la enfermedad podría instigar al cumplimiento continuado.

Finalmente se atribuye que la importancia de la educación al paciente no se debe evaluar solamente en lo que respecta al cumplimiento, sino que es esencial educarlo para lograr un sistema de interacción en doble vía paciente - profesional tratante que valore la participación mutua.

#### D. Factores Comportamentales y Ambientales:

Dentro de la argumentación teórica al respecto, ya desde 1975 (Kasl) se afirmaba que la deficiente adhesión al tratamiento puede deberse a numerosas variables que actúan en el ambiente social del paciente. Este análisis además de estar vigente, es esencialmente consistente con el punto de vista conductual tradicional, que considera que una conducta específica (en este caso el cumplimiento), es principalmente función de eventos ambientales que la preceden (o sea los antecedentes), y que le siguen (consecuencias). Por su parte Zifferblatt, 1975, especulaba sobre el análisis cuidadoso del cumplimiento podría delinear las señales ambientales específicas (tanto internas como externas) que podrían hacer que el paciente actuara y la latencia y especificidad de las consecuencias que surgían de esa acción, así como el grado en el cual los antecedentes y las consecuencias se convertían en significativos para el paciente, al igual que su compatibilidad, o el grado en el cual estos eventos se acomodaban en la vida cotidiana del paciente.

Dentro de las técnicas comportamentales, se han planteado para su inclusión en el tratamiento y cumplimiento o adhesión del paciente al tratamiento; han demostrado ser exitosamente útiles para mejorar la adhesión a regímenes médicos complejos, por lo que se generalizó su uso y se incorporó de manera decidida el aspecto de las cogniciones del paciente, por demostrar que estas jugaban un papel importante en el cumplimiento, requiriendo la incorporación del enfoque cognitivo-conductual y las técnicas de auto-manejo, tal como lo describió Bandura, Mahoney, Thoresen y Meichenbaum.

E. El modelo de Creencia en la Salud:

En su forma original el Modelo de creencias en la Salud MCS, Health Belief Model; utilizado para explicar la conducta de prevención, contenía los siguientes elementos:

A. La disposición del individuo para emprender acciones con respecto a la salud Este estado estaba determinado tanto por la susceptibilidad percibida como por la seriedad con la que se asumía la enfermedad.

B. La evaluación subjetiva del individuo acerca de la conducta de salud que se buscaba implementar, en términos de su factibilidad, disponibilidad y eficacia.

C. Señales para la acción que son estímulos internos y/o externos; de varios factores demográficos, de personalidad, estructurales y sociales que se consideran como variables modificadoras.

Varios estudios han mostrado que la creencia del paciente en la eficacia del tratamiento se asocia con el cumplimiento o adhesión, mientras que las dudas sobre los beneficios, la seguridad o los costos financieros del régimen se correlacionan con el no cumplimiento o no adhesión. (Becker y Mainman)

Finalmente, es necesario considerar los reforzadores involucrados en la modificación de la conducta, ya que estos varían en términos de su fuente y frecuencia. Así como de los eventos reforzantes sean internos, (alcanzar un reto) o externos lograr apoyo social), inmediatos (autoelogio encubierto) o remotos (disminución de los costos en salud). los reforzadores no solo aumentan la probabilidad futura de la conducta de cumplimiento o adhesión sino que también aumentan la probabilidad que el paciente continúe respondiendo a las señales antecedentes de la acción.

4. Las estrategias para mejorar el cumplimiento en el cuidado del paciente:

Dentro de las propuestas que han surgido para abordar este tema, se han utilizado estrategia de intervención útiles en términos de resultados terapéuticos. En este sentido cabe resaltar cuatro precisiones a saber:

1. Educar al paciente: Las estrategias educativas como el dar instrucción al paciente, capacitarlo en temas relacionados con la salud, formarlos en autocuidado entre otros, son las medidas más usuales para mejorar el cumplimiento. Sin embargo, no es posible esperar que los pacientes sigan regímenes que no entienden, por lo que el clínico o investigador debe evaluar la comprensión del paciente acerca de las instrucciones del tratamiento antes de terminar la consulta y siempre que sea posible, complementar las instrucciones con un protocolo escrito o manual instructivo, que superen la simple formación e información de la enfermedad e incluyan programas educativos que se dirijan a la reestructuración cognoscitiva.

2. Adaptar el régimen o las prescripciones clínicas:

Negociar un régimen de tratamiento con el paciente se ha afirmado que mejora la adhesión, más si se adapta a la rutina diaria del paciente de forma concertada con el mismo y aprovechar los hábitos positivos ya existentes, que estimulen o recuerden al paciente para incluir gradualmente las prescripciones o solicitudes

del profesional tratante necesaria para el éxito del tratamiento, por ejemplo, realizar ejercicios cortos de fisioterapia durante la ducha, para mejorar problemas de cervicalgia; tomar la dosis de medicamento después de cepillarse, o , llenar los autoregistros de modificación de conductas después de la cena.

### 3. Implementación de técnicas cognitivo- Conductuales:

A. Señales: O los estímulos discriminativos como afiches de medicación, calendarios mapas mentales entre otros, que actúen como un estímulo para desencadenar las conductas de cumplimiento.

B. Auto monitoreo: es una de las técnicas más usadas en el control y tratamiento de las dietas; este directamente relacionado con los autoregistros, las bitácora o diarios personales de evolución.

C. Contrato de contingencias: los contratos negociados, o la firma de acuerdos terapéuticos son técnicas que han demostrado una alta utilidad en la adhesión dado que al delimitar metas definidas operacionalmente, de forma sistemática que requiere del cumplimiento de compromisos graduales, produce una relación recíprocamente activa e igualitaria entre el paciente y el profesional tratante.

### 3. Canalizar el paciente a redes de apoyo psico- social:

Dentro de la generación de alternativas, el soporte social que se le puede brindar a un paciente para una adhesión al tratamiento más duradera, consiste en que el profesional tratante o los prestadores de los servicios de salud, le puedan recomendar una serie de instituciones y redes de apoyo tanto públicas como privadas, donde exista afinidad de intereses, amplias posibilidades de filiación sin distinción de género, edad, estrato social o condición económica y estimulación o motivación para autorresponsabilizarse y ser proactivo ante el mantenimiento de condiciones favorables para un óptimo desarrollo humano y calidad de vida.

### Conclusiones sobre la Adhesión al tratamiento:

La importancia de la adhesión al tratamiento dentro del sistema actual del cuidado de la salud conduce a escudriñar en las diversas formas en las que se desarrollan los procesos de intervención terapéutica, dado que existe un vacío en la fundamentación de las metodologías de investigación, protocolos de procesos y procedimientos y formación de personal que intervienen en el área asistencial y los sectores social comunitarios debido a la existencia de bases teóricas empíricamente fundamentadas en el alto contenido cualitativo que para muchos constituye un indicador válido pero no confiable, que evidencia la necesidad de estudios prospectivos para demostrar la efectividad longitudinal de la adhesión al tratamiento y mantenimiento del cuidado de la salud adquirido mediante las intervenciones terapéuticas. Al igual, se hace evidente la importancia de manejar directamente el sistema de interacción paciente – profesional tratante, para establecer variables que agudicen la fractura existente entre la adhesión al

tratamiento y la no eficacia o pertinencia de las intervenciones planteadas para mejorar el sistema del cuidado de la salud.

### 1.3.3. CUADRO SOBRE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

1. INTERVENCIÓN MULTIMODAL
2. TRATAMIENTO
3. ADHESIÓN.

VARIABLE: INTERVENCIÓN				
D I M E N S I O N E S	1. UNIDISCIPLINAR	I N D I C E S	1.1. Valoración 1.2. Diagnostico 1.3. Tratamiento o intervencion 1.4. Seguimiento y Control	I N D I C E S
	2. MULTIDISCIPLINARIA O MULTIMODAL		2.1. Valoración 2.2. Diagnostico 2.3. Tratamiento o remision 2.4. Seguimiento y Control	

CUADRO ANEXO INTERVENCIÓN MULTIDISCIPLINARIA.

PROFESIONAL	PUEDA HACER EVALUACIONES PSICOEDUCATIVAS	PUEDA DIAGNOSTICAR	PUEDA OFRECER TRATAMIENTO PSICOLÓGICO	PUEDA MEDICAR
PSICÓLOGO	SI	SI	SI	NO
PSIQUIATRA	NO	SI	SI	SI
PEDIATRA	NO	SI	NO	SI
NEUROPEDIATRA	NO	SI	NO	SI
TRABAJOSOCIAL	SI	NO	NO	NO

VARIABLE 2: TRATAMIENTO				
D I M E N S I O N E S	3. TRA MIE N T A P S I C O L Ó G I C O	I N D I C E S	1.1. Valoración de Condiciones Psicológicas: 1.1.1. Comportamentales: Comportamientos Observables: Inatencion Impulsividad Hiperactividad	I N D I C E S
			1.1.1.2. Cognitivas Capacidad de Abstracción Atención memoria	

		<p>1.1.1.3. Afectivas/Emocional: Aspectos Emocionales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Autoestima</li> <li>• Integración de Contextos (Familiar, Escolar y social)</li> </ul> <p>1.1.2. Recursos psicosociales y ambientales.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Temperamento</li> <li>• Edad y Etapa del Desarrollo</li> <li>• Familia/ condiciones Sociodemográficas</li> <li>• Estilo y Manejo de la Conducta</li> <li>• Estrés/Factores emocionales</li> </ul> <p>1.2. Diagnostico.</p> <p>1.3. Tratamiento o intervención: Terapia cognitivo conductual.</p> <p>COGNITIVO: Auto instrucciones</p> <p>CONDUCTUAL: Modificación de Conductas</p>	<p>1.1.1.3. Afectivas o Emocionales:</p> <p>Escala de evaluación de la conducta perturbadora (EECP) Inventario de experiencias familiares (IEF) Inventario de practicas de crianza (IPS) Integración de Contextos(Familiar, Escolar y social)</p> <p>1.1.2. Recursos psicosociales y ambientales.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad y Etapa del Desarrollo</li> <li>• La Familia y sus condiciones Sociodemográficas</li> <li>• Estilo y Manejo de la Conducta</li> <li>• Estrés y Factores emocionales</li> </ul> <p>Evaluación de cada una de estas a través de: Inventario de experiencias familiares (IEF) Inventario de practicas de crianza (IPS) Cuestionario de situaciones en el hogar (CSH).</p> <p>1.2. Diagnostico. Presencia o no del trastorno y el subtipo. Factores asociados de otros trastornos: Desarrollo Lingüístico Dificultades Psicomotoras Conductas Agresivas desadaptativas Trastor.Generalizados del desarrollo en la infancia Trastorno de Aprendizaje La valoración y el Diagnostico principal y presuntivo o provisional y diagnostico diferencial de estos trastornos y/o el TDAH aplicación de escalas evaluativas, cuestionarios Checklist (DSM IV)</p> <p>1.3.Tratamiento o intervención:</p> <p>COGNITIVO: Terapia cognitivo conductual. Auto instrucciones verbales: Entrenamiento en habilidades sensorio motrices simples a habilidades complejas de <a href="#">solución</a> de problemas. Resolución Problemas Desarrollo de Autonomía del Niño</p> <p>CONDUCTUAL: Modificación de la conducta</p> <p>Refuerzo Diferencial Programas de fichas Control de estímulos –impulsos Modelado Contrato de Contingencias Auto- Regulación:</p>
--	--	--	---

		<p>1.4. Seguimiento y Control.</p> <p>De acuerdo con: Capacidad cognitiva y comportamental Desajuste Escolar y Social Estabilidad familiar</p>	<p>Auto- observación Auto- evaluación Auto-refuerzo</p> <p>Adiestramiento del niño en autocontrol, autonomía. Adiestramiento a docentes y padres de familia, sobre métodos de manejo conducta del niño. Adiestramiento del niño de destrezas sociales y escolares. Adiestramiento en Implementación de estrategias para focalización y/o regulación de la Atención, Hiperactividad e Impulsividad. Autocontrol de impulsos A través de manuales, programas de distintivos y/o programas de fichas, tarjetas de metas, y contratos de etiquetas para padres e hijos. (Modelo de Barkley). De ser necesario se efectua remisión a instituciones publicas mples de apoyo.</p> <p>1.4 Seguimiento y Control.</p> <p>Implementación de técnicas de seguimiento y evolución del consultante: Mediante aplicación de pre test y post test Registro de valoración del tratamiento. Cuestionario de Barkley para Información de Seguimiento.</p>
2. TRATA MIENT O PSICO PEDA GOGIC O.		<p>2.1.1. Valoración de Condiciones Escolares del menor: Intervención Educativa: Valoración de características del menor en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estilo Cognitivo según subtipo referido por especialista.</li> <li>• Rendimiento Académico.</li> <li>• Alteraciones del Desarrollo</li> </ul> <p>2.2. Diagnostico.</p> <p>2.3. Tratamiento o intervención 2.3.1. Formación del maestro</p>	<p>2.1.1. Valoración de Condiciones Escolares del menor: Intervención Educativa: Aplicación de escalas Evaluativas y Cuestionarios como: Escala de evaluación de la conducta perturbadora – Formulario para el informe de maestro. Cuestionario de Situaciones Escolares. Tarjetas de informe diario para la conducta escolar Tarjetas de informe diario para el recreo y el tiempo libre. Revisión de los expedientes acumulativos del estudiante, análisis de resultados de Pruebas y observación directa del menor en ele aula de clase.</p> <p>2.2 Diagnostico. Aplicación de escalas Evaluativos, checklist y Cuestionarios como: Cuestionario de Situaciones Escolares.</p> <p>2.3. Tratamiento o intervención 2.3.1. Formación del maestro: -Capacitaciones por parte del equipo multidisciplinario. - Conversatorios , grupos de estudio.</p>

		<p>2.3.2. Modificación del comportamiento Ajustes escolares</p> <p>2.4. Seguimiento y Control. Implementación de técnicas de seguimiento y evolución del niño o niña.</p>	<p>2.3.2. Modificación del comportamiento: Ajustes escolares, planes académicos y direccionamiento de clases por medio del aula de apoyo.</p> <p>2.4. Seguimiento y Control. Implementación de técnicas de seguimiento y evolución del consultante: Mediante aplicación de pre test y post test. Registro de valoración del tratamiento. Cuestionario de Barkley para Información de Seguimiento.</p>
--	--	---	---

VARIABLE: ADHESIÓN					
D I M E N S I O N E S	1. ADHESIÓN AL TTO UNA SOLA ESPECIALIDAD	I N D I C A D O R E S	1. TRATAMIENTO 2. SEGUIMIENTO 3. CONTROL	I N D I C E S	4. TRATAMIENTO 5. SEGUIMIENTO CONTROL
	3. ADHESIÓN COMPLETA DE TRATAMIENTO MULTIMODAL		<p>1. la magnitud del no cumplimiento como problema de cuidado de la salud.</p> <p>2. la revisión de la forma como se define operacionalmente el cumplimiento.</p> <p>3. los parámetros que afectan dicho cumplimiento</p> <p>4. las estrategias para mejorar el cumplimiento en el cuidado del paciente.</p>		<p>Psicoeducación sobre la enfermedad, opciones terapéuticas y las dificultades más comunes asociadas a la enfermedad.</p> <p>Diseño e implementación de Estrategias para la adhesión al tratamiento.</p> <p>Implementación de Medios para monitorizar las recaídas, severidad, y el curso de los síntomas, cambios de comportamientos necesarios y la utilización de la resolución de problemas como una alternativa.</p> <p>Manejo de estrategias cognitivo-conductuales para manejar los problemas cognitivos, emocionales, y afectivos. Por ejemplo, reducir las cogniciones y emociones disfuncionales asociadas con síntomas que llevan a un comportamiento desadaptado que interfiere o retrasa la evolución del tratamiento.</p> <p>Evaluación de mejoras significativas en las valoraciones que padres y profesores hacen del funcionamiento conductual del menor.</p> <p>Valoración de habilidades y estrategias que el niño aprende en el entrenamiento y de la puesta en práctica en el juego, casa y escuela.</p> <p>Identificación de resultados paralelos a través de la generalización de estrategias fuera de las sesiones terapéuticas a partir de vinculación de padres del niño y profesores como co-terapeutas.</p> <p>Disminución de características de desajuste</p>

				<p>social e interpersonal del menor con T.D.A.H.</p> <p>Evaluación de capacidades desarrolladas en la intervención</p> <p>Evaluación en el menor de la adquisición de habilidades sociales</p>
--	--	--	--	--

## 2.0. JUSTIFICACION

La presente investigación nace del interés personal por profundizar en aspectos prácticos (aplicados) del T.D.A.H., al igual que el nivel teórico que permite profundizar en el estudio del mismo, a la luz de lo que se ha desarrollado a nivel internacional, con los postulados más predominantes en el tema y paralelo a ello con lo que al criterio de la investigación y el equipo de trabajo, puede ajustarse a las necesidades sociodemográficas, culturales, sociofamiliares y curriculares de nuestro país, sobre todo en los estratos 1 y 2, pertenecientes al Instituto Suroriental de Boston; centro educativo en el cual se efectuó la investigación.

Así mismo, el interés particular de los profesionales invitados a participar en este proceso, estuvo centrado en el estudio de las técnicas de intervención consideradas como las más eficaces para el tratamiento de dicho trastorno, con el fin de trascender la barrera de lo mediato y poner en marcha un modelo que timidamente incursione en centros educativos de este nivel y logre generar interés en directivos, docentes y principalmente padres de familia de niños y niñas que padecen el trastorno.

Es evidente que en el campo de la psicología sobresale la importancia de los tratamientos, como un vínculo que se establece entre dos o más personas en las que, al menos, una de ellas experimenta un malestar, sufrimiento o infelicidad y deposita en otra persona la confianza para ayudarlo a comprender mejor qué le sucede y, sobre todo, para aprender a superar sus conflictos o a convivir con ellos. En los últimos años han aumentado notablemente los programas de tratamiento que surgen del interés por realizar aportes clínicos y psicoterapéuticos a las familias con donde existe algún miembro con trastornos mentales en particular. De allí, que los adelantos en los instrumentos de evaluación, la exploración de las bases de los trastornos, la delimitación de los factores protectores y de riesgo entre otros; sea el propulsor de dicho propósito.

En este sentido, los trastornos infantiles son los que concentran mayor interés dentro del campo clínico y dentro de estos, es el T.D.A.H., ya que se ha visto un aumento alarmante y multiplicidad de alternativas que en ocasiones resultan poco ajustables a las necesidades de algunos grupos poblacionales de condiciones psicosociales específicas.

Esta investigación surgió con el propósito de ofrecer a las familias, los docentes y terapeutas que se encuentran en la búsqueda de un modelo de intervención



ajustable a las necesidades de grupos poblacionales con condiciones sociodemograficas de alta vulnerabilidad economica, familiar y social; donde los recursos humanos y tecnicos entre otros, son limitados y las necesidades minimas requeridas por la poblaci3n infantil; demuestran una busqueda apremiante de soluciones para la atenci3n de estos ni1os y ni1as. Es por ello, que el estudio se dirigi3 su atenci3n en la compilaci3n de metodologías de intervenci3n y de programas de tratamiento donde se incorporan las técnicas de intervenci3n que han demostrado mayor eficacia.

El trabajo que aqu3 se presenta describe los diferentes procedimientos y técnicas de intervenci3n en el tratamiento del T.D.A.H., y presenta los resultados obtenidos en la aplicaci3n de un programa de entrenamiento para mejorar el autocontrol de los ni1os con T.D.A.H.

En este apartado se puede encontrar el dise1o del programa, la elecci3n de la muestra y los centros de colaboraci3n, la evaluaci3n inicial, la aplicaci3n del tratamiento, la evaluaci3n postratamiento, el seguimiento, la valoraci3n de los efectos del programa, la discusi3n de los datos, as3 como las conclusiones y propuestas para futuras intervenciones.

El trabajo de investigaci3n requiri3 del analisis de tecnicas que puedan ser adaptadas a las necesidades de los padres, familias y personas relacionadas con los diferentes ámbitos encargados de brindar procesos adecuados y facilitadores del desarrollo infantil en nuestra regi3n, teniendo en cuenta, claro esta, las condiciones educativas, socio econ3micas, culturales y hospitalarias por las que atraviesan actualmente los departamentos, de forma tal que permita su aplicabilidad tanto en el campo cl3nico como en el sociofamiliar y escolar en el cual esta inmerso el ni1o.

## 2.1. LOGROS ESPERADOS.

Los resultados a alcanzar por medio de la investigaci3n estuvieron dirigidos hacia la apropiaci3n social del conocimiento (Ver cuadro N°18), de modo tal que pudieran verse materializados mediante la elaboraci3n de estrategias o medios para divulgar o transferir el conocimiento generado por el proyecto a los beneficiarios potenciales y a la sociedad en general.

A largo plazo, el producto final pretende incluir tanto las acciones conjuntas entre investigadores y beneficiarios a partir de artículos o libros divulgativos, cartillas, videos, presentaci3n de ponencias en eventos, divulgaci3n por radio o medios de televisi3n local entre otros, seg3n la iniciativa y las capacidades de autogesti3n en los contextos involucrados durante o Posterior a la investigaci3n

## 3.0. METODOLOGIA :

### 3.1.TIPO DE INVESTIGACI3N:

El enfoque de investigación, es cuasiexperimental, en el cual se utilizo un diseño de un solo grupo con preprueba y posprueba; que consiste en examinar y observar un grupo de niños y niñas con diagnostico de T.D.A.H., en relación con la inatención, hiperactividad e impulsividad, las situaciones escolares, practicas de crianza y la adhesión al tratamiento ( $O_1$ ), y se le administra un tratamiento multimodal ( $x$ ), para posteriormente efectuarle una segunda observación al grupo ( $O_2$ ), con el fin de establecer las relaciones causales de que existen entre las variables.

$O_1$	$x$	$O_2$
Evaluación de Inatención Hiperactividad Impulsividad Situaciones Escolares Practicas de crianza Adhesion al Tratamiento Mediante Pretest	Intervención Multimodal	Evaluación de Inatención Hiperactividad Impulsividad Situaciones Escolares Practicas de Crianza Adhesion al Tratamiento Mediante Post test

### 3.2. DISEÑO ESTADISTICO:

El diseño de investigación es de grupo simple con pre prueba y post prueba; en población infantil perteneciente a los estratos 1 y 2, entre los 5 y 10 años de edad, que presentan trastorno deficitario de atención e hiperactividad y están vinculados al medio educativo; en este caso, al Instituto Sur oriental de Boston, Pereira (Risaralda) que brinda una amplia cobertura en el servicio educativo en el Municipio, principalmente en estratos de bajo nivel sociodemográfico.

Con respecto a la comprobación de diferencias muestrales, que se obtienen de una sola muestra, se estima el nivel de eficacia de la intervención multimodal, donde el analisis de los resultados se tomaran en bruto, a partir de la puntuación directa de la primera muestra pre test, de acuerdo con la puntuación de la segunda muestra post test, para establecer con ello los puntajes de diferencia, respecto a las situaciones escolares, distractibilidad, hiperactividad e implusividad, practicas de crianza y adhesion al tratamiento.

Los niveles de confianza o significancia es de 0,05 % para aceptar las hipótesis de investigación.

### 3.3. PARTICIPANTES

El diseño, al ser de un grupo simple con Pre test y Post test; permitio criterios de la selección de grupos focales de niños con diagnostico de T.D.A.H del Instituto Sur oriental de Boston de la Ciudad de Pereira; quienes fueron vinculados en compañía de padres y docentes con el fin de operar bajo los criterios de la

identidad cultural, sociodemográfica y de experiencias compartidas, que permitan establecer las características de un segmento representativo de la población infantil que converge en esta institución, la cual brinda una cobertura principalmente en los estratos 1 y 2, con unas cifras aproximadas de 996 alumnos pertenecientes al estrato 1 o bajo bajo y estrato 2 o bajo correspondiente a una cifra de 1.131 alumnos. El total de estudiantes activos fue de 2406, al momento de dar inicio a la investigación, distribuidos en las jornadas de mañana, tarde y noche, de los cuales la población de preescolar y básica primaria con un total de 736 alumnos, constituyeron el grupo poblacional de interés.

Dicha selección, estuvo a cargo de los docentes de aula especial y docentes de preescolar y básica primaria del Instituto, la que posteriormente fue reevaluada por un grupo interdisciplinario conformado por Psiquiatra Infantil, médico pediatra, psicólogo, trabajador social, y pedagogos, entre quienes se determinó la existencia de características como inatención, impulsividad e hiperactividad; o con predominio en una o dos de estas características propias de este trastorno. Para la selección de niños, se priorizaron alteraciones primarias que implican falta crónica de atención, y que son impulsivos y descuidados en su estilo general de solución de problemas, al igual que aquellos que adicionalmente evidencian la presencia de síntomas secundarios y subtipos del trastorno.

Se procedió además a distribuir en 2 grupos poblacionales, de los cuales el primer grupo lo conforman por aquellos niños que manifiestan sintomatología asociada a otro tipo de trastornos y que encajan más en las categorías de agresividad infantil, trastorno conductual u otros problemas específicos de aprendizaje, relacionados con un deterioro de funciones neuropsicológicas o alteraciones fisiológicas, entre otros, y el segundo grupo, lo integran los menores que presentan T.D.A.H. como síntoma primario y/o alguno de los subtipos referenciado en el DSM IV, por lo cual se acudió a los checklist del mismo DSM IV, sobre Trastorno Negativista Desafiante y Trastorno Disocial y a una exploración Médica por parte del equipo interdisciplinario.

Cabe anotar que se definió como parámetro básico la edad cronológica ya que es usual encontrar trastornos asociados con este tipo de trastorno donde se encuentran niños con una edad mental inferior a la edad cronológica según el desarrollo evolutivo propio de estos grados escolares; de allí que la muestra poblacional con la cual se dirigió la investigación fuera de 58 niños y niñas entre 5 y 10 años y sus respectivos padres de familia entre los cuales 39 fueron niños y 7 niñas y sus respectivos padres de familia, todos ellos, cumplieron los criterios del DSM IV para el T.D.A.H., distribuidos en Predominio Inatento y Distruido: 23, Predominio Hiperactivo- Impulsivo: 8 y Predominio Combinado: 16.

Al igual, se hallaron casos de niños que presentaron otros trastornos adicionales correspondientes a 11 de ellos, por lo que se canalizaron con los profesionales idóneos y se les realizó un acompañamiento psicoterapéutico, fuera del grupo de estudio exclusivo de T.D.A.H.

En concordancia con lo anterior, el presente estudio, evaluó y comparo un grupo de componentes de tipo psicosocial, emocional y, comportamental, de modo que fuera posible identificar la real eficacia en la intervención terapéutica multimodal, así como el establecer el impacto que ocasiona en la familia tener un hijo con T.D.A.H., las características de los estilos de paternidad que poseen los padres de niños con T.D.A.H., y las variables que influyen en la crianza, teniendo en cuenta la sociodemográfica y el modelo de familia presente en nuestro país y especialmente la Adhesión de padres al tratamiento terapéutico y su incidencia en la eficacia esperada.

En la investigación participaron un total de 107 personas, entre ellas niños y niñas, madres, padres y cuidadores de los menores con T.D.A.H. del I.S.B. de Pereira Risaralda; permitiendo con ello, el análisis de la historia evolutiva y clínica de los niños con T.D.A.H., la aplicación de las entrevistas semiestructuradas y la implementación de técnicas y estrategias psicopedagógicas para la intervención integral del trastorno. Dicho proceso se efectuó de acuerdo con una distribución por edad, sexo y grado de escolaridad, a saber:

PREESCOLAR O TRANSICION: Niños entre los 5 y 6 años de Edad.

- 7 Niños de Transición.

PRIMARIA: Niños y Niñas, entre los 6 y 10 años  
Aproximadamente:

- 19 niños de 1° de Primaria
- 7 niños de 2° de Primaria
- 16 niños de 3 de primaria

Para un total de 42 niños con Diagnostico de T.D.A.H.

- 5 niñas de 1° de Primaria
- 2 niñas de 2° de Primaria
- 2 niñas de 3 de primaria

Para un total de 9 niñas con Diagnostico de T.D.H.A.

Ver cuadro N° 1 de Distribución de niños(as) por año escolar y subtipo de T.D.A.H.

De acuerdo con la población referida, se realizo un filtro de la población intervenida, con el fin que para efectos de muestra, se cruzara la informacion de los niños y niñas que presentaban T.D.A.H. y no estaban recibiendo tratamiento farmacologico, ni cursaban otro tipo de trastorno, por lo que el grupo muestra, finalmente, correspondio a 35 niños y niñas, con una distribución según el subtipo de T.D.A.H., a saber:

T.D.A.H. Predominio Inatento: 20 niños y niñas (De los cuales fueron 4 son niñas)

T.D.A.H. Predominio Hiperactivo: 4 Niños

T.D.A.H. Combinado: 11 niños y niñas (De los cuales fueron 2 niñas)

Ver cuadro N° 2, Criterios de selección de Usuarios

### 3.4. USUARIOS DIRECTOS E INDIRECTOS POTENCIALES DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.

En la investigación se logra establecer como usuarios y agentes de cambio los siguientes:

- El niño: Como bien es sabido, todo niño desde el final del primer año de vida empieza a descubrir que hay un mundo más allá de su entorno inmediato, pero en el niño con T.D.A.H., a diferencia del resto, empieza a temprana edad, principalmente al inicio de su experiencia escolar, encontrando innumerables dificultades, “pues debe estar más quieto, más tiempo concentrado, más en control. Empieza a retrasarse académica y socialmente con respecto a sus compañeros. Al mismo tiempo está consciente de que algo le sucede; a medida que la diferencia en cuanto a su rendimiento se va haciendo más notoria, puede empezar a ser objeto de comparaciones, exigencias y críticas por parte de profesores y familiares, así como de burlas y exclusiones por parte de sus compañeros. Esto da inicio a un proceso autodestructivo, de baja autoestima, depresión y enojo”.

En esta medida, el fin último de esta investigación será ayudarle no sólo a alcanzar su potencial máximo en un entorno alegre y positivo, sino también a saberse el principal encargado de su desarrollo y bienestar mediante el autocontrol y otras herramientas que además de útiles le sean motivantes y fáciles de ejecutar.

- La Familia: Siempre se ha dicho que “la familia posee un doble papel como protectora y como generadora de riesgos”, y es en esta medida en la que la investigación pretende presentar una utilidad práctica, ya que se aplicará un marcado énfasis en la forma en que se educa, en que se ama, se corrige, en que se le enseña al menor a adaptarse al medio. Es un hecho, que muchas de las capacidades están alteradas, que presenta dificultades para seguir instrucciones, esperar su turno y hasta se ve expuesto a situaciones peligrosas por no prever las consecuencias. Estas entre muchas otras condiciones son un panorama cotidiano para los miembros de la familia y es apenas normal que se sientan confundidos, desorientados y agotados, es por esto, que la opción será proporcionarles estrategias útiles para convertirse en el factor de protección que el niño necesita en casa; evitando a menudo esos mensajes negativos de “haz un esfuerzo”, “ya es hora que pongas de tu parte”, a la vez que aprendan como padres a diferenciar cuando es una pataleta producto de la manipulación y cuando es un medio de comunicación para manifestar su malestar, o bien una reacción de adaptación hacia un medio caótico para él. Es por ello que la pretensión de la investigación no fue solamente brindar un manual de técnicas de cómo permitir que el niño triunfe académica, social y emocionalmente, sino, mejor aún enseñarle al padre a adaptar dichas herramientas al entorno y el mundo interno del niño, a ser un receptor de necesidades y un catalizador eficaz de emociones en forma bidireccional con este.

- Los docentes y profesionales próximos al medio escolar: Estos al igual que los padres constituyen los adultos más importantes y significativos del niño, máxime en los primeros años de vida, de allí que busquen en ellos una segunda fuente de apoyo atenta a sus necesidades y estimulante en aquellas capacidades que hasta ahora están descubriendo; les ayude a comprender aceptar y valorar sus recursos individuales. De hecho es de reconocer que no es tarea fácil, cuando dichas necesidades no son sólo de uno sino de treinta, cuarenta y hasta más niños por grupo, de acuerdo a las condiciones educativas de nuestro País; adicionalmente se presume que en la actualidad por grupo hay 2 ó 3 niños como mínimo con este trastorno. Esta no constituye por ende una condición fácil de cumplir, dado que estos niños tiene mayor dificultad para tolerar la frustración y manejar sus emociones, hacen pataletas en clase, se desaniman con facilidad si no se les proporciona inmediatamente lo que desean y presentan algún tipo de trastorno de aprendizaje asociado a este diagnóstico; es entonces cuando la investigación tiene presupuestado no sólo beneficiar a docentes y profesionales con el desarrollo de estrategias y programas que les ayude a adaptar al niño eficazmente dentro del aula y fuera de ella, sino también que les permita aprender a diferenciar e identificar los niños con T.D.A.H. de los que poseen otro tipo de trastorno, de modo que implementen adecuadamente estas herramientas metodológicas, clínicas (de valoración) psicoeducativas y pedagógicas a partir de los recursos, estilos de aprendizaje, personalidad y necesidades de enseñanza-aprendizaje que posee el niño, para aprovechar los factores psicobiológicos, familiares, sociodemográficos, económicos y culturales de los mismos. En consecuencia al identificar el ámbito educativo como el segundo medio socializador donde el niño pasa la mitad de su tiempo, los beneficios impactarán a su vez a la comunidad académica y la sociedad en general, por medio de instituciones educativas, médicas, pedagógicas, de desarrollo comunitario y entidades gubernamentales y ONG's, entre otros.

### 3.5. Selección de los sujetos

Los criterios de inclusión en la muestra de niños con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad fueron los siguientes:

1. Cumplir los criterios del DSM-IV (APA, 1995 y revisado 2007) para el diagnóstico de T.D.A.H., según el DSM-IV, que fueron los siguientes:

Seis o más síntomas de desatención

Seis o más síntomas de hiperactividad-impulsividad

2. Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o de desatención causantes de problemas pueden haber aparecido antes de los 7 años de edad (Criterio B establecido por la Asociación Americana de Psiquiatría (AAP) para el diagnóstico de T.D.A.H. del DSM-IV).

3. Algún problema relacionado con los síntomas debe producirse en dos situaciones por lo menos; por ejemplo, en casa y en la escuela (Criterio C establecido por la AAP para el diagnóstico de T.D.A.H. según el DSM-IV).

4. Debe haber pruebas claras de interferencia en la actividad social, académica o

Laboral propia del nivel de desarrollo (Cumplir el criterio D establecido por la AAP para el diagnóstico de T.D.A.H., según el DSM-IV) y la respectiva evaluación, mediante las siguientes escalas:

La tabla nº 3 recoge el número de niños evaluados y los niños que integran la muestra en la que se realiza esta investigación.

Los criterios de exclusión establecidos para no formar parte en el programa de tratamiento fueron los siguientes:

1. Tener una edad inferior a 5 años o superior a 12 años.
2. Tener antecedentes de diagnóstico de trastorno generalizado del desarrollo, Esquizofrenia u otros trastornos.

#### 4.0. DISPOSITIVOS E INSTRUMENTOS PARA RECOLECCION DE INFORMACION.

##### TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCION DE INFORMACION:

Para realizar la intervención multimodal, se debió adaptar un modelo de evaluación clínica, el cual fue diseñado para niños con posible diagnóstico en T.D.A.H, según los procedimientos básicos conocidos para este fin, sobre todo si la pretensión de la parte inicial del proceso era el de establecer un diagnóstico diferencial, un pronóstico y un diseño del plan de tratamiento consistente en ordenar los procedimientos para plantear un tratamiento psicoterapéutico que permitiera a mediano plazo la adhesión de los menores al tratamiento.

En este caso, el proceso metodológico propuesto se presentó al centro Educativo en el mes de Noviembre de 2005, lo que condujo a realizar la selección de los sujetos de Investigación para la implementación y/o ejecución del procedimiento de valoración, desde el mes de Febrero de 2006, mediante instrumentos que proporcionaron información significativa, no solo acerca de la conducta del niño y su medio circundante, sino también de las ideas, efectos emocionales y respuestas sociales características de dicho trastorno; resultando indispensable para el tratamiento del T.D.A.H., la inclusión de un método multifacético de valoración, direccionado por un equipo multidisciplinario con el fin de posibilitar una intervención integral, la cual contó con procedimientos como los siguientes:

1. Historia Clínica
2. Examen del estado Mental
3. Examen Físico
4. Evaluación Psicológica

Teniendo en cuenta que este proceso de exploración psíquica es realizado con niños, se incorporaron los conceptos de normalidad para determinar lo patológico principalmente desde los criterios de edad mental y edad cronológica, de acuerdo

con los datos aportados por el Instituto Municipal de Salud y La Secretaria Municipal de Salud. Dichas instancias, hacen parte de la Red institucional de Salud del Municipio, a las que la Institución educativa a través del aula de apoyo le remite los menores que requieren valoración en general y/o tratamiento; dado que bajo la expectativa y las necesidades de la institución educativa, la remisión y contra remisión de alumnos se efectúa para descartar directamente problemáticas en las etapas del desarrollo neuropsicológico propias de este ciclo vital y alteraciones pedagógicas individuales; lo que según, datos reportados por la docente coordinadora del aula de apoyo, colapso el funcionamiento del aula de apoyo en términos de la intervención oportuna por parte de profesores idóneos en casos donde se hallaban menores con trastornos de este tipo, dado que este centro educativo no cuenta con psicólogo ni otros profesionales de apoyo para estos casos. Cabe aclarar, que a pesar de ello las instancias municipales que prestan servicios de 2 nivel de atención en salud, solo efectúan diagnóstico mas no tratamiento debido a la alta demanda por parte de las instituciones educativas de Básica primaria y Bachillerato del municipio, y a excepción de casos de alto riesgo en salud mental identificados, solo un pequeño porcentaje de los menores atendidos reciben tratamiento en las instituciones de salud de segundo y tercer nivel como el Hospital Mental de Risaralda, entre otros.

En este orden de ideas, bajo la premisa que los síntomas no podían ser valorados como tal, si no se evaluaban bajo unos parámetros puntuales, reflejados en los cuestionarios y escalas de valoración psicológica mencionados en el apartado de las Técnicas e instrumentos de recolección de información; se optó por seguir unas directrices aportadas por el área de psicología, como fueron:

- La importancia para los niños, su familia o el grupo social de intervención.
- El significado del síntoma de acuerdo a la fase evolutiva del desarrollo
- La función dinámica, haciendo referencia a los mecanismos de defensa psicológica que los niños han movilizad para evitar la angustia generada por los síntomas asociados al T.D.A.H., y por lo tanto el significado que tiene en el equilibrio de su salud mental.
- El entorno o ambiente que rodea a los niños, el cual podía explicar algunos de los síntomas como una reacción de adaptación (reactivo).

A partir de esta forma de exploración, se buscó detectar si las conductas manifiestas asociadas al T.D.A.H, podían cumplir, bien fuera, con un papel organizador o equilibrante o por el contrario, se convirtiera en un signo de ruptura de orden patógeno; razón por la cual se debió considerar unos criterios de evaluación que iban desde el Semiológico descriptivo, lesional u orgánico, evolutivo o del desarrollo, multimodal y el Ambiental, siendo necesario con ello contar con una intervención interdisciplinaria que permitiera realizar una evaluación clínica desde las siguientes directrices:

- Diferenciar lo normal de lo patológico, según el desarrollo evolutivo.
- Establecer un diagnóstico diferencial propio de las principales características del T.D.A.H.



- Identificar y analizar el tipo de interacción de los factores psicobiológicos, terapéuticos, culturales y socio familiares de los niños con T.D.A.H.
- Enfocar las Posibilidades terapéuticas desde una perspectiva interdisciplinaria y multimodal.

#### 4.1. MATERIALES (INSTRUMENTACIÓN).

Los instrumentos fueron seleccionados de acuerdo con la metodología y las técnicas del enfoque Cognitivo conductual y terapia sistémica, siendo empleados con toda la población referida; para realizar un trabajo multimodal e integral que incorpore tanto los progresos clínicos existentes, recolectados durante el 2006 y 2008 en el I.S.B., y principalmente dar a conocer estrategias ajustadas a la realidad de las poblaciones, cuyo nivel socioeconómico y demográfico limita el estudio y tratamiento del T.D.A.H., la vinculación misma del niño en calidad de autorregulador conciente y responsable para dirigir y cambiar su propia conducta, y la influencia de los factores asociados al T.D.A.H., con la intervención no solo de profesionales en las áreas específicas, sino también de los padres y educadores. De acuerdo con los parámetros expuestos y con el fin de lograr un mayor nivel de profundidad en la recolección de la información, se define las características de cada modalidad:

1. Observación
2. Entrevista
3. Aplicación de instrumentos, según convenga a cada grupo poblacional.
4. Condensación de los datos arrojados en la exploración clínica y la historia de cada niño.

##### 4.1.1.GENERALIDADES DE LOS INSTRUMENTOS APLICADOS EN ESTE ESTUDIO.

Los procedimientos de valoración incorporados en este estudio, fueron tan variados como fue posible, dado que existe una amplia referencia de instrumentos, técnicas y métodos que posibilitan la medición de aspectos de gran relevancia para el mismo y facilitan la obtención de información sensible y significativa, no solo a cerca de padres y docentes de los niños vinculados al estudio, sino también del mismo niños su conducta, de las ideas y sentimientos que preceden y caracterizan su conducta, y otras particularidades que muchos instrumentos omitían por ser mas de carácter cualitativo.

Cabe resaltar que los procedimientos evaluativos y de seguimiento del tratamiento para el T.D.A.H., arroja datos que son empleados en: A) selección de niños y niñas aptos para el tratamiento, B) Identificar conductas clave para la intervención integral propuesta para el estudio, C) Vigilar y evaluar los efectos del mismo. Siendo necesario aclarar que no siempre se seleccionan todos los instrumentos referidos en el reporte de dispositivos y procedimientos del este informe para efectuar la estadística del estudio, ya que mucha de esta información e utiliza

principalmente en las primeras fases del proceso y mas directamente en los puntos A y B, expuestos anteriormente.

#### 4.2. DESCRIPCIÓN ESPECIFICA DE LA IMPLEMENTACIÓN DE INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN:

.Instrumentos de evaluación del T.D.A.H.:

La evaluación psicológica de niños y adolescentes tiene unas características específicas que la diferencian de la evaluación de los adultos. Evaluar a niños y adolescentes implica estudiar las características de la conducta del niño y el contexto familiar, social y escolar en el que se manifiestan.

El evaluador debe tener en cuenta dos cuestiones centrales: por una parte, conocer las pautas de desarrollo propias de cada intervalo de edad y, por otra parte, conocer el curso del desarrollo de los problemas de conducta.

El propósito de la evaluación psicológica infantil es llegar a comprender los problemas y los factores que dificultan el proceso madurativo que pueden manifestarse en el ámbito fisiológico, psicológico o sociocultural. Por tanto, la evaluación debe ser una evaluación continua que englobe tanto la evaluación formativa como la sumativa y que incluya las características específicas del niño, su estado fisiológico, sus características psicológicas, la frecuencia, la intensidad y la persistencia de sus problemas (teniendo en cuenta su edad y su nivel de desarrollo), sus circunstancias vitales, así como el contexto familiar y las circunstancias socio-ambientales que rodean a la familia.

Se debe recoger información de distintas fuentes (padres, profesores y el propio niño), en diferentes situaciones, y de diversas áreas del funcionamiento. De hecho en la investigación se procuro recabar información de la entrevista, de observación y de los los test, con el fin de simplificar los procesos de evaluación y dignostico. Es de aclarar que resultan ser frecuentes los desacuerdos o inconsistencias en uno o varios de estos procedimientos, por lo que el clinico debe ser sopesar la información e cada una de las areas y de las fuentes de información para establecer claramente el trastorno de base.

Una evaluación minuciosa y un diagnostico preciso, son la base para lograr controlar con éxito el T.D.A.H de los niños que lo padecen. Es por ello que podríamos decir, que los componentes más importantes de una evaluación profesional y exhaustiva de un niño con este trastorno son:

- La entrevista clínica con los padres y el niño.
- El examen medico o con especialista cuando sea necesario
- La aplicación de la escala de valoración del comportamiento contestada por los padres
- Una entrevista con el profesor o profesores del niño.
- La aplicación de escalas similares de valoración del comportamiento del niño contestadas por el profesor o profesores.

Cuando sea factible, es recomendable que la evaluación comprenda también algunos métodos para valorar objetivamente los síntomas del T.D.A.H., como serían los test psicológicos u observaciones directas de la conducta del niño en la escuela y/o en la clínica, mientras desarrolla actividades dirigidas. Adicional a ello, cualquier profesional, antes de diagnosticar T.D.A.H., debe acumular una gran cantidad de información sobre el niño y la familia, identificar los síntomas más predominantes del trastorno, determinar la gravedad que puede alcanzar el problema y descartar otros trastornos, así como su estado de salud y tratamiento con medicamentos previamente formulados.

De acuerdo con lo anterior, cabe comentar que las estrategias e instrumentos que se utilizaron en esta investigación para la evaluación del T.D.A.H., correspondió a diversas fuentes de información, de las cuales se seleccionaron varios instrumentos de valoración y detección, en su mayoría, los referenciados por Russell A. Barkley<sup>9</sup>, en el manual de trabajo Clínico, bajo los criterios diagnósticos tomados de la IV edición del DSM-IV TR (2001), que fueron adaptados por el mismo, con el permiso de la American Psychiatric Association.

#### 4.2.1. INSTRUMENTOS SELECCIONADOS PARA EL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN:

Los diferentes instrumentos seleccionados, se dan a conocer a continuación para delimitar de forma específica, la pertinencia de estos dentro del proceso investigativo:

- 1 Historia clínica y exploración del estado mental por parte de Psicología y por parte de Psiquiatría, para evaluar aspectos físicos y neurológicos. Contiene preguntas relacionadas con el motivo de consulta del niño y el historial médico, de desarrollo psicosocial y educativo. Además indaga sobre los principales síntomas de la mayoría de los trastornos generalizados de la infancia.
- 2 Escala de evaluación de la Conducta Perturbadora (EECP) - Formulario para el informe de Padres y Formulario para el informe de los maestros. Correspondientes a los Checklist del DSM IV TR, para diagnóstico de T.D.A.H., trastorno Disocial y Trastorno Negativista Desafiante. Contiene los síntomas del T.D.A.H., del Trastorno Disocial y el Trastorno Oposicionista desafiante, según el DSM IV. Estos Síntomas están agrupados en tres listas diferentes, con preguntas que evalúan la medida en que estos síntomas pueden haber interferido con la habilidad del niño para funcionar en diferentes áreas. Para puntuar los ítems, simplemente se cuentan el número de ítems contestados con sí, entendiendo que si se han contestado 3 o más ítems, se confirma la presencia del trastorno que se está evaluando, según lo establecido por el DSM IV.

---

<sup>9</sup> Russell A. Barkley, Attention- Déficit Hyperactivity Disorder: A Handbook and Treatment (Segunda Edición, Guilford Press, 1998. Pag 17-104).

- 3 Formulario de entrevista Sistémica para padres.  
Este formulario contiene preguntas relativas a la conducta del menor durante la Primera Infancia y niñez, topología familiar, presencia del ciclo familiar actual, dinámica familiar en la que está inmerso el niño, los roles y los límites, y recursos para afrontar las problemáticas internas y externas.
- 4 Cuestionario de Situaciones en el Hogar(CSH)  
Evalúa que tan severos son los problemas de comportamiento de los niños a través de múltiples situaciones del hogar. En el CSH, los padres evalúan los problemas de comportamiento del niño a través de 16 diferentes situaciones del hogar y públicas. Se puntúa por el número total de situaciones problemáticas, contando el número de ítems contestados con sí.
- 5 Inventario de Experiencia Familiar (IEF) Bauermeister, Matos y Reina. 1995.  
Los resultados de las investigaciones y la experiencia clínica señalan que los padres de niños con T.D.A.H., están expuestos a un nivel de estrés considerable. Este inventario consiste en siete escalas diseñadas para evaluar como el comportamiento del niño en la escuela y el hogar afecta sentimientos de la madre hacia el hijo, la vida social de la familia, los gastos del hogar, las preocupaciones acerca del futuro del niño, las relaciones con los hermanos y las relaciones con el conyuge o el padre que vive fuera del hogar. Puede ser administrado en forma de entrevista o de autoinforme. La puntuación se determina de acuerdo a las respuestas de cada ítem las cuales tienen un valor determinado de 0, 1, 2 y 3.

A partir de este análisis, el clínico puede establecer cuales áreas de la vida familiar parecen estar más afectadas por el comportamiento del niño evaluado, así como el grado global de estrés familiar. Siendo de gran utilidad a la hora de diseñar estrategias de tratamiento para el niño y su familia. Debe interpretarse cualitativamente y cuenta con una alta confiabilidad, pero es necesario llevar a cabo otros estudios de validez que tomen en consideración las condiciones culturales y el nivel socioeconómico del niño y por ende su familia.

- 6 Inventario de Prácticas e Crianza (IPC) Bauermeister, Salas, Matos . 1995.  
Los padres de niños diagnosticados con T.D.A.H., se enfrentan con dificultades significativas para disciplinarlos correctamente. Estos niños requieren supervisión cercana, y a menudo no responden favorablemente a las estrategias tradicionales de disciplina. El IPC, es un instrumento de 37 ítems para evaluar diferentes aspectos de crianza y disciplina de los niños. Puede ser administrado en forma de entrevista o de autoinforme. La puntuación se determina de acuerdo a las respuestas de cada ítem las cuales tienen un valor determinado de 1, 2, 3 y 4. La confiabilidad es alta, pero es necesario llevar a cabo otros estudios de validez que tomen en consideración el trasfondo cultural y el nivel socioeconómico, y debe interpretarse cualitativamente. Es un instrumento totalmente valioso al momento de diseñar programas de tratamiento, especialmente los de

adiestramiento de padres.

- 7 Cuestionario de Situaciones Escolares (CSE)  
Evalúa que tan severos son los problemas de comportamiento de los niños a través de múltiples situaciones de la escuela. En el CSE, los maestros informan acerca de los problemas que los niños pueden tener en 12 situaciones escolares diferentes. La puntuación media de severidad, se puntúa en escala de 0 a 9, se determina, sumando los números circulados al lado de los ítems y luego dividiendo por el número de respuestas en sí.
- 8 Escalas de Distracción y Actividad- Impulsividad (Del inventario de Comportamiento- Escuela IDC-E; Bauermeister, 1994).  
Esta escala forma parte del inventario de Comportamiento- Escuela IDC-E; Bauermeister. La componen 9 preguntas para distractibilidad y 12 preguntas para un total de 21 preguntas sumadas permiten identificar T.D.A.H. combinado. El maestro del niño entre los 6 y 13 años, debe diligenciarlo, respondiendo si a las preguntas donde vea propensión del niño en demostrar conductas correspondientes a los ítems de distracción, actividad o impulsividad. Para puntuar las escalas, se suman los números correspondientes a las respuestas que han sido encerradas con un círculo, de acuerdo al valor, entendiendo que son contestadas con 1 para (casi nunca), u otro valor como 2, 3, 4,5, y 8 para cuando no se tiene información.
- 9 Tarjeta de Informe Diario para la Conducta Escolar y Tarjeta de Informe Diario para la Conducta el Recreo y el Tiempo Libre. Barkley, 1995-1998.  
Este instrumento ha sido diseñado para contar con una evaluación diaria del desempeño académico del niño, de forma objetiva y tipificadas en 4 o 5 ítems que verifica el logro de objetivos en áreas donde es usual encontrar un nulo o pobre desempeño de niños con T.D.A.H.; siendo solicitado al niño la ejecución adecuada de actividades en la escuela y el hogar de acuerdo con lo contemplado previamente, en el programa de entrenamiento. Este, Constituye un medio práctico para identificar conductas en el programa de tratamiento y seguimiento de resultados, que incluyen generalmente la valoración de la conducta social, ejecución académica y se efectúa una distinción por asignaturas o periodos de clase y por periodos de recreo y tiempo libre. Para la puntuación se tiene en cuenta un sistema de 5 puntos (1= Excelente, 2= Bueno, 3= Regular, 4= Pobre y 5= Muy pobre)
- 10 Lista de comprobación del medico para los padres - Barkley, 1998.  
En este cuestionario, los padres informan acerca de los problemas que el niño puede tener en con respecto al tratamiento farmacológico. Evalúa las condiciones fisiológicas observables por los padres de los niños a través de situaciones en el hogar y la escuela, representados en 8 preguntas. Es un instrumento estrictamente utilizado por el Psiquiatra, para establecer el nivel de respuesta al tratamiento farmacológico y definir los ajustes necesarios, en el proceso de intervencion multimodal, principalmente en la fase de

seguimiento y adhesión al tratamiento y seguimiento, en caso de haber requerido formulación de medicamentos.

11 Lista de Información de Seguimiento.

Evalúa de forma general, las condiciones comportamentales y los efectos secundarios observables por los padres de los niños. Es un instrumento estrictamente utilizado por el Psiquiatra, para establecer el nivel de respuesta al tratamiento farmacológico, presentando como característica principal una valoración mas de carácter cualitativo, sobre la actitud del mismo niño y de los padres y maestros de este; dentro del proceso de intervencion multimodal, principalmente en la fase de seguimiento y adhesión al tratamiento y seguimiento, en caso de haber requerido formulación de medicamentos. Se encuentra categorizado por 3 indicadores como son, Mejoro, No hay Cambio y Empeoro.

12 Escala de evaluación de efectos secundarios.

Esta escala, es un instrumento de 18 ítems para evaluar diferentes aspectos de relacionados con la conducta de los niños.

Puede ser administrado en forma de entrevista o de auto informe.

La puntuación se determina de acuerdo a las respuestas de cada ítem las cuales tienen un valor determinado de 0(ausente) a 9 (seria), la cual se puntúa de acuerdo con la elección del padre de uno de estos números. De acuerdo con la selección del nivel de gravedad que realice el padre e determina el procedimiento a seguir por parte del Psiquiatra y la remisión o contra remisión del niño a otros profesionales o redes de apoyo.

Otros Instrumentos adaptados del Manual para estudio y tratamiento del T.D.A.H., de Edward A. Kirby<sup>10</sup>, que fueron seleccionados principalmente para el abordaje de las fases de Intervencion y seguimiento del proceso psicoterapéutico, fueron las siguientes:

13 Entrevista para el niño sobre éxito y fracasos en situaciones académicas y sociales.

Este instrumento, consta de la evaluación de 2 áreas (Académica y social) en las que se le solicita al niño que establezca la respuesta más apropiada según su criterio del éxito o fracaso, por lo que se le dan 6 opciones en cada área, para que elija por opción múltiple la respuesta que considera mas adecuada.

14 Entrevista para el niño, acerca de lo que sabe y opina de poner atención y entrevista de seguimiento. (Miller y Bigi) 1979.

Esta entrevista sugiere 2 momentos para su aplicación, el primero, corresponde a la formulación de preguntas abiertas que el clinico debe hacer al niño, correspondientes a la habilidad para poner atención, Evitacion de distracciones, Respuesta a las solicitudes o llamados, atención

---

<sup>10</sup> Edward A. Kirby, Trastorno Por Déficit de Atención, Estudio y Tratamiento (pag, 45- 125). 1992,

al maestro y estrategias para eliminar distracciones. El segundo, es más estructurado y su propósito es valorar que tan concientes están los niños de la importancia de manejar las variables situacionales y/o ambientales como el ruido, la presencia de otros para poner atención.

15 Pruebas de apareamiento de figuras Semejantes para niños (Matching Familia Figures Test, MFF) Kagan, 1966.

Esta es una herramienta bastante útil de medición, por ser la principal y a menudo la única medición de impulsividad-reflexibilidad empleada. Esta es una prueba de apareamiento en la que hay que buscar lo más parecido al modelo, donde el sujeto intenta encontrar las opciones semejantes. El examinador registra tanto la latencia de la primera respuesta como el número de errores, ya que la oscilación entre los dos polos son impulsividad y reflexibilidad, siendo estas definidas de forma operacional como el compuesto de latencia y errores. Se recomienda administrar la prueba de forma interactiva, ya que con ello se consigue determinar la estrategia que emplea el niño para lograr respuestas positivas o la falta de estas. Se puede revisar de forma complementaria los trabajos de Victor, Halverson y Montague (1985) y Gjerde, Block y Block (1985).

16 Pruebas de figuras ocultas para niños (Children's Embedded Figures Test, CEFT) Karp y Konstadt, 1971.

La CEFT se describe como una medición del estilo cognoscitivo y por lo general se le relaciona con el constructo Dependencia – Independencia del campo. Requiere que el sujeto localice e forma geométrica determinada, una figura de entre un complicado sinnúmero de líneas y formas. Para rescatar la figura-estimulo seleccionado, el niño debe esforzarse por encontrarla en un tiempo definido y de forma organizada. También debe inhibir la tendencia a responder a formas que se asemejen al estímulo objetivo, pero que son incorrectas; esta prueba exige del niño una atención fija sostenida, proporcionándole al clínico una excelente medición del acto de poner atención, además de la oportunidad de observar los procesos que intervienen en él; por lo que hay que pedirle al niño que verbalice sus estrategias y frustraciones durante el desarrollo de la prueba y trate de discriminar las figuras y de acogerse al tiempo de ejecución.

#### 4.3. SEGUIMIENTO DE LA INTERVENCIÓN MULTIMODAL Y ADHESIÓN AL TRATAMIENTO.

En esta fase del proceso, cabe decir que el seguimiento constituye un aspecto crucial para encausar acciones, facilitar progresos terapéuticos y medir efectos inmediatos de forma progresiva y sistemática. Dicho proceso, requiere de la evaluación comprensiva de aspectos conductuales, psicológicos, pedagógicos, y fisiológicos, así como aspectos intervinientes en la educación de las personas que integran este tipo de estudio o intervención y los miembros de su familia o redes de apoyo vinculadas, al igual que la exploración de los factores generadores del trastorno y los métodos probados como efectivos para ayudar en su manejo.

En casos como este, donde el tratamiento es multidisciplinario, se requiere del seguimiento de la asistencia de las profesiones del área de la salud mental (Pediatras, Médicos psiquiatras, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, psicólogos, etc.) y los planteamientos y propuestas de intervención integral desde lo multimodal a lo largo de la trayectoria del estudio investigativo y del tratamiento, ya que deben ser provistos por periodos largos de monitoreo, es decir, contar con un seguimiento extenso, para obtener resultados favorables en este propósito.

Al respecto, cabe decir que dentro de la revisión bibliográfica se encuentran ampliamente ilustrados los procesos y procedimientos correspondientes a las fases de entrevista inicial, evaluación y tratamiento, donde se incluyen numerosos instrumentos para la aplicación de los procesos en mención, sin embargo, ante la multiplicidad de modelos y postulados, existe un reducido aporte en lo que respecta a las fases subsiguientes o concluyentes del proceso psicoterapéutico e investigativo relacionado con el seguimiento y la adhesión de los participantes al tratamiento; lo que limita en ocasiones la identificación de aspectos intervinientes en el éxito, eficacia y/o pertinencia de los estudios o intervenciones integrales que se realizan en grupos poblacionales tan heterogéneos. En este sentido, sobra aclarar que dicho punto de vista no excluye, los aportes de tipo metodológico y práctico de los modelos aportados por la investigación Social y los instrumentos de medición de resultados, tanto cualitativos como cuantitativos.

Aun así, en lo que respecta a los instrumentos o técnicas para realizar un seguimiento acorde a los modelos seleccionados para estudios de tipo clínico (y sobre todo en los modelos elegidos para este estudio), además de los ya conocidos pre-test y Post-test; el seguimiento, identificación y valoración de la eficacia de los tratamientos implementados y sobretodo de la evaluación objetiva de los efectos del mantenimiento y Generalización de los logros esperados, son limitados, además de poco prácticos a la hora de ser implementados; puesto que la mayoría de estos requieren de programas computarizados que cruzan información cuantitativa y algunos específicos que cruzan información cuantitativa y cualitativa a través de texto, audio y video; permitiendo una alta consistencia interna y confiabilidad en los resultados arrojados, pero que constituyen altos costos, y sobre todo una gran demanda de tiempo para los equipos de trabajo y los participantes en el tratamiento y estudio de investigación.

Es por ello, que haciendo uso de métodos y estrategias de otros estudios de alta confiabilidad en materia de la investigación del campo clínico, se han incorporado al presente estudio, mecanismos y diseños metodológicos como son sugeridos en el programa de Kendall y Braswell (1985) y el de Braswell y Bloomquist (1991), donde postula la autoevaluación del niño a través del acompañamiento constante de un equipo de expertos, como uno de los mecanismos más tangenciales para establecer el mencionado seguimiento del tratamiento implementado, ya que el niño, necesita someterse primero a una evaluación externa adecuada para poder compararse de forma objetiva, puesto que lo que se pretende, es ayudarle a tomar



conciencia del tipo de problemas que le ocasiona su conducta, mediante la autoevaluación de su propio comportamiento.

Ahora bien, para este estudio en general, se siguió el modelo propuesto por estos autores y se incluyó en el programa la autoevaluación del comportamiento del niño al final de cada sesión, siendo utilizada la valoración del comportamiento una escala de 1 y 10. ya que es usual que el niño con TDAH se muestre poco objetivo en su evaluación y estos mecanismos le prevean de una forma más apropiada para establecer si hubo mejoría o no.

Dichos instrumentos, se citan en el ítem 4.0. correspondiente a Dispositivos y materiales – Instrumentación; y mas claramente en el ítem 1.3.2.2.(Tratamiento), al igual que de la implementación de instrumentos para pre test y post test como los expuestos en numerales como: # 13 (Entrevista para el niño sobre el éxito y fracaso en situaciones académicas y sociales), # 14 (Entrevista para el niño, acerca de lo que sabe y opina de poner atención y la Entrevista anexa de Seguimiento)

De igual forma, el trabajo del terapeuta, consiste en encanar su pensamiento hacia la objetividad, y entrenar al niño a conseguir una correcta autoevaluación de su comportamiento, así como la auto evaluación de los padres o cuidadores y de los docentes, que han venido interactuando a lo largo del proceso; por lo que, se hace necesario que la autoobservación se prolongue durante toda la sesión.

Así mismo, se contemplan como recursos metodológicos e instrumentales referidos por Barkley y Kirby, para el seguimiento de docentes y padres de familia, como los expuestos en los ítems 4.0.(Dispositivos y materiales-Instrumentación); y más claramente en el ítem 1.3.2.2. de (Tratamiento), en numerales como los siguientes: # 9 (Tarjeta de informe diario para la conducta escolar y para el recreo y tiempo libre) # 10 (Lista de comprobación del médico para los padres - Barkley, 1998); #11 (Lista de informes del seguimiento modificado y adaptado para esta investigación según criterio del equipo multidisciplinario)

Finalmente, como un componente altamente prescindible para los objetivos y el propósito de este estudio, se efectuó en la fase final del mismo, la evaluación y seguimiento de la eficacia del tratamiento Cognitivo-Comportamental, que fundamenta el Programa de Modificación Cognoscitiva – Conductual(MCC), encaminado específicamente a facilitar progresos duraderos y generalizados en la conducta y los estilos de aprendizaje de los 35 niños y niñas seleccionados para el estudio. En este orden de ideas, el seguimiento referenciado por Kirby, consta de 2 momentos a saber:

- I. Retroalimentación del programa diseñado para aumentar la durabilidad y la generalización.
- II. Corroboración de generalización y eficacia del programa, mediante sesiones de refuerzo para revisar habilidades en autoinstrucciones y análisis de áreas y situaciones problemáticas.

## 5.0. PROCEDIMIENTO:

En cuanto al procesamiento e interpretación de la información, se partió de la prueba empírica; con respecto a organización y sistematización de la información, teniendo en cuenta que en la investigación no se buscaban momentos secuenciales, por ello se aprovechó la Aproximación a la realidad de los sujetos de la investigación, mediante sesiones y/o conversatorios del grupo focal para orientar los datos crudos de información en preguntas problémicas o de investigación que profundizaran en una tendencia o tema en especial.

De acuerdo con lo anterior es preciso mencionar que en el caso de la investigación, al ser el diseño una previsión o anticipación de lo que se pretendía buscar; para dicho diseño metodológico se tuvieron en cuenta factores tanto internos como externos, sin que ello generara la descontextualización de los datos, por lo tanto los procedimientos utilizados en este caso requirieron la realización de observaciones en repetidas veces; por lo que se efectuaron registros audiovisuales de los procesos desarrollados, mediante los grupos focales y otras actividades desarrolladas durante esta investigación, que se lograron constituir en la pieza clave de la misma, de igual manera, la recolección de datos, su categorización e interpretación debió ser en periodos aislados de tiempo, aunque con énfasis en una actividad y sujetos a un cronograma conjunto con los equipos de trabajo que constituían el estudio, como fueron, Grupo de docentes y equipos de apoyo de la Institución educativa Instituto Suroriental de Boston, El equipo multidisciplinario que cooperó con la investigadora, autora del presente estudio, los padres y por supuesto los niños y niñas seleccionados para el mismo. De esta forma se da a conocer un esquema simple de dicha distribución:

I.1. Grupo focal: (aproximación a la realidad de los Sujetos de estudio, en este caso el grupo de niños seleccionados)

Estos, se fueron vinculando desde el inicio de las sesiones programadas con los padres durante varias sesiones y se les programó mediante asignación de citas individuales con un horario para que asistan a la aplicación de cuestionarios antes mencionados.

2. Guía tema para el grupo de padres y docentes:

- 1) Profundización de datos: Sesiones de conversatorios dirigidos.
- 2) Recolección de información (datos crudos): Medio visual, auditivo y /o texto (cuadernillo de notas o diario de campo).
- 3) Análisis de datos de cada sesión: Retroalimentación constante entre el equipo multidisciplinario de la investigación.
- 4) Identificación de tendencias: Es decir de los temas orientadores de los conversatorios del grupo focal.
- 5) Profundización de datos: Previo al análisis y retroalimentación de los datos crudos, se efectuaba la profundización de la información, dando paso a la formulación del propósito de la investigación y de las fases correspondientes al

modelo metodológico y práctico de esta.

## II. DERROTERO DE LAS GUÍAS TEMA:

- 2 A 4 sesiones de conversatorios con los padres: Según la estructuración de la propuesta de investigación. Este parámetro se diseño bajo las indicaciones de los manuales de estudio e intervencion referidos por Russell A. Barkley<sup>11</sup>.
- 6 sesiones de profundización de datos con equipo multidisciplinario, docentes y padres.
- 4 sesiones de confrontación de datos con la familia (Para indagar sobre la eficacia de la intervencion en términos de la modificación de conductas, el entrenamiento en habilidades y la generalización de las mismas de forma perdurable).

### 5.1.ESQUEMA FORMAL DEL PROCEDIMIENTO.

#### Centros de colaboración

En la presente investigación participaron Tres centros:

- 1.Instituto Suroriental de Boston. Pereira Rda.
2. Instituto del Sistema Nervioso de Rda
- 3.Grupo PANDA. Pereira Rda.

La investigación se inició, en febrero de 2006, en el Instituto Suroriental de Boston. Pereira Rda. Para ello fue necesario la obtención de un convenio de colaboración entre el grupo interdisciplinario conformado por el Psiquiatra tratante Dr. Osvaldo Castilla Contreras y la Estudiante Tesista de Psicología Diana Milena Jaramillo H, quienes conformaron un equipo profesional multimodal en colaboración de estudiantes de la Universidad Tecnológica de Pereira (Carolina Marin y Fabio Andres Quintero S), en áreas de medicina General y Pediatría con quienes se llevo a cabo la propuesta de tesis durante el II Semestre de 2006 y se coordinaron acciones con docentes y personal de apoyo durante el año en curso.

### 5.2. FASES DESARROLLADAS EN LA INVESTIGACIÓN:

Estas constituyen uno de los pilares de mayor relevancia en este proceso investigativo; por lo cual se enuncian con sus respectivas fechas de ejecución:

- Fase 1: Preparación de población objeto investig... ( Feb - Marzo 2006)  
Fase 2: Evaluación pretratamiento .....( Abril- Agosto 2006)  
Fase 3: Tratamiento (Implementación de técnicas ..( Sept- Noviem 2006)  
seleccionadas programa de intervencion)...( Marzo - Abril 2007)  
Fase 4: Postratamiento .....(May- Junio 2007 PadresAIV)  
.....(Agost-Octu 2007 Niños AIV)  
Seguimiento ..... (Feb – Abril 2008)

### EJECUCION DEL PROCESO POR FASES:

<sup>11</sup> Russell A. Barkley, Taking Charge of ADHD. Niños Hiperactivos , Como aprender y entender sus necesidades Especiales.( Edicion en castellano, Paidos Iberica S.A. 1999.).

### **5.2.1. Fase 1: Preparación de población objeto investigación.**

#### **A. PREPARACIÓN DE LA POBLACIÓN A INTERVENIR:**

El equipo multidisciplinario participo la implementacion de procesos clinicos requeridos según las áreas profesionales de intervención, haciendo la evaluación, seguimiento y análisis; no como parte final del proceso investigativo, sino como parte de un esquema de trabajo de forma paralela y constante durante las cuatro fases enunciadas.

Esta fase inicial del proceso, correspondió al proceso informativo para los docentes, padres y personal de apoyo; el cual se realizo paralelo al proceso formativo de entrenamiento de habilidades realizado con los niños seleccionados para el estudio piloto, manteniendo así una intervencion secuencial y sistemática, tal como lo sugieren modelos como el de Russell Barkley, como parte del modelo adaptado para este estudio.

#### **B. VINCULACIÓN DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARTICIPE EN LA INVESTIGACIÓN:**

Primero se realizó una entrevista con el Rector del centro Educativo, el Instituto Suroriental de Boston (I.S.B.), a quien se le entregó el proyecto de investigación.

Posteriormente, el director fue quien se encargó de difundir la informacion a todo el equipo de Docentes y la directora del aula de apoyo, de la institución educativa. Una vez las Directivas del centro se reunieron y decidieron autorizar esta investigación, se procedió a realizar reuniones con los equipos de trabajo (Equipos de Asesoramiento Psicopedagógico) y el equipo del instituto del Sistema Nervioso, bajo el apoyo logístico a cargo de la profesional en psicología (en este caso la estudiante tesista); para efectuar la respectiva remisión de los niños susceptible de presentar síntomas de T.D.A.H. y así dar inicio a las fases siguientes del esquema.

#### **C. SELECCIÓN DE LA MUESTRA EN LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA:**

Para dicha seleccion, se procedió de la siguiente manera:

Se convoco a una reunión con el Rector de la Institución Educativa y/o profesores interesados en vincularse la investigación y el grupo de estudio y/o apoyo, con el fin de explicar en qué consistía la investigación, qué se pretendía evaluar, y socializar la metodología y el material que se iba a aplicar durante todo el proceso; con el objetivo de establecer el numero de docentes que deseaban colaborar en la identificación de niños con T.D.A.H. que pudieran beneficiarse del programa de tratamiento y mantener por parte de dichos docentes una participación activa dentro de las demás fases del proceso a implementar con los niños y sus padres. Es de aclarar que el Rector de la Institución, dejó a cada profesor, la decisión de de participar en la investigación y en los programas de entrenamiento de habilidades psicoeducativas; pero solicito a los profesores de transición y los grados primero , segundo y tercero de primaria, la realización de una reunión con el equipo Multidisciplinario encargado de la investigación, para cooperar con la selección de los niños que requirieran de valoración por parte de los profesionales.

Para la entrevista inicial se emplearon los siguientes instrumentos:

- Entrevista clínica para niños y adolescentes con T.D.A.H. (Clinical Interview form for Child and Adolescent ADHD Patients; Barkley, 1987).
- Escalas de valoración de conducta para padres y profesores.
- Listado de síntomas del T.D.A.H. para padres y profesores elaborado a partir de los criterios del DSM-IV (APA, 1995) por Barkley (1999), Amador, Forns y Martorell (2001).

#### D. DEFINICIÓN DE LAS CONDICIONES ADMINISTRATIVAS:

En este caso se definió el tipo de cooperación de la institución educativa con la investigación, para proporcionar :

- Claridad administrativa
- Espacio físico
- Disponibilidad de Materiales y equipos
- Personal de Apoyo.

El Rector de dicha institución educativa, confirmo su interés en respaldar la investigación propuesta dado el aumento tan notable de problemáticas de tipo académico y psicológico en los estudiantes en los últimos años, donde ya se hacia evidente la incidencia de T.D.A.H., mediante los reportes del Instituto municipal de Salud de los menores remitidos a esta instancia municipal; por lo tanto, se definió de forma bilateral el cumplimiento de compromisos para realizar una labor conjunta en el mejoramiento de dichas problemáticas. En este sentido, el rector manifestó que la institución estaba en la capacidad de cumplir a cabalidad con los numerales 1 y 2 (Claridad administrativa y Espacio físico), y con respecto a los dos numerales restantes definió lo siguiente:

Numeral 3. Disponibilidad de Materiales y equipos: Dadas las dificultades económicas de la institución el material y demás recursos requeridos para el desarrollo de la investigación, debería correr por parte de quien dirigiera dicho estudio; en este caso la estudiante tesista, a quien se le dio a conocer el tipo de materiales y/o recursos con los que cuenta el aula de apoyo, para el uso dentro del plantel educativo; en este caso Grabadora, televisor y materiales didácticos no en muy buen estado, pero que podían prestar un servicio de gran ayuda para las actividades grupales. Materiales como pinturas, plastilina, papelería y otros implementos no podían ser suministrados por la institución ni ser solicitados a los padres de familia que se vieran beneficiados por este Proyecto investigativo.

Numeral 4. Personal de Apoyo: Con respecto al acompañamiento de los docentes y personal vinculado a la institución, se debía contar con la aprobación directa de estos para su participación voluntaria, ya que a pesar de ser un programa que beneficia tanto a docentes como a la institución, no se tenía programada dentro de las actividades curriculares ni extracurriculares de carácter obligatorio; por lo tanto, los docentes que se vincularan podrían realizar actividades en horarios escolares, por medio de un cronograma que fuera entregado de forma previa al coordinador de área, la docente de Aula de apoyo y la rectoría, para respetar el desarrollo de las mismas sin interrupciones, ya que en ocasiones se deberían efectuar actividades con padres de familia por mencionar algunos de los aspectos requeridos por el estudio y que fueron dados a conocer con la propuesta dirigida a

esta institución. Por lo tanto, se estableció que ante la ausencia de un equipo de apoyo permanente y de un profesional en psicología que sirviera como equipo de trabajo para adelantar acciones durante el tiempo proyectado para la investigación y la intervención terapéutica en esta institución; el I.S.B., autorizo el ingreso de profesionales y equipos de trabajo a la institución y las aulas donde estuviera previsto el desarrollo de actividades, así como la disposición de horarios concertados con los docentes, según el Plan académico institucional y el manual de convivencia.

Como generalidades de los acuerdos establecidos por el equipo multidisciplinario con el rector se hizo mención de las facilidades que brindaba la institución, con respecto al aula de apoyo y la Coordinadora de la misma, ya que las adecuaciones para el desarrollo de un espacio acondicionado con una sala especialmente silenciosa para efectuar el tratamiento, no requirió cambios trascendentales. Esto favoreció, sin duda, el ambiente de confianza, confort y concentración de los niños. Al igual, la rectoría otorgo al equipo de apoyo de la institución, conformado por docentes voluntarios, la flexibilidad y autonomía en toma de decisiones relacionadas con el desarrollo del estudio, el tiempo necesario para realizar las jornadas de trabajo propuestas en las que se incluyeron capacitaciones para padres y cuidadores de los niños, grupos de estudio y conversatorios dirigidos por el equipo multimodal.

### **5.2.2. Fase 2: Evaluación pretratamiento**

Esta fase requirió un tiempo total de 5 meses (abril a Agosto), de los cuales, el mes de Abril, se utilizo para el posicionamiento de la propuesta de trabajo y se realizo una coordinación directa entre la rectoría de la institución educativa y la Psicóloga tesista para realizar las orientaciones pertinentes según los recursos presentes. En estas reuniones, se brindo la asistencia técnica a cada profesor para el manejo de los cuestionarios y el listado de síntomas de T.D.A.H., y, en el caso donde los niños seleccionados, cumplieron los criterios para el diagnóstico de T.D.A.H.; se procedió a revisar las pruebas iniciales, se evaluó la viabilidad que el niño entrase a formar parte del grupo de tratamiento y finalmente, se convoco a los padres para pedir su colaboración. Una vez que estos aceptaron participar, se les invitó a contestar los cuestionarios y para poder dar paso a las fases subsiguientes.

De este modo, transcurrido 1 mes, se procedió a efectuar dicha convocatoria la cual estuvo a cargo de la coordinadora del aula de apoyo, Docente Luz Marina Restrepo, quien informo a los padres del inicio de ejecución del procedimiento psicoterapéutico; convocándolos previamente para realizar grupos focales de carácter formativo e informativo y la implementación de entrevistas individuales, asignadas con intervalos de 1 hora por niño.

El consentimiento de los padres de los menores asistentes al I.S.B. se tramitó por medio de una charla sobre Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad,

ofrecida a los padres de los niños seleccionados, la cual estuvo a cargo del Dr. Osvaldo Castilla, Psiquiatra infantil que hizo parte de todo el proceso investigativo.

Posteriormente, la explicación del programa y de las diversas fases de la investigación, así como la obtención del consentimiento de los padres para llevar a cabo el programa, se ejecuto bajo la coordinación de la Psicóloga tesista y se procedió a ejecutar acciones encaminadas a obtener información directa de los padres y cuidadores de los niños, a través de Pre-test, con el fin de obtener datos aproximados de presencia y severidad del trastorno en el niño o niña.

En esta fase, fue posible incorporar como parte de la metodología y del proceso psicoterapéutico en si, un programa multifacético de procedimientos adecuados para evaluar e intervenir de forma progresiva a los niños vinculados en el estudio. Dicho programa, es explicado por Kirby (1992, p 19) a través de 3 pasos, los cuales fueron adaptados de la siguiente forma:

- análisis de la labor de quienes han experimentado con el entrenamiento cognoscitivo- conductual en niños con T.D.A.H.(Para verificar idoneidad, relevo generacional y auto evaluación de habilidades, destrezas y recursos tecnicos entre otros )
- Mantenimiento de correspondencia e intercambio de ideas con muchos de estos investigadores(Grupos de estudio de caso, socialización de experiencias exitosas)
- Evaluación de la propia experiencia en el rediseño, la dirección y evaluación del programa, con una temporalidad no mayor a 1 año, siendo viable efectuarla 2 veces al año, antes de salir a la temporada de vacaciones para plantear modificaciones en caso de ser requerido. Condición valida cuando se implementa en instituciones educativas o intervenciones donde el calendario académico es un factor relevante para lograr adhesión al tratamiento.

Las acciones concluyentes para el desarrollo de la fase pretratamiento, duraron tres mes y medio y conto con una distribución de actividades especificas a saber:

En el Instituto Suroriental de Boston:

Procedimiento: Intervencion los niños, los padres de familia y/o cuidadores.

1ª Reunión (con los padres): Administración de la entrevista de Barkley y los checklist para diagnostico diferencial. Al finalizar dicha entrevista, a los padres se les entregaron dos paquetes, uno para padres y otro para docentes, con los cuestionarios mencionados a continuación:

Instrumentos dirigidos a los padres y cuidadores:

- Escala de evaluación de la Conducta Perturbadora (EECP) - Formulario para el informe de Padres y Formulario para el informe de los maestros.
- Formulario de entrevista Sistémica para padres.
- Cuestionario de Situaciones en el Hogar(CSH)
- Inventario de Experiencia Familiar (IEF)
- Inventario de Practicas y de Crianza (IPC)

- Escalas de Distracción y Actividad- Impulsividad (Del inventario de Comportamiento- Escuela IDC-E; Bauermeister, 1994).

Para la recolección de los cuestionarios, se definió como fecha la segunda entrevista acordada con ellos, sin embargo, con varios padres de los niños integrantes del grupo de estudio, se presentaron dificultades para obtener los formatos diligenciados, así mismo, no todos los docentes, diligenciaron los cuestionarios, y la información tuvo que ser diligenciada por los profesionales del equipo multidisciplinario, directamente con los directores del grupo de los niños.

2ª Reunión: (con los padres). En este espacio, se realizó la recolección de la información contenida en los instrumentos mencionados en el aparte anterior. Al igual se aprovechó para la asistencia técnica e inducción de las familias y los equipos de apoyo del estudio de investigación.

3ª Reunión: (con los niños) Para este momento de la investigación, ya se incorporó el trabajo metodológico propuesto para la intervención con niños, en relación con la entrevista y evaluación de los mismos, de modo que se les administró metodologías de tipo lúdico para generar un ambiente altamente motivante.

4ª Reunión: (con los niños) En este espacio se efectuó la aplicación de instrumentos diseñados especialmente para niños, dentro de los cuales se encuentran los siguientes:

- Test de Emparejamiento de Figuras Familiares (MFFT)
- Entrevista para el niño sobre éxito y fracasos en situaciones académicas y sociales.
- Entrevista para el niño, acerca de lo que sabe y opina de poner atención y entrevista de seguimiento. (Miller y Bigi) 1979.
- Pruebas de figuras ocultas para niños (Children`s Embedded Figures Test, CEFT) Karp y Konstadt, 1971.

Se debe aclarar que el tiempo que tardó la aplicación de los instrumentos se efectuó a lo largo de los tres meses y medio, considerando además que en el caso de los instrumentos implementados con los niños, se requiriera de la concertación de horarios con los padres y docentes, para la distribución de citas en las cuales se dispusiera de los materiales y las condiciones adecuadas para resolver cada uno de estos.

La distribución de horarios según el cronograma semestral para el cumplimiento de este propósito, correspondió a sesiones de 3 horas por día, asistiendo 2 veces a la semana en horario escolar, realizando así; la atención de 1 niño cada hora y media, para lograr resolver 2 instrumentos o pruebas de las 6 que se seleccionaron en total por cada niño. (Ver Cuadro N° 4)

De acuerdo con lo anterior, es necesario mencionar que para evitar el agotamiento de los niños, se desarrolló una distribución por bloques, entendiéndose por bloque la aplicación de 2 pruebas por niño, lo que quiere decir que en total se desarrollaron 3 bloques, para lograr cubrir los 6 instrumentos que debían ser aplicados a cada



uno de ellos, de allí que para la aplicación de cada prueba fue necesario un tiempo aproximado de 40 minutos, lo que indica que en total, fueron empleadas 4 horas y media por niño, las cuales no se efectuaron en un solo día sino en días diferentes. Es decir, que por sesión se cubriera la atención de 2 niños, indicando que para cada bloque se requiriera un tiempo de 3 meses que representaron 12 semanas en las cuales se efectuó la atención de los 47 niños seleccionados para el estudio.

Cabe aclarar que debido a las implicaciones de tiempo y recurso económico que requiere este tipo de investigaciones, se debió contratar personal de apoyo quienes de forma previa recibieron capacitación técnica para la aplicación de las pruebas; de modo que fuera posible programar en el mismo espacio (el aula de apoyo) y bajo supervisión de la Psicóloga tesista, la atención de los 2 bloques restantes, contemplando así, la asistencia en el mismo horario de 3 niños cada hora y media. (Ver cuadros nº 5) Cronograma y distribución de pruebas.

5ª Reunión: (con los padres). Esta reunión correspondió al momento de socialización de los resultados de todas las pruebas administradas, en donde tanto padres como cuidadores, docentes y el grupo de apoyo, realizaron sus aportes y compartieron su punto de vista con el proceso adelantado hasta el momento. En el caso en donde sus hijos resultaron ser candidatos para entrar al programa de intervención, se les pidió el consentimiento para proseguir con la investigación. Se les explicó que duraría tres meses y que tras finalizar dicho periodo, se volverían a pasar los mismos cuestionarios para valorar la eficacia de la intervención.

Procedimiento: Intervención con Docentes, grupos de apoyo y/o directivas de la Institución.

1ª Reunión: (con los directores y/ o profesores) En este espacio se les explicó la investigación y el desarrollo efectuado en sus distintas fases. A aquellos profesores que confirmaron su participación, se les hizo entrega de los cuestionarios correspondientes:

Instrumentos dirigidos a los Docentes:

- Escala de evaluación de la Conducta Perturbadora (EECP) - Formulario para el informe de maestros.
- Cuestionario de Situaciones Escolares (CSE)
- Tarjeta de Informe Diario para la Conducta Escolar y Tarjeta de Informe Diario para la Conducta el Recreo y el Tiempo Libre. Barkley, 1995-1998.

2ª Reunión: Con los directores y/o profesores (I.S.B.). Se mostraron los resultados obtenidos en los cuestionarios que tanto ellos como los padres diligenciaron y se acordó con los profesores la manera de concertar una reunión con los padres cuyos hijos hubieran puntuado alto en los problemas indicativos de falta de atención, hiperactividad y/o impulsividad.

3ª Reunión: (Con los padres). Se realizó una reunión de tipo informativo de lo que implica el tipo de proceso que precedía las fases siguientes, así como de la aplicación del tratamiento cognitivo-conductual a los niños con TDAH. Se les mostró así mismo, el calendario de trabajo y se les pidió confirmar si estaban dispuestos a participar en él. Todos los padres aceptaron la oportunidad propuesta de recibir un tratamiento gratuito y monitoreado de forma multidisciplinaria para sus hijos.

4ª Reunión: Con los padres. Se llevó a cabo la capacitación del primer módulo: Como convertirse en un padre que sabe dirigir con éxito. De Russell A. Barkley.

5ª Reunión: Con los niños. Se efectuó valoración de desempeño grupal.

6ª Reunión: Con los niños. Se desarrollaron actividades de aplicación de prueba individual.

7ª Reunión: Con los padres. En esta reunión se amplió la información correspondiente a la implementación de tarjetas de informe diario para conducta escolar y tarjeta de informe diario para el recreo y tiempo libre. Recordándoles lo aportado en la capacitación de ingreso de datos de síntomas actuales, incluido como parte del pre test.

El calendario en la fase de pretratamiento se anexa en el cuadro nº 6

### **5.2.3. Fase 3: Tratamiento (Implementación de técnicas seleccionadas para el Programa de intervención.**

El tiempo que se requirió para esta fase correspondió a Septiembre - Noviembre 2006 y Marzo - Abril de 2007, durante el cual se abordaron diferentes procedimientos que se explican a continuación.

A. Condiciones requeridas para la Intervención:

Lugar de realización: Se gestionó el aula de Apoyo y/o Educación Especial para llevar a cabo las sesiones de tratamiento.

Horario de las sesiones: En el Centro Educativo I.S.B., se distribuyeron jornadas de carácter interno, en las cuales se brindó capacitación en el tema a cargo de la psicóloga tesista, lo que permitió posteriormente establecer un cronograma de trabajo paralelo al calendario escolar por parte del equipo docente vinculado al aula de apoyo, con el fin de ejecutar la propuesta metodológica y psicoterapéutica, las cuales fueron reforzadas con la intervención psicopedagógica y psicoterapéutica de la psicóloga y el psiquiatra y la implementación del correspondiente al tratamiento.

Las jornadas de trabajo se realizaron siempre a partir de las 10 a.m. a 1 p.m. y de 4 a 6 p.m. Este horario fue acordado tanto por los padres como por la dirección de la Institución Educativa, con el fin de evitar que los niños perdieran clase para realizar las intervenciones. Este horario se abordó desde la fase 2, favoreciendo enormemente la asistencia y puntualidad por parte de los padres, y aumentando el interés de éstos, para la ejecución de los procesos posteriores a los realizados

como la entrevista, evaluación y diagnóstico de forma paralela entre psicóloga, pediatra y psiquiatra y el tratamiento, seguimiento y adhesión de pacientes.

El Cubrimiento de la exploración e implementación de los procedimientos anteriormente mencionados, requirió un tiempo de 5 meses comprendidos entre el 2006 y 2007, para la cobertura total de los 47 menores. Es de aclarar que el tiempo referido en este caso, corresponde a días hábiles, por lo que se debieran excluir las fechas de semana santa, la semana pedagógica de reflexión del I.S.B. y las vacaciones de mitad de final de año., así como otros eventos de carácter estrictamente académico. Es por ello que se exponen de forma específica el plan diseñado para los años 2006-2007, que son presentados a continuación.

B. Tratamiento: Plan diseñado para los niños y niñas vinculados en el programa para el año 2006:

Horario de las sesiones: las sesiones de tratamiento se realizaron en el mismo horario propuesto al inicio del proceso, a partir de las 10 a.m. a 1 p.m. y de 4 a 6 pm. Las sesiones se realizaron, por tanto, en horario de clase, en una franja especialmente organizada para que no se interfirieran asignaturas importantes en la evolución de cada niño.

Horario de las sesiones: En el I.S.B., las sesiones de tratamiento se llevaron a cabo un día a la semana, por parte de la docente de apoyo, y la psicóloga tesista y cada 15 días por parte del equipo de apoyo y/o integrantes del grupo de estudio y la psicóloga tesista a cargo, adicional a ello, se contó con la remisión de los niños de forma gratuita a los servicios de psiquiatría y al grupo de apoyo psicosocial PANDA, en el Instituto del Sistema Nervioso (I.S.N.R.). El tiempo destinado para esta fase correspondió a los meses de septiembre y octubre de 2006, siendo posible trabajar en el tratamiento durante 3 ocasiones con el equipo de profesores y los demás días del mes con el reforzamiento de los menores por parte de Docentes, ya que el mes de noviembre fue asignado para auto evaluación de los equipos de trabajo, por solicitud del equipo multidisciplinario y bajo la aprobación de las directivas del Instituto Sur Oriental de Boston y de la docente coordinadora del aula de apoyo, con el fin de realizar una auto evaluación de las dificultades y por menores que se venían presentando en la ejecución de esta fase.

C. Tratamiento: Plan diseñado para los niños y niñas vinculados en el programa para el año 2007:

En esta parte del proceso de investigación se procedió a efectuar una reunión de empalme de los procesos del año inmediatamente anterior, ya que por obvias razones, no siempre se cuenta con el mismo número de niños, intervenidos en el año anterior, al igual que se contó con el cambio del rector, lo que generó la necesidad de reanudar la gestión entre el equipo de trabajo y las directivas del centro educativo; siendo pertinente efectuar cambios en todo el procedimiento propuesto en los cronogramas, ya que fueron suprimidas algunas acciones antes

acordadas con la anterior rectoría, lo que impidió la coordinación directa entre el equipo multidisciplinario y el equipo docente. Al igual, que debió gestionar el apoyo de los profesionales en pasantía de pediatría, sin obtener una respuesta favorable, ya que el grupo de trabajo con el que se venían ejecutando acciones, iniciaron su rural, quedando vacante este cargo.

En este orden de ideas, se efectuaron las reuniones pertinentes con el nuevo Rector y los docentes, vinculados previamente; así mismo, los padres, acompañantes y/o cuidadores de los menores, que fueron capacitados por el equipo multidisciplinario y nombrados como los tutores de los niños con quienes se acordó realizar las sesiones en horario extraescolar, por solicitud del nuevo rector, y se adaptaron nuevas jornadas de trabajo a la metodología seleccionada bilateralmente, conduciendo esto a una mayor inversión de tiempo por parte de la psicóloga y algunas personas colaboradoras con el proceso, recordando además que para el periodo 2007, ya no se contó con el acompañamiento de los 2 profesionales de pediatría.

Con respecto a los acuerdos inicialmente pactados con las directivas del centro educativo, se presentaron cambios tangenciales, lo que modificó el planteamiento realizado inicialmente. En síntesis, a pesar de la colaboración, la disposición y las facilidades que mostró la institución, los cambios administrativos, requirieron de un replanteamiento para ejecutar la investigación, perdiéndose con ello el óptimo nivel de comunicación y retroalimentación del proceso adelantado en el año 2006. Aun así, se hizo posible un ambiente de colaboración entre las distintas partes involucradas.

En resumen, en esta fase se llevaron a cabo los siguientes procedimientos : Intervención Psicopedagógicas(Ver ítem 1.3.2.3.1.; Pag 53), a partir del cual se desarrollaron las 6 estrategias pertenecientes a este:

Estrategia 1: Captar la atención del alumno

Estrategias 2 y 3: Mantener generalizar el cambio alcanzado en la atención.

Estrategia 4 : Desarrollo de la Atención Global,

Estrategia 5: Desarrollo de la Atención Selectiva

Estrategia 5: Desarrollo de la atención Sostenida

Al igual se desarrollaron los procedimientos del ítem 1.3.2.2.2.2.(Pag40) direccionados a:

Entrenamiento del profesor.

Promoción de la motivación del niño hacia el programa

Control ambiental y planificación de tareas

Aplicación de procedimientos de manejo de contingencias seleccionadas(Economía de fichas, registros diarios y coste de respuestas)

Entrenamiento cognitivo

Mantenimiento y generalización

De igual forma, se ejecutaron acciones basadas en las directrices del ítem 1.3.2.1. sobre procesos como la Intervención multimodal desde el modelo Cognitivo-Conductual (Pag 38), que incluye:

- Entrenamiento de padres. Ítem 1.3.2.2.2.1. (Pag 39)
- Intervención escolar (docentes de aula de apoyo). Ítem 1.3.2.2.2.2. (Pag 40)
- Intervención Psicológica Aplicada a niños. Ítem 1.3.2.2.2.3 Pag (42)

En esta última parte del proceso se efectuaron acciones directamente para los niños en lo siguiente:

- Procedimiento Conductual (Pag 43)
- Procedimiento de autocontrol de emociones (Pag 43)
- Procedimiento autoinstruccional (Pag 43)
- Procedimiento de vigilancia cognitiva (Pag 46)
- Procedimiento de información del Trastorno o Psicoeducación (Pag 46)
- Solución de problemas interpersonales (Pag 47)
- Desarrollo de Habilidades Sociales. (Pag 47)

La ejecución de las actividades desarrolladas a partir de las técnicas, procesos y procedimientos dirigidos a los niños, estuvieron centradas en el Entrenamiento en estrategias de solución de problemas, contemplando la solución de problemas, como técnica dirigida a entrenar a los niños a resolver problemas para mejorar su competencia social, por lo que se requirió del desarrollo las siguientes cinco fases:

1. Reconocer la existencia de un problema;
2. Comprender, especificar la naturaleza del problema y los objetivos que garantizan su solución;
3. Generar alternativas factibles y adecuadas para resolver el problema;
4. Determinar cuál de estas alternativas es la mejor solución;
5. Evaluar la eficacia de la solución y plantear qué hacer después.

En los cuadros 8, 9 y 10, (Tomado de Bornas y Servera 1996) se muestra un ejemplo de la aplicación de verbalizaciones y entrenamiento en solución de problemas.

En este caso, quienes ejercieron funciones de terapeuta o tutor, presentaron a los niños un problema; y les ayudó a concretarlo, haciéndoles intervenir a todos, y procurando no perder su atención, de modo que se actuara como modelo para mostrar formas de solucionar el problema planteado. Posteriormente se pidió de nuevo la colaboración de los niños y se les ayudó a elegir la alternativa más apropiada para resolver la tarea; y finalmente, ante la ejecución del ejercicio se les felicitó a los niños por su trabajo.

Con este tipo de instrucciones, se permitía en el niño la identificación del problema, y se les motivaba a la búsqueda de alternativas, a sopesar los pros y contras y a escoger una de ellas.

En los procedimientos posteriores, el niño debía identificar cuál es el problema que tenía. A pesar de parecer un ejercicio simple, los niños con TDAH, mostraban verdaderas dificultades para saber cuál era el problema real, y generalmente se equivocaban al identificarlo.

Otra forma de la aplicación del entrenamiento en solución de problemas. estaba direccionada a la elaboración de alternativas y en la previsión de consecuencias.

El objetivo de este proceso era ayudar a los niños a mejorar su capacidad de definir los problemas, de analizar sus partes, buscar las opciones que mejor se adaptaran a cada situación teniendo en cuenta múltiples perspectivas; y, junto con las indicaciones realizadas por el terapeuta, pudieran mejorar en ellos su capacidad de automotivarse y mantener el esfuerzo.

En la aplicación de estas estrategias y procedimientos, se concedió especial importancia a que los niños comprendieran las autoinstrucciones y los pasos de solución de problemas, para lo que se adaptó la propuesta de múltiples estudios, de la inclusión de una mascota. La mascota en tamaño grande y plastificada, llevaba desglosado el procedimiento de solución de problemas y presidía todas las sesiones de tratamiento. El terapeuta les recordaba que debían utilizar los cinco pasos y, como ayuda extra, al lado de cada ejercicio se les dibujaba o se les marcaba con stickers o tinta, la mascota (Idea que fue tomada de los modelos del mismo autor, pero con adaptaciones para esta investigación) para recordarles que debían utilizar los cinco pasos que hasta entonces habían estado usando para solucionar las tareas.

Se implementaron en diferentes momentos, los siguientes procedimientos:

Modelado participativo:

Demora forzada

Refuerzos

Autorrefuerzo individual

Economía de fichas

Coste de respuesta

Recuento de puntos

El Cuadro N° 11 . Muestra la técnica repuntos. Punto positivo (verde) y punto negativo (rojo), la cual se adaptó del modelo de Bornas y Severa y se implementaron una serie de carteles para que los niños fueran autocríticos y autoevaluadores de su proceso tanto en la escuela como en la casa.

El cuadro N° 11, muestra el “recuento de puntos” que se utilizó en el programa.

Menú y elección del refuerzo

Ya es sabido que en estos programas el menú de actividades reforzantes, son extensas listas previamente confeccionadas para que el niño pueda elegir entre diversas actividades. En el caso de la investigación, se recurrió a los aportes de varios estudios y de forma concisa en las sugerencias del manual para

educadores, publicado por la Corporación HIDEA<sup>12</sup> y de la Fundación GRADAS<sup>13</sup> lo cual se ajusto en el programa de tratamiento creando una propuesta ludica propia para el proyecto, a partir de las estrategias de refuerzo que consistían en la elección de una actividad divertida que se realizaba en los últimos cinco minutos de la sesión. Eran juegos en los que participaban todos los niños.

Elección del juego: el juego era elegido por el niño que más puntos había conseguido en aquella sesión.

Coste del juego: para jugar a la actividad, los niños gastaban los puntos que tenían en el banco.

Procedimiento: uno de los niños cogía un dado y lo tiraba y los puntos que salían eran los que costaba la actividad, y eran los que se restaban al total de puntos de cada uno de los niños.

Si en una misma sesión había dos niños que habían conseguido igual número de puntos, uno era quien elegía el juego y otro quien tiraba el dado.

Para evitar dificultades como las reportadas en los informes de estudios previos, en donde la lista de actividades reforzantes extensas generaban en los niños dudas a la hora de elegir la actividad gastando más tiempo del planeado pensando qué actividad elegir, en vez de dedicar ese tiempo a jugar; se optó por diseñar una serie de actividades, que manejaban como metáfora o símil al principito, para la coronación del ganador a la realeza, otorgando de forma individual una posesión del trono que quincenalmente se acumulaban para la fiesta de coronación del nuevo principito o princesita, Este proceso se describe a continuación:

#### 1. Gemelos. Funciones ejecutivas: Fluidez, Planeación y organización

Se confeccionaron fichas de cartulina con pares de fotos o imágenes; éstas se colocaban del revés y, por turnos, cada niño levantaba dos fichas: si coincidían se las quedaba, y tenía la posibilidad de jugar de nuevo; si las dos fichas no coincidían, las volvía a girar y a colocar en la misma posición encima de la mesa, y pasaba el turno al siguiente niño. Ganaba el niño que había conseguidos emparejar más número de fichas. El puntaje maximo correspondia a 5 pares de fichas. es decir 10 puntos. 1 punto por ficha.

2. Salpicón de palabras: (Memoria verbal auditiva y visual: Lista de palabras) Previamente diseñado en cartulinas, se tenían 5 clases de historietas, en las cuales existe para cada historia una lista de palabras que son fácilmente recordadas si se asocian a una categoría semántica: 1. animales, 2. frutas 3. Días de la semana, 4. partes del cuerpo. 5. Ocupaciones o profesiones. El jugador sale y escoje al azar 1 de las 5 historietas, el jugador leía el contenido y se le daban 5 minutos para que recordara y nombrara el mayor número de palabras mencionadas en la historieta. El ganador del juego era el que obtuviera la puntuación más cercana a la puntuación máxima, que es de 20, equivalente a la palabras subrayadas en cada historieta.

---

<sup>12</sup> Sabrina Gomez. Como ayudar al niño con T.D.A.H. en el salon de clases. Corporación HIDEA . Pag 29, 2004, Bogota Colombia.

<sup>13</sup> Clara Ines Gonzalez de Mira. Ideas y estrateias pedagogicas para ayudar al niño con T.DA.H. en sus primeros años escolares. Medellín Colombia. 1997.

3.El trotamundos: (Memoria de un texto (memoria lógica) - Relato de un texto: coherencia narrativa.

Similar al juego de Salpicón de palabras, se ofrecía a los niños previamente diseñado en cartulinas, 5 clases de historietas, las cuales se relataban en forma de cuento corto, narrando el día cotidiano de un personaje llamado, pepito o pepita, donde se describían las acciones que este personaje realizaba en ese día, las cuales tenían una secuencia que el niño debía mencionar sin saltarse ninguna ni presentarlas en desorden. El jugador, seleccionaba una de las 5 cartulinas que contenía un cuento diferente, y lo pasaba al tutor o terapeuta para que lo leyera. Después de escucharlo, el niño(a) debería decir el mayor número de acciones recordadas, y dependiendo de estas, obtendría el puntaje. El ganador era quien más cerca estuviera de los 10 puntos que corresponden al máximo puntaje por ser las 10 acciones que desempeña el personaje en el cuento.

4. Adivina, Adivinador: (Percepción: Reconocimiento de expresiones (expresión emocional)- Denominación de imágenes. Y Percepción Táctil).

Todos los niños formaban un círculo, para que el jugador pasara al centro y fuera vendado los ojos, los demás niños debían buscar rápidamente 10 objetos para que el tutor o terapeuta le entregara al jugador (5 en la mano derecha y 5 en la mano izquierda) el niño debía reconocer por medio de la exploración táctil los objetos que se colocaban en cada una de las manos. Así obtendría un punto por cada reconocimiento correcto. La puntuación total máxima era de 10.

5. Adivina Oficios: Lenguaje: (Verbal y No Verbal)- Expresión. Y Percepción: Reconocimiento de expresiones (expresión emocional)- Denominación de imágenes.

El niño concursante pensaba en un tipo de oficio o profesión, y lo representaba delante de sus compañeros, sin hablar y solo a través de la mímica y la expresión corporal. Si no lograba que sus compañeros adivinaran antes de 5 minutos, la clase de oficio que representaba, cedía el turno a otro compañero.

6.Rompe cocos: Habilidades Conceptuales: Similitudes y Repetición .

El jugador salía al tablero Acrílico y el tutor o terapeuta le daba como punto de partida el nombre de un animal, a partir de ese momento el niño tenía 5 minutos para completar 10 nombres de animales, los cuales debían pertenecer a una misma categoría semántica y debían llevar una secuencia, relacionando la última letra del animal con el nombre del siguiente animal, Ejemplo: (Loro, la última letra fue la O, por lo que debía buscar el nombre de un animal que empezara por o, es decir Oso, y así sucesivamente hasta completar 10 nombres). Se calificaba con 1 punto, cada nombre, lo que quería decir que ganaba el niño que más nombres completara. La puntuación máxima era de 10, equivalente al número de nombres solicitados en el juego. Si el niño, no completaba más de dos nombres, le cedía el turno a otro compañero.



Cada mes, al final de la sesión de la primera semana se celebraba un Festival, durante media hora, en el cual se leían los mayores puntajes y se seleccionaban los 3 primeros puestos, para que adicionalmente estos 3 niños o niñas ganadores recibieran cada uno un objeto simbólico que representara una cualidad o virtud para custodiar el resto del mes, y al primer puesto se le coronaba como el nuevo principito o princesita, siendo otorgado el puesto en la silla real, y recibiendo en préstamo las pertenencias que custodiaron los compañeros el mes anterior. Al niño o niña se le ponía la corona de oro, para tomarle la foto como nuevo principito o princesita del mes y se les motivaba a los niños a custodiar las posesiones que ganaran durante el mes, bajo el compromiso de ser ejemplo de sus compañeros en lo que representa el objeto que obtuvo como premio.

El Tercer puesto: Recibía las munequeras de oro, premio que representaban la habilidad manual y la rapidez mental para la ejecución de acciones.

El segundo puesto: Obtenía el bastón de oro que representaba la laboriosidad y el orden.

El primer puesto: Obtenía la capa que representaba la disciplina y la obediencia y la constancia para alcanzar las metas.

#### 5.2.4. Fase 4: Postratamiento y seguimiento:

Teniendo en cuenta que la investigación requirió de un proceso altamente dispendioso para la puesta en marcha de las fases propuestas durante todo el proceso investigativo, principalmente en las correspondientes a la fase 3, de Tratamiento, Implementación de técnicas seleccionadas para el programa de intervención, como para la Fase 4, de Postratamiento y seguimiento; se da a conocer de forma clara y muy específica el desarrollo de dicho proceso, en relación con lo expuesto en este numeral.

#### Entrenamiento de Autoinstrucciones Verbales (AIV)

Las sesiones psicoterapéuticas aplicadas directamente con los niños, en esta fase, se desarrollaron entre los meses de Mayo a Junio de 2007, y se aplicó como parte concluyente del proceso, el entrenamiento de Autoinstrucciones Verbales (AIV) para Padres y entre los meses de Agosto a Octubre 2007, en entrenamiento de Autoinstrucciones Verbales (AIV) con los niños.

Las sesiones de tratamiento para el año 2007, se realizaron en el horario ya mencionado, más no dentro de las condiciones que se venían ejecutando en el año 2006, puesto que esta franja de horarios, por obvias razones coincidía con los horarios de clases de la institución, de allí que se requiriera de una organización especial para que no se interfiriera con las asignaturas escolares importantes en la evolución individual de los niños, a diferencia de las sesiones con los padres; que fue donde se modificó el cronograma de forma total, siendo trasladados para horarios nocturnos debido a la solicitud del nuevo rector, lo que dificultó la ejecución de esta última parte del proceso por la demanda de tiempo.

Durante el mes de Mayo de 2007, se dio inicio a técnicas de posicionamiento del entrenamiento cognoscitivo – conductual, y entrenamiento de habilidades de

solución de problemas interpersonales y sociales para los padres, cuya duración fue de casi 3 meses, extendiéndose hasta mediados del mes de Julio. Durante este tiempo, se efectuaron reuniones, en las que se procedió a realizar una capacitación del modulo dos: Pautas de manejo de niños con T.DA.H. Russell A. Barkley. El cual se dividió en 4 sesiones, finalizando con una reunión en el plazo de un mes para recoger los cuestionarios con los que evaluar el seguimiento. Posteriormente, se realizó de nuevo, la entrega a los padres, de dos paquetes con los cuestionarios, uno para ellos con los cuestionarios, listados de síntomas y otro paquete para los profesores. Hay que aclarar que en la compilación de dicha información, se presentaron enormes dificultades, ya que los padres no lograron desarrollar una disciplina para dar cumplimiento a las fechas y metas proyectadas por el equipo; adicionalmente no se previeron las amplias dificultades de los padres para realizar el diligenciamiento de los mismos, dadas las limitantes de algunos por su condición de analfabetismo.

El entrenamiento en autoinstrucciones en niños, se llevo a cabo a partir del inicio de la segunda secuencia o parte del proceso entre los meses de Julio a Septiembre, donde se les formo en el tema y posteriormente se les animó para iniciar las actividades necesarias para generalizar los pasos de las autoinstrucciones y entrenarse en mencionar una o dos situaciones en las que consideraban que podrían haber aplicado las autoinstrucciones para resolver algún problema. Estos ejemplos fueron utilizados para hablar sobre cómo podían implementar el programa de las autoinstrucciones en otros contextos.

Un mes más tarde, los padres asistieron al I.S.B. para proceder tal como lo habían hecho la vez anterior, al diligenciar los cuestionarios post test; lo cual esta vez se programo para ser diligenciados durante la reunión, con el fin de registrar la información de quienes presentaran dificultades para el diligenciamiento de estos. Se les cito una última vez para valorar y comentar estos últimos resultados.

En general, las dificultades mencionadas, condujeron al atraso de la recolección de la información en 20 días aproximadamente de acuerdo con el cronograma, por lo que se efectuaron algunas modificaciones a nivel interno en el proceso.

En la institución educativa:

Durante la última semana del tratamiento se programo una reunión general con padres, cuidadores, tutores y equipos de apoyo para comentar y valorar los resultados y hallazgos del tratamiento. De lo cual se realizó un registro de diario de campo, con las sugerencias, conclusiones y debates en torno algunos temas de interés, para luego procesarlo a través del informe final.

En la tabla N° 12, se muestran las pruebas utilizadas durante el pretratamiento, el postratamiento y en el seguimiento.

**SEGUIMIENTO:**

Durante esta ultima fase se dio lugar al seguimiento, el cual fue desarrollado entre los meses de Febrero y Abril de 2008, con el objetivo de realizar una valoración con respecto a los logros planteados. Dicha valoración, requirió la presencia de

padres, docentes y niños para efectuar la retroalimentación del programa diseñado en el año anterior y aumentar la durabilidad y la generalización. Al igual, se efectuó la corroboración de generalización y eficacia del programa, mediante sesiones de refuerzo para revisar habilidades en autoinstrucciones y análisis de áreas y situaciones problemáticas. Es de aclarar que no todos los niños y niñas que estaban matriculados en el Instituto SurOriental de Boston, y que fueron vinculados al programa, pudieron ser valorados, ya que algunos de ellos, fueron trasladados a las instituciones anexas al Colegio, pertenecientes al área de cobertura del mismo; bien fuera porque los padres se trasladaron de Vivienda o porque anteriormente venían desde esos sectores a la institución por no tener cupo en ese año, en dichas instituciones. Otros casos, de niños o niñas no recontactados, correspondió a aquellos, que fueron retirados de la Institución, desconociendo la razón de su desescolarización. Aun así, de acuerdo con los registros de la información compilada a lo largo del proceso y la valoración efectuada en esta última parte; fue posible dar a conocer en el numeral correspondiente a los resultados, los aspectos más relevantes del mismo, las tendencias generales y la contribución o valor de la investigación.

#### Especificaciones del Procedimiento:

En un primer momento se pensó diseñar un programa de tratamiento cognitivoconductual que abarcara una amplia gama de problemas que presentan estos niños (desde dificultades académicas hasta problemas en habilidades sociales). Este programa estaba pensado para ser realizado durante un período de 1 año y medio, distribuido por fases, donde la implementación propiamente dicha, correspondiente a las fases de tratamiento y post-tratamiento, fueran cubiertas en seis meses, cada una, a razón de una sesión por semana, sin embargo a partir de la unificación de criterios de quienes ya han emprendido investigaciones de este tipo y bajo el debate y definición de conclusiones al respecto; se determinó que dadas las circunstancias, un tratamiento de seis meses de duración pensado para abarcar tantas áreas de intervención era muy ambicioso, por lo que se tomó como decisión la distribución de los profesionales y docentes en grupos de trabajo, los equipos de apoyo y padres o cuidadores tutores en jornadas escalonadas y psicóloga y psiquiatra en un estrecho plan de atención de los niños, adicional a las demás acciones de direccionamiento y ejecución de actividades acorde a las necesidades de los grupos de trabajo antes mencionados. Finalmente, el programa constó de un modelo que se resume en una matriz en forma de cascada y en sesiones de tratamiento, que requirieron de una estructura definida. Esta última propuesta de distribución del trabajo por sesiones se adaptó del proyecto metodológico de la tesis Doctoral de Calderón Garrido Caterina <sup>14</sup>, la cual se complementó con los modelos de Kirby y Barkley, construyendo así un modelo ajustado exclusivamente a las necesidades,

---

<sup>14</sup> CATERINA CALDERÓN GARRIDO. *Trastorno Por Déficit De Atención Con Hiperactividad: Programa De Tratamiento Cognitivo-Conductual, Tesis Doctoral. Universidad De Barcelona. Facultat De Psicologia (Departamento De Personalidad, Evaluación Y Tratamiento Psicológico) Barcelona, 2003.*

condiciones y recursos de la población seleccionada para la implementación del Programa.

A continuación se presenta cada una de las 12 sesiones, propuestas por Calderón y su contenido, objetivos y el modo de desarrollo en la aplicación del programa cognitivo-conductual

#### Aplicación

Número y duración de las sesiones: el programa consta de doce sesiones de intervención. Todas las sesiones tuvieron una duración de entre 45 y 60 minutos, una frecuencia semanal, y se realizaron en grupos de tres niños/as.

Población escolar a la que se dirige: este programa fue pensado para escolares de Primaria de entre 6 y 12 años.

#### Funciones que se potencian en el programa

El programa de intervención pretende trabajar la capacidad de autocontrol, la capacidad de los niños para solucionar problemas, la mejora de la atención y el incremento de la capacidad para demorar la respuesta

- Mejorar el autocontrol a través del habla interna autodirigida y la autorregulación del comportamiento. En general, los ejercicios propuestos para el programa potencian la regulación y el control de la conducta mediante el habla interna y la previsión y anticipación de metas y consecuencias de la conducta; para ello, la autora (Calderon, 2003) se basó en los datos de Meichenbaum y Goodman (1971; 1981).
- Mejorar la capacidad de los niños con TDAH para solucionar problemas. Las actividades del programa intentaron potenciar el acercamiento reflexivo a los problemas, la demora de la respuesta, el análisis de la situación, la toma pertinente de decisiones, y la previsión y la anticipación de las consecuencias. Dicho trabajo se apoyó en los programas presentados por Kendall y Braswell (1985) y Braswell y Bloomquist (1991).
- Mejorar la capacidad de estos niños para definir los problemas, analizar sus partes, buscar las opciones que mejor conviniera a cada situación teniendo en cuenta múltiples perspectivas, mejorar sus autoinstrucciones, saber automotivarse y mantener el esfuerzo hacia sus objetivos, etc. Tal y como señala Barkley (1997), éstos pueden ser los objetivos básicos para trabajar con niños con TDAH, ya que los déficits de atención, la hiperactividad y la impulsividad de estos niños vendrían causadas por un fallo en el sistema de inhibición conductual, sobre todo en el control de la interferencia.
- Incrementar la atención mediante la creación de actividades que fueran atractivas para los niños, tanto por su contenido como por la presentación. Autores como Douglas (1983) y White y Sprague (1992) consideran que la atención es el principal problema de los niños con TDAH. En el programa se trabajó especialmente la mejora de la atención momento a momento: con ello se aseguraba también la mejora de la atención sostenida durante toda la sesión de intervención.

- Mejorar la capacidad para demorar la respuesta, componente básico de las tareas que implican incertidumbre. Para ello, Calderon, 2003; se baso en los datos de autores como Kagan (1966) y Bandura (1977).

Queda claro que este esquema implico un despliegue de recursos y sobre todo de apoyo institucional, por lo que se efectuaron alianzas estrategicas con el Grupo de Apoyo PANDA, y estudiantes de la Universidad Tecnologica asi como del apoyo de los docentes del I.S.B.

En cuanto a los talleres dirigidos a los padres de Familia, se reportaron por fecha calendario 21, ya que en los eventos programados en los meses de sept,oct,nov,de 2006 y marzo y abril de 2007 se programaron 2 encuentros el mismo dia(6 en total), debido a la serie de actividades que se tenían programadas, dando como sumatoria un total de 27 talleres por parte de la psicologa y el equipo multidisciplinario. Al igual que se convoco de forma paralela a las reuniones multidisciplinarias, durante el tiempo que se desarrollo el programa, a los padres de familia y cuidadores a participar del las Reuniones de PANDA, siendo en total 19 encuentros. Dichos espacios permitieron el desarrollo de las fases según lo previsto, de forma tal que obtuvieron una distribución como la siguiente:

Fase 1: Preparacion de la Poblacion: 2 reuniones Equipo Multidisciplinario, 2 PANDA, Fase 2: Evaluacion y pretratamiento: 5 reuniones Equipo Multidisciplinario, 4 PANDA , Fase 3: Tratamiento: 12 reuniones Equipo Multidisciplinario, 5 PANDA, FASE 4: posttratamiento: 3 reuniones Equipo Multidisciplinario, 3 PANDA , con padres de familia para implementar AIV, Y 2 reuniones Equipo Multidisciplinario , 2 PANDA, con los niños y niñas para implementar AIV; La fase de evaluación y Seguimiento: 3 reuniones Equipo Multidisciplinario, 3 PANDA. De acuerdo con estos datos, se puede concluir que en términos de lo proyectado en el desarrollo metodológico de la investigación y el Plan general del Tratamiento, sus objetivos y estrategias terapéuticas; se brindo a los padres de familia y cuidadores, través de las reuniones convocadas, los elementos básicos suficientes para servir de coterapeutas en el proceso realizado con los niños y niñas al interior del contexto escolar; adicional a ello, se les proyecto el espacio de PANDA como una Red de Apoyo, para lograr una adecuada adhesión al tratamiento por parte de padres y/o cuidadores de los niños y niñas vinculados al programa. Sin embargo las cifras demostraron una pobre participación tanto a los espacios de PANDA como a las reuniones y actividades solicitadas por los docentes del aula de apoyo y del equipo Multidisciplinario durante el tiempo total de la investigación; lo que demuestra finalmente que a pesar de la adhesión del niño en el trabajo terapéutico en su contexto escolar, la Adhesión de padres al tratamiento terapéutico influye en la modificación generalizada y permanente de la conducta del menor en la medida que solo en los casos de padres donde se logro un alto numero de asistencia a los espacios convocados para reforzar los cambios favorables de los niños en el contexto académico, se logro observar el mantenimiento y generalización de resultados favorables en aspectos como impulsividad, distractibilidad y practicas de crianza con mejores resultados en la esfera afectiva y de interrelacion de esos padres con sus hijos.

Ver Cuadro N° 13, Adhesion de Padres al tratamiento mediante jornadas de Formacion e Informacion.

Ver Grafico N° 22, Practicas de Crianza General.

## 6.0 RESULTADOS

### 6.1. DESCRIPCIÓN DE MEDIDAS DE LAS VARIABLES.

#### Prueba de Hipótesis:

Estadístico usado: Distribución Normal

H1: Si se aplica un programa de intervencion multimodal a un grupo de niños con T.DA.H., se observara una diferencia estadisticamente significativa, entre las mediciones pre tests y post tests de distractividad

1. **Ho:** El tratamiento no fue eficaz con respecto a la modificacion de la Distractividad

V/s

**HA:** El tratamiento si fue eficaz con respecto a la modificacion de la Distractividad

Promedio: Nivel de Distractividad (atención) antes – Nivel de Distractividad (Atencion) Después.

**Escala de medicion: 1 a 5(Siendo 1 leve- 5 Severo)**

**Ho:** 35 puntos (Leve o sano) V/s **HA:**175 (Severo a maxima puntuación)

Ver Grafica de Barras N°14,(TDAH SUBTIPOS GENERAL ), N° 15 (INATENTOS SINTOMAS DE DISTRACTIVILIDAD)Ver Tabla N°14(t.d.a.h. Subtipos en General-Resultados de Instrumentos aplicados con los 35 niños y niñas)

H2:

Si se aplica un programa de intervención multimodal a un grupo de niños con T.DA.H., abra una disminucion estadísticamente significativa de la Hiperactividad – impulsividad.

2. **Ho:** El tratamiento no fue eficaz con respecto a la modificacion de la Hiperactividad- Impulsividad

V/s

**HA:** El tratamiento si fue eficaz con respecto a la modificacion de la Hiperactividad- Impulsividad

Promedio: Nivel de Hiperactividad- Impulsividad antes – Nivel de Hiperactividad- Impulsividad Después.

**Escala de medicion: 1 a 5(Siendo 1 leve- 5 Severo)**

**Ho:** 35 puntos (Leve o sano) V/s **HA:**175 (Severo a maxima puntuación)

Ver Grafica de Barras N°14, (TDAH Subtipos General),N°16 (Escala distractividad, hiperactividad, impulsividad; T.D.A.H. predominio Hiperactivo)

H3: Si se aplica un programa de intervencion multimodal a un grupo de niños con T.DA.H., abra un aumento de las practicas de crianza de los padres

3. **Ho:** El tratamiento no fue eficaz con respecto a la modificacion de practicas de crianza de los padres

V/s

**HA:** El tratamiento si fue eficaz con respecto a la modificacion de practicas de crianza de los padres

Promedio: Nivel de practicas de crianza de los padres antes – Nivel de practicas de crianza de los padres Después.

**Escala de medicion: 1 a 5(Siendo 1 leve- 5 Severo)**

**Ho:** 35 puntos (Leve o sano) V/s **HA:**175 (Severo a maxima puntuación)  
Ver Grafica de Barras N° 22( Practicas de crianza general), N°23,24 Y 25 (Inatentos Practicas de crianza )Tablas 22,25 y 26.

H4: Si se aplica un programa de intervencion multimodal a un grupo de niños con T.DA.H., el tratamiento multimodal permitira un aumento estadísticamente significativo con respecto a la Adhesion al tratamiento

4. **Ho:** El tratamiento no fue eficaz con respecto a la modificacion de Adhesion al Tratamiento

V/s

**HA:** El tratamiento si fue eficaz con respecto a la modificacion de Adhesion al Tratamiento

Promedio: Nivel de Adhesion al Tratamiento antes – Nivel de Adhesion al Tratamiento Después.

**Escala de medicion: 1 a 5(Siendo 1 leve- 5 Severo)**

**Ho:** 35 puntos (Leve o sano) V/s **HA:**175 (Severo a maxima puntuación)  
Ver Grafica de Barras N°26 Y 27 (Adhesion al tratamiento) y Tablas 27 y 28 (Eficacia Del estudio. Diferencia entre todas las variables-todos los sujetos(pré test y post test))

De acuerdo con las Variables Dependientes e independientes formuladas para el estudio, se presenta a continuación las conclusiones con respecto a la evaluación de la eficacia terapéutica en las diversas fases de la intervención:

Con respecto a la evaluación proporcionada por los padres y Docentes, se han confirmado las siguientes hipótesis:

**H1- H2: Si se aplica un programa de intervencion multimodal a un grupo de niños con T.DA.H., se observara una diferencia estadísticamente**

***significativa, entre las mediciones pre tests y post tests de distractibilidad, Hiperactividad e Impulsividad***

*Ho: El tratamiento no fue eficaz con respecto a la modificación de la Distractibilidad, Hiperactividad e Impulsividad*

*v/s*

*HA: El tratamiento si fue eficaz con respecto a la modificación de la Distractibilidad, Hiperactividad e Impulsividad*

De los resultados obtenidos en las pruebas aplicadas a los niños, padres Y Docentes, hemos confirmado o rechazado las siguientes hipótesis:

Las evidencias de la investigación, confirman la hipótesis 1 y 2, relacionada con la inclusión de modelos multimodales, donde la prioridad se establece en plantear modelos, programas e intervenciones individualizadas para la intervención de conductas específicas como las indicadas en las listas de chequeo o protocolos.

Los aspectos de interés para confirmar la Hipótesis 1-2, respecto a Si se aplica un programa de intervención multimodal a un grupo de niños con T.D.A.H., abra una disminución estadísticamente significativa de Distracción, la Hiperactividad – impulsividad; se demuestran en el análisis de resultados del instrumento N° 3 que evaluo estas tres variables, arrojando un resultado del 17.1.%, lo que indica un aumento estadístico de mejoría en estos tres síntomas. En términos generales, es importante señalar que a pesar que se perfila como un aumento poco significativo de eficacia y mejoría en los resultados de pretest y Post test, de acuerdo con lo anterior, se logra cubrir la Hipòtesis y con ello las expectativas creadas por el equipo de trabajo; demostrando que es posible obtener un aumento en la modificación de síntomas Primarios, los cuales presentan un curso diferente y deben por lo tanto ser evaluados a partir de los 3 contextos en los cuales se encuentran inmersos los niños y niñas vinculados a la investigación.

Es por ello, que se dan a conocer las cifras de los pretest y posttest de los instrumentos 1(Situaciones Escolares) y el Instrumento 2 (Escala de Distracción, actividad e impulsividad) las cuales se implementaron a lo largo de la investigación a un grupo poblacional de 58 niños y niñas, de los cuales finalmente se seleccionaron 35 de ellos, debido a los criterios de selección y exclusión; correspondiendo a 20 niños con predominio inatento, 4 niños predominio Hiperactivo e Impulsivo y 21 niños con predominio Combinado. Se trabajo sobre totales y se seleccionaron los resultados globales de los cheklist, tanto para el instrumento 1 como para el 2.

En este caso, para el Instrumento 1 (Situaciones Escolares)se manejo una escala de 0 a 9. Dicho instrumento cuenta con 12 preguntas de las cuales se seleccionaron las mas relevantes para valorar las variables de esta hipótesis, siendo seleccionadas en total 5 Preguntas. Los Items relacionados con la Distractibilidad, Hiperactividad e Impulsividad son: 2a1: Al llegar a la escuela, 2a2: Durante el trabajo en su pupitre,2a3: durante actividades en grupos pequeños,



2a5: Mientras se de la clase al grupo. 2a6: en recreo. En estos items, se demuestra mejoría o logro cuando las cifras disminuyen.

Según lo expuesto, en todos los ítems referidos, se demostró mejoría, pero los porcentajes no refieren altos puntajes, aun así los resultados más relevantes lo obtuvieron los ítems: 2a5: Mientras se de la clase al grupo. Con un resultado en el pretest de 161 puntos, posttest de 83, y una diferencia de mejoría de 78 puntos. 2a3: durante actividades en grupos pequeños, Con un resultado en el pretest de 122 puntos, posttest de 56, y una diferencia de mejoría de 66 puntos, 2a2: Durante el trabajo en su pupitre Con un resultado en el pretest de 139 puntos, posttest de 72, y una diferencia de mejoría de 67 puntos. El estudio demuestra un aumento estadístico del 17.5 %, lo que indica un aumento estadístico importante para efectos de los hallazgos en la intervención del T.D.A.H. al interior del contexto educativo, según los reportes de los docentes del aula de apoyo y los profesionales que interactuaron directamente con los niños y sus padres o cuidadores, sin embargo, al identificar los aspectos puntuales solicitados por la investigación en relación con los síntomas primarios del T.D.A.H.; se debe profundizar en las variables requeridas para conocer si realmente resultan ser eficaces las intervenciones de este tipo en niños y niñas con T.D.A.H.

A partir de la información de los puntajes Totales del instrumento Numero 3: , de Pre test y Post test, se observó un resultado de 2.246 puntos respecto a 1.619 puntos , arrojando como diferencia o mejoría en las tres variables estudiadas de 627 puntos en total, para un porcentaje del 17,5 en mejoría de los niños y niñas que se vieron beneficiados con esta investigación.

En este caso, para el Instrumento 3 (Escala de Distracción, Actividad Impulsividad) se maneja una escala de Medición de 0 a 5. Dicho instrumento cuenta con 21 preguntas. De las Cuales 9 Corresponden al estudio de la Distractividad y 12 a la Hiperactividad Impulsividad. No sobra informar que teniendo en cuenta que el T.D.A.H., determina 3 tipos de predominio , la sumatoria de las preguntas registra datos para el predominio Combinado, por lo tanto las cifras para este, se determinan de las 21 preguntas del cuestionario o escala referida como N° 3.

Los Items relacionados con la Distractividad, Hiperactividad e Impulsividad son:  
2b1: Demuestra falta de persistencia, 2b2: Demuestra falta de motivación para tener éxito en la escuela, 2b3: Necesita supervisión casi continua, 2b4: Se distrae con facilidad, 2b5: Tiene dificultad para seguir o llevar a cabo instrucciones, 2b6: No parece escuchar lo que se le está diciendo, 2b7: Tiene dificultad para sostener la atención, 2b8: Su mirada se queda en blanco ("confundido", "lelo", "espaciado"), 2b9: Pierde cosas necesarias para tareas o actividades de la escuela (p. ej., lápices, cuadernos, tareas), 2b10: Tiene dificultad para permanecer sentado cuando se le requiere, 2b11: Interrumpe la clase, 2b12: Anda de una parte o otra del aula, 2b13: Tiene dificultad esperando su turno, 2b14: Cambia de una actividad a otra sin haber terminado la anterior, 2b15: Actúa como si estuviera "activado por un motor", 2b16: Tiene dificultad para jugar tranquilamente, 2b17: Canta sin

permiso, 2b18: Habla excesivamente , 2b19: Hace ruidos innecesarios, 2b20: Contesta abruptamente antes de que la pregunta haya sido terminada, 2b21: Mueve su cuerpo o alguna parte de éste continuamente (p. ej., mueve manos o pies, mece el cuerpo, toca objetos, etc.) En estos items, se demuestra mejoría o logro cuando las cifras disminuyen.

Los resultados arrojados en la escala de distractibilidad , actividad e impulsividad; Demuestran sus puntajes mas altos en los ítems siguientes: 2b9: Pierde cosas necesarias para tareas o actividades de la escuela (p. ej., lápices, cuadernos, tareas) Con un resultado en el pretest de 137 puntos, posttest de 79 , y una diferencia de mejoría de 58 puntos, 2b2: Demuestra falta de motivación para tener éxito en la escuela, Con un resultado en el pretest de 129 puntos, posttest de 74, y una diferencia de mejoría de 55 puntos, 2b1: Demuestra falta de persistencia, Con un resultado en el pretest de 128 puntos, posttest de 82, y una diferencia de mejoría de 46 puntos, 2b3: Necesita supervisión casi continua, Con un resultado en el pretest de 156 puntos, posttest de 114, y una diferencia de mejoría de 42 puntos, 2b11: Interrumpe la clase, Con un resultado en el pretest de 106 puntos, posttest de 66, y una diferencia de mejoría de 40 puntos, 2b5: Tiene dificultad para seguir o llevar a cabo instrucciones, Con un resultado en el pretest de 140 puntos, posttest de 105, y una diferencia de mejoría de 35 puntos, 2b7: Tiene dificultad para sostener la atención, Con un resultado en el pretest de 139 puntos, posttest de 105, y una diferencia de mejoría de 34 puntos, 2b12: Anda de una parte o otra del aula, Con un resultado en el pretest de 94 puntos, posttest de 62, y una diferencia de mejoría de 32 puntos, 2b10: Tiene dificultad para permanecer sentado cuando se le requiere, Con un resultado en el pretest de 106 puntos, posttest de 75, y una diferencia de mejoría de 31 puntos.

Con lo anterior, se puede afirmar como hallazgo que en cuanto a la relación con las variables que explican que El Tratamiento multimodal es efectivo en la modificación de síntomas primarios como la distractibilidad, Hiperactividad e impulsividad, mas no es efectivo, de forma puntual, en los síntomas secundarios que corresponden a los emocionales y Sociales, lo cual se formula como la no eficacia en los 3 contextos porque se centra en modificar manifestaciones cognitivo comportamentales y se descuidan las manifestaciones afectivas y/o de gratificación emocional, deteriorando la interacción del niño en su medio natural.

A si mismo, se confirma con base a los resultados de la investigación, que aun bajo el logro alcanzado de modificación de síntomas primarios, en las intervenciones clínicas en TD.A.H., se sigue excluyendo la interrelación de otros aspectos como los psicoemocionales que denotan igual preocupación en el curso y evolución del trastorno, de allí, que tal como se tenia previsto, gracias al modelo de Douglas(1984), citado en el numeral 1.2.7.1. donde se determina la inclusión de cuatro predisposiciones relacionadas de forma directa con el T.D.A.H.(Véase Douglas Virginia<sup>15</sup>(Pag 24)), fue lo que permito confirmar como la presencia de estos factores ( búsqueda de gratificación o estimulación inmediatos; tendencia

---

<sup>15</sup> Virginia A. Douglas, Attention Déficit Disorder : Diagnostic Cognoscitive and Therapeutic Understanding. Cap 8, Pag 149. Complilado por L.M. Bloomingdale(1984) New York.

débil a dedicar atención y esfuerzos a tareas complejas; Escasa habilidad para inhibir respuestas impulsivas y poca capacidad para regular la excitación o estado de alerta que se requiere para satisfacer las exigencias circunstanciales) no eran en su totalidad condicionantes para establecer la base de tratamiento, puesto que factores de tipo psicoemocional, influyen enormemente en la aparición de efectos secundarios. De este modo, las tres deficiencias secundarias expuestas por Douglas, que se resumen en la incapacidad de los niños para generar estrategias cognoscitivas y conocimientos adecuados, y su bajo nivel de motivación; se convierten en un elemento categorico para abordar este tipo de trastorno, ya que implica, que el éxito o fracaso de las intervenciones multimodales deban comprender este tipo de predisposiciones primarias con las secundarias; de modo que puedan ser intervenidos los efectos combinados que producen en los niños. Es decir, la escasa motivación intrínseca (una deficiencia secundaria) da lugar a que el niño no pueda adquirir los complejos esquemas que consta de conocimientos, habilidades, y estrategias (otra deficiencia secundaria) y es allí, donde se requiere que los programas multimodales, sean diseñados para intervenir los efectos que las predisposiciones tanto primarias como secundarias produzcan en el niño consecuencias como el fracaso escolar, la pérdida de motivación, baja autoestima, sentimientos de minusvalía y baja tolerancia a la frustración entre otros que impiden el logro de objetivos y metas previstos. Ahora bien, ese estilo de aprendizaje pasivo- dependiente, característico en muchos de los niños con T.D.A.H., a pesar se llegar a ser notablemente disminuido en la medida que el niño adquiere estrategias óptimas para su desempeño, mediante el entrenamiento metacognoscitivo brindado en el programa; a la hora de indagar por los resultados en contextos naturales, (fuera del consultorio o las aulas de apoyo), se pierde, ya que el niño no encuentra interlocutores que reduzcan sus experiencias de fracaso, a través de expectativas menos exigentes, o un acompañamiento apropiado al nivel de adquisición de estas estrategias y su fomento y posicionamiento gradual en dichos espacios naturales.

A manera de conclusión, cabe decir que, que dentro del manejo de las variables cognitivas, afectivas y conductuales, planteadas a lo largo de esta investigación; la inclusión del contexto familiar fue lo que permitió dilucidar ampliamente el ajuste social para el niño, sobre todo, porque a pesar de la implementación de las tres áreas de habilidad cognoscitiva (Autocovigilancia, auto evaluación y autorrecompensa) requeridas para el buen autocontrol del menor, las cuales hacen parte del entrenamiento en habilidades de solución de problemas interpersonales y sociales, por medio de los espacios terapéuticos creados para los niños, no arrojaron resultados tan óptimos como los que se pretendían alcanzar a pesar que complementaron diferentes estrategias e intervenciones clínicas para disminuir las características secundarias del niño con tdah, todo ello, en gran medida porque en los ambientes naturales (el hogar y su interacción con padres y otros miembros de la familia) no se logró posicionar el grado de compromiso y cooperación requerida para facilitar en el niño, los mismos cambios observados en el aula de clase y el contexto escolar, de allí que persistiera en el hogar la presencia negativa de variables cognoscitivas conductuales y principalmente afectivas amenazantes para estos niños, así estas ya no lo fueran,

de hecho, la hipótesis se pudo confirmar en la medida que se observó una diferencia estadística significativa entre las mediciones pre test – post test en Distractividad, hiperactividad impulsividad de 61.1.% a 44.1 % marcando un 17.1% de eficacia en la modificación de los síntomas primarios enunciados anteriormente, lo que ubicado en una escala de medición global de resultados de eficacia, donde 25%= 100, tomando como valores siguientes rangos: **Rango 0**, que significa *Eficacia Nula*, **Rango 1** que va de (1-5) y significa *Eficacia Baja*, **Rango 2** que va de (6 a 10) y significa *Eficacia media Baja*, **Rango 3** que va de (11 a 15) y significa *Eficacia Media*, **Rango 4** que va de (16 a 20) y significa *Eficacia Media Alta*, **Rango 5** que va de (21 a 25) y significa *Eficacia Alta*. De acuerdo con lo anterior el nivel o rango de eficacia alcanzado en la Investigación a través de las pruebas Pre test – post test, para el desarrollo de esta Hipótesis corresponde a un nivel de eficacia de 4, es decir **Rango 4** que va de (16 a 20) y significa *Eficacia Media Alta*.

Aun así, al hacer mención de los síntomas secundarios, cabe decir que los problemas impersonales y las deficiencias en habilidades sociales que para muchas investigaciones en T.D.A.H. no son identificados como áreas de importancia en los diferentes textos de estudio e investigación; para este estudio en particular si se enuncio como un factor determinante para la modificación, mantenimiento y generalización de logros y eficacia de la intervención, haciendo énfasis en que es cada vez más recurrente la identificación de estas, en la exploración de sintomatologías claves para la comprensión global del trastorno; más aun, cuando padres y maestros demuestran su frustración a la hora de evaluar los alcances y la efectividad de los tratamientos implementados durante consulta clínica en el contexto escolar o en espacios diferentes a estos.

***H3: Si se aplica un programa de intervencion multimodal a un grupo de niños con T.D.A.H., abra un aumento de las practicas de crianza de los padres***

*Ho: El tratamiento no fue eficaz con respecto a la modificacion de practicas de crianza de los padres*

V/s

*HA: El tratamiento si fue eficaz con respecto a la modificacion de practicas de crianza de los padres*

De los resultados obtenidos en las pruebas aplicadas a los niños y padres, hemos confirmado o rechazado las siguientes hipótesis:

Como un punto de encuentro entre la hipótesis planteada y otras hipótesis de estudios de referencia elaborados por Barkley y Douglas, existen algunos aspectos de interés para argumentar el rechazo de la Hipótesis 3, de este estudio de investigación, principalmente con respecto a que *El tratamiento no fue eficaz con respecto a la modificacion de practicas de crianza de los padres* ya que el estudio demuestra un aumento estadístico poco significativo equivalente al 7,10 % de eficacia y mejoría en los resultados de pretest y Post test, en los cuales puntuo

un 29.8 % a un aumento del 36.9. % respectivamente. Ahora bien, entre las mediciones pre test – post test del 29.8.% al 36.9 %respectivamente, que demuestran un una mejoría del 7.10% de eficacia en la obtención de modificaciones en las practicas de crianza, permite ubicarlo un nivel de eficacia de 2, dentro de la escala de medición, ya que este porcentaje se encuentra ubicado en una escala de medición global de resultados de eficacia, donde 25%= 100, tomando como valores siguientes rangos: **Rango 0**, que significa *Eficacia Nula*, **Rango1** que va de (1-5) y significa *Eficacia Baja*, **Rango 2** que va de (6 a 10) y significa *Eficacia media Baja*, **Rango 3** que va de (11 a 15) y significa *Eficacia Media*, **Rango 4** que va de (16 a 20) y significa *Eficacia Media Alta*, **Rango 5** que va de (21 a 25) y significa *Eficacia Alta*.

De acuerdo con lo anterior el nivel o rango de eficacia alcanzado en la Investigacion a través de las pruebas Pre test – post test, para el desarrollo de esta Hipotesis corresponde a un nivel de eficacia de 4, es decir **Rango 2** que va de (6 a 10) y significa *Eficacia media Baja*.

De acuerdo con lo anterior, a pesar de lograr cubrir las expectativas creadas por el el equipo de trabajo, demostrando que es posible obtener un aumento en dichas practicas de crianza; los resultados no lograron ser lo suficientemente contundentes como para obtener la modificación de aspectos negativos muy marcados en los padres para ejercer la crianza de sus hijos, en este caso, los relacionados con los ítems: 2c5: Dejar que el hijo los manipule, 2c6: amenazar al hijo para que hagan lo que se requiere, 2c22: conseguir que obedezca, 2c33: Pegarle para lograr que haga lo que se requiere. En estos items, con escala de valor 1 a 4, siendo 1 nunca y 4 muy frecuente, se demuestra mejoría o logro cuando las cifras bajan. De acuerdo con lo anterior, en todos los ítems referidos, se demostró mejoría, pero los porcentajes no refieren altos puntajes, aun asi el resultado mas relevante lo obtuvo el ítem 2c33: Pegarle para lograr que haga lo que se requiere, demostrando un comportamiento en pretest de 43 puntos, posttest de 16, para una diferencia de mejoría de 27 puntos.

Por su parte los aspectos menos nocivos pero poco acertivos, que se ven muy marcados en los padres para ejercer la crianza de sus hijos, en este caso, los relacionados con los ítems: 2c1:ser claros en las peticiones, 2c7: cumplir recompensas, 2c13:elogiar o motivar a los niños ante retos o metas, 2c19: realizar tareas juntos, 2c24: compartir el cuidado del niño, ponerse de acuerdo para la crianza del niño, 2c37: Ser firme ante una decisión o solicitud. En estos items, con escala de valor 1 a 4, siendo 1 nunca y 4 muy frecuente, se demuestra mejoría o logro cuando las cifras aumentan. De acuerdo con lo anterior, los rangos de puntuación mas alta en el aumento de cambios positivos en las practicas de crianza de los padres se obtuvieron en los ítems 2c7 cumplir recompensas, demostrando un comportamiento en pretest de 37 puntos, posttest de 79, para una diferencia de mejoría de 42 puntos. 2c13:elogiar o motivar a los niños ante retos o metas, demostrando un comportamiento en pretest de 33 puntos, posttest de 79, para una diferencia de mejoría de 46 puntos., 2c37: Ser firme ante una decisión o solicitud,demostrando un comportamiento en pretest de 47 puntos, posttest de 82, para una diferencia de mejoría de 35 puntos.

Ver Grafico N° Practicas de Crianza General.

Con respecto a los resultados observados a lo largo de la Investigación en torno a la Variable de Practicas de Crianza, es importante argumentar que en esta investigación, al igual que en otros estudios, se ha demostrado que los padres de niños con t.d.a.h., experimentan mayor tensión, y presentan mayores problemas conyugales ocasionados por el difícil manejo de sus hijos, impidiéndoles controlar su vida personal y familiar. Barkley, se opone a esta postura teórica, aduciendo que “el T.D.A.H., no surge de una vida familiar desorganizada y disfuncional e insiste en demostrar bajo el argumento de largos años de estudio al respecto, dos hipótesis, la primera que los problemas más importantes que se observan en los familiares de estos niños pueden relacionarse con las condiciones genéticas o hereditarias; de allí, que la causa del T.D.A.H del niño, no sean los problemas psiquiátricos de padres o familiares ni el mal ambiente que les rodea, sino de los genes que los padres y el niño tienen en común. La segunda hipótesis, plantea que los problemas psiquiátricos de los familiares de un niño con T.D.A.H., aparecen más a menudo solo en un subgrupo de niños con este trastorno, que además presentan conductas agresivas, desafiantes, y antisociales, y son solo los padres que pertenecen a este subgrupo, los que presentan problemas con el abuso de drogas y alcohol o depresión y conductas antisociales; enfatizando finalmente en que los problemas de estos padres y de la familia, están vinculados con el desarrollo de conductas agresivas y antisociales y no con el T.D.A.H.”<sup>16</sup>. Cabe decir que a pesar que Barkley, es enfático en defender su postulado, diciendo que es improbable que la causa del T.D.A.H. de los niños que viven en esas familias sea de tipo social, como sería una mala crianza o una vida familiar perturbada y estresante; en cambio, sugiere que los niños con T.D.A.H., si pueden contribuir a una mayor desorganización de la vida familiar y aumento de estrés en los padres.

Ante este panorama, es fundamental resaltar, que es clara la no causalidad del trastorno debido a estos factores, pero eso no significa que el autor deba excluir del campo investigativo, la influencia que tiene las variables psicoemocionales y familiares en la evolución favorable del trastorno.

De este modo, bajo la búsqueda de condiciones metodológicas y teóricas; argumentadas en autoras como Douglas, y la veracidad de los hechos obtenidos en el estudio, es factible afirmar, que factores tales como una indisciplina inconsistente, así como una vida familiar desordenada y confusa influyen en gran medida en la aparición de efectos secundarios como el desempeño deficiente o poco efectivo del niño; lo que ocasiona, un impacto cotidiano aparentemente sutil, pero cuyas consecuencias sobre el funcionamiento desadaptativo son extremadamente graves; y comprueba el porque los niños con T.D.A.H., luchan por adaptarse a las demandas de la vida social, familiar y escolar, sin tener éxito en las metas que se autoimponen o que otros le han fijado. De allí que sea requerida de más disciplina, más organización, más límites, y esto solo es posible si los

---

<sup>16</sup> Russell Barkley. Niños Hiperactivos. Como aprender y entender sus necesidades especiales. Barcelona, 1999. Pag 91-98.

padre están interesados en comprometerse en el día a día con sus hijos; lo que les implica capacitarse en el tema, dejar de ser tan permisivos, contradictorios, inseguros, etc.

Los resultados confirmados por la investigación no están lejanos a los postulados de Campbell, quien afirma que un estilo educativo, negativo, crítico, y autoritario, por parte de las madres de niños con T.D.A.H. precedía la persistencia de este problema en años anteriores, así como padres hostiles, u hogares con problemas matrimoniales, también contribuían a aumentar comportamientos desfavorables en este sentido; y aducía que el entorno familiar que los padres crean y la manera que tienen de responder a las dificultades de su hijo, puede mejorar o empeorar su evolución.

Por todo lo anterior, a manera de conclusión cabe decir que el entorno familiar y la crianza inciden en la generalización y mantenimiento del tratamiento del T.D.A.H. en los diferentes contextos de los niños vinculados al programa de modificación de conducta; por lo que a manera de resumen se aportan los siguientes datos:

1. El entorno familiar y la crianza inciden en el mantenimiento y generalización de conductas favorables para el niño con T.D.A.H., en la medida que estos pueden hacer que los síntomas propios del trastorno, mejoren o empeoren.

2. Una vez que el niño presente T.D.A.H., la severidad que alcancen los síntomas y el tiempo que persistan están parcialmente relacionados con la forma en que los padres se relacionen y eduquen a sus hijos.

3. Las variables de tipo psicosocial, económico, demográfico, cultural, educativo, entre otras, presentes en el hogar del niño con T.D.A.H., constituyen un alto factor de riesgo, para obtener el mantenimiento y generalización del tratamiento.

4. Factores de tipo biológico, psicológico o comportamental, presentes en los padres de niños con T.D.A.H., tienen una estrecha relación con el Trastorno y la severidad y mal pronóstico de este evitando mejoras permanentes o temporales; y son indiscutiblemente, más impactantes y difíciles de controlar que otros factores de orden ambiental y psicosocial, como por ejemplo la pautas de crianza inadecuadas, familias disfuncionales, bajo nivel educativo o analfabetismo de los padres, entre otros.

En conclusión, con respecto a esta hipótesis pueden surgir innumerables deducciones, pero la de mayor utilidad es que a partir de la inclusión de factores como el entorno familiar y la crianza, las condiciones psicoemocionales de los niños y el impacto del trastorno dentro de el contexto familiar, fue posible deducir la imperante necesidad de combinar este tipo de variables, presentes tanto en el niño como en los padres; con el fin de contar con las posibilidades de predicción del curso, pronóstico, evolución y progresos duraderos más allá de la parte clínica, lo que representa el mantenimiento y generalización de programas como este y por ende la eficacia y pertinencia del tratamiento integral – multimodal, en poblaciones de estratos principalmente 1 y 2 como las referidas en el presente estudio.

**H4: Si se aplica un programa de intervencion multimodal a un grupo de niños con T.DA.H., el tratamiento multimodal permitira un aumento estadísticamente significativo con respecto a la Adhesion al tratamiento**

4 Ho: El tratamiento no fue eficaz con respecto a la modificacion de Adhesion al Tratamiento

V/s

HA: El tratamiento si fue eficaz con respecto a la modificacion de Adhesion al Tratamiento

H4: La no Adhesión de padres al tratamiento terapéutico influye en la modificación generalizada y permanente de la conducta del menor, a pesar de la adhesión del niño en el trabajo terapéutico en su contexto escolar. Esta hipótesis ha sido confirmada, a través de los resultados obtenidos en las pruebas aplicadas a los niños y padres, por lo que al respecto puede decirse que durante las fases en las que se formo a los padres de familia y cuidadores de los niños y niñas vinculados al programa de atención integral, y principalmente, durante la fase de postratamiento correspondiente a la evaluación y seguimiento, se logro confirmar la hipótesis H4, dado que la mejoría de los niños y niñas con respecto a los objetivos terapeuticos dentro del contexto academico demostraron ser un indicador claro del cumplimiento o adhesión de los mismos al programa. Sin embargo, a pesar que este logro constituía una prueba contundente para padres y docentes; no consiguio mantener su durabilidad o generalización en los casos donde los padres no efectuaban el mismo nivel de compenetración y adhesión al programa, puesto que el proposito fundamental era el de convertir a los padres en coparticipes del proceso y en personas proactivas y comprometidas con el afianzamiento del conocimiento aportado por el programa de entrenamiento; de modo que los mismos, fueran multiplicadores de la información al interior del hogar y asi se lograra el mantenimiento y generalización. A pesar, de los múltiples esfuerzos implementados a lo largo del proceso, como la adecuación de tiempo, espacios, tecnicas y estrategias comunicativas entre otros; se hizo evidente el no cumplimiento o adhesión de los padres, lo que comprometió severamente el beneficio alcanzado por los niños en el tratamiento. De alli que, no solo se presentara la utilización ineficiente de los recursos proporcionados por el programa, sino también el deterioro de la calidad de la salud emocional del niño, ya que se empezo a percibir en ellos, manifestaciones de malestar frente a la implementacion de tecnicas que se dejaban como plan casero, compromisos de autorregistro y chequeo por medio de tarjetas de metas, contrato de etiquetas y programas de distintivos en el hogar; siendo visto el hogar, cada vez más de forma amenazante y a asociar a la familia de manera inadecuada frente a la satisfacción de necesidades.

Este aspecto, constituye en la investigación una situación de alta complejidad, ya que para muchos puede hacerse una lectura errónea sobre la efectividad del



tratamiento; la cual casi siempre es medida en términos de su superioridad clínica, mientras la realidad da muestras de la incidencia de las tasas diferenciales del cumplimiento o adhesión de los padres. Es decir, los resultados tienden a guardar un sesgo, dado que los resultados negativos de los padres no cumplidores con relación a los resultados positivos de los padres con un tratamiento continuado; que aprovechan todos los recursos ofrecidos por esta clase de programas, deben ser no solo promediados estadísticamente, sino además deben ser analizados con respecto a las variables o definiciones operacionales del cumplimiento, ya que factores como las características psicosociales, demográficas, económicas, culturales, educativas; los elementos del régimen de tratamiento, como la complejidad, el costo, los efectos colaterales, la interacción de los usuarios con el profesional tratante, los canales de información, entre muchos otros; paralelo, a las variables que afectan el cumplimiento o adhesión, tales como la inexactitud diagnóstica, sistemas de interacción deficientes entre el usuario-profesional (falta de habilidades interpersonales por parte del profesional tratante), modelos de creencias de la salud erróneas por parte de los usuarios, u otro tipo de factores tanto internos como externos (ambientales) que obren como variables extrañas; impiden la adhesión al tratamiento y el mantenimiento de resultados positivos, duraderos y generalizados, más allá de la intervención clínica y escolar que son traducidos en la eficacia, pertinencia y eficiencia planteada por este estudio.

## 6.2. DATOS DEL EXPERIMENTO.

Los datos que se presentan a continuación han sido extraídos de las escalas de situaciones escolares, Distactividad, actividad e Impulsividad y Cuestionario de Prácticas de Crianza, aplicado a padres y docentes de los menores vinculados al estudio:

Historia psicológica

## 6.3. REFERENCIA DE DONDE SE ENCUENTRAN LOS DATOS.

Como puede comprobarse en los resultados del estudio, hay una disminución significativa en los problemas de conducta, según aprecian los padres, medidos a través de los 3 instrumentos referidos en el numeral 6.0, siendo especialmente significativo el descenso en las puntuaciones de los predomios inatento e hiperactivo.

Respecto a los padres y educadores que han sido entrenados se han obtenido los siguientes resultados:

La tabla nº recoge los valores correspondientes a las comparaciones entre el pretratamiento y el postratamiento, y el pretratamiento y el seguimiento de las diferentes escalas de valoración para padres en el inventario de Conductas.

En general, los profesores aprecian mejoras en la conducta de los niños tras la aplicación del tratamiento, especialmente en la conducta externalizante (conducta agresiva) en clase y en los problemas de atención. Concretamente, en la valoración realizada por los profesores, se observa una disminución en el número de niños considerados con problemas atencionales tras el tratamiento y se muestra aumento notorio en el salón de clases, tal como se aprecia en el Gráfico N° , sobre situaciones escolares general, en el ítem 2a5, tras el tratamiento y en el seguimiento llevado a cabo con los niños y niñas. Los hallazgos apreciados por los docentes, sobre la disminución significativa de los problemas que presentan los niños en el ambiente escolar, según la valoración realizada por los mismos y el equipo multidisciplinario, demuestra su mantenimiento en la evaluación realizada un mes más tarde en el seguimiento.

En síntesis, la percepción de los problemas de atención de los niños disminuye, tanto en la valoración de los padres como en la de los profesores. Parece, por tanto, que el tratamiento cognitivo-conductual ha podido influir significativamente en la reducción de los problemas atencionales evaluados por los padres y por los profesores.

Listado de síntomas del TDAH DSM-IV (padres y profesores)

La tabla N° , muestra la media del número de síntomas de TDAH, según la información de padres y profesores en el listado de síntomas del DSM-IV. Las puntuaciones se estimaron a partir de la presencia o ausencia de los síntomas.

La tabla, recoge los valores correspondientes a las comparaciones entre el pretratamiento y el postratamiento, y entre el pretratamiento y el seguimiento de los diferentes subtipos de TDAH valorados por el listado de Síntomas de TDAH (DSMIV) contestado por padres y profesores.

Concretamente, en el listado de síntomas de TDAH (DSM-IV) padres se aprecia una disminución significativa en los síntomas de desatención, de hiperactividad-impulsividad. En cuanto al listado de síntomas TDAH (DSM-IV) profesores, se observa una disminución de los síntomas de TDAH, disminución que no es significativa entre el pre y el postratamiento, en los síntomas de hiperactividad-impulsividad, pero que demuestra cambios graduales muy favorables en los niños. Una de las posibles razones por las que los profesores reflejan mejoras con posterioridad a los padres puede deberse a que los profesores tardan algo más tiempo en detectar los cambios en el comportamiento de un alumno por trabajar en clases colectivas.

En la evaluación del seguimiento, los padres informan de mejoras notables, lo que en síntesis: la mejora que los padres describen hace referencia a una mejora en la conducta social de su hijo tras la aplicación del tratamiento.

Como se aprecia en el gráfico N° , se constata una disminución en las puntuaciones de las subescalas del cuestionario pre tests – post test . Los padres

perciben, especialmente, una mejora en la esfera social del niño, que va acompañada de una disminución de las conductas agresivas, y un descenso en los problemas de ansiedad/depresión, lo que puede hacer pensar en un incremento en la calidad de las interacciones sociales del niño con su entorno.

#### 6.4. DESCRIPCIÓN O CARACTERÍSTICAS DE LOS DATOS.

Análisis de los datos obtenidos con las pruebas aplicadas.

La eficacia del tratamiento en los diversos momentos de la intervención se valoró mediante una serie de pruebas que se administraron antes de iniciar el tratamiento, inmediatamente después de finalizarlo y tras un período de un mes o mes y medio a partir de su finalización. Las pruebas seleccionadas han sido ampliamente utilizadas en la valoración de la presencia de síntomas de TDAH y síntomas asociados, en el ambiente familiar y escolar. A continuación se comentan los resultados.

Las técnicas cognitivas comportamentales para modificación de conductas (reforzamiento, extinción y modelamiento) resultan ser óptimas a la hora de fusionarlas en el tratamiento psicoeducativo y psicológico

En La tabla Nº 30 , se recogen las comparaciones entre el pretratamiento y el postratamiento, y entre el pretratamiento y el seguimiento de los niños con predominio Inatento:

Según la información suministrada por los padres tras el tratamiento, se aprecia lo siguiente:

Resultado en niños y niñas con T.D.A.H. Predominio Inatento:

En el caso de la aplicación de pruebas para verificar modificación de síntomas primarios y secundarios, en los niños y niñas del estudio con T.D.A.H. Predominio Inatento, se obtuvieron datos porcentuales como los siguientes:

#### 5. Practicas de Crianza:

En este caso, de acuerdo con el reporte de proceso de seguimiento, con respecto a las practicas de Crianza, la cifra señala un 7.07 % de nivel de logro, siendo relativamente bajo si se compara con la escala de 1 a 5; siendo 5 el nivel maximo, ya que según ese porcentaje la ubicación en la escala le corresponde al 2 nivel.

En el seguimiento y medición de este aspecto se realizaron varias modalidades para la exploración de cambios tanto en los padres como en otros miembros de la familia, dado que este aspecto cobro una relevancia categórica para la fundamentación del estudio, de este modo, dentro de los resultados se observo una predominante mejoría en las interacciones familiares positivas, con modelos paternos que fijan directrices claras, con presencia de nuevos recursos comportamentales, emocionales y metodológicos óptimos para el abordaje de las

condiciones adversas que puedan presentarse en sus hijos, y sobre todo con un alto nivel de confianza y flexibilidad para estimular a los niños y niñas hacia la aceptación del T.D.A.H. y el cambio favorable de condiciones en su calidad de vida. Al respecto, cuidadores, tutores y principalmente los padres de los niños, reconocieron una alta incidencia del tratamiento en la obtención de hábitos y practicas de crianza positivas, direccionadas por principios de autoridad, apoyo emocional para los niños y autocontrol de las emociones de frustración o malestar ante el mal comportamiento de sus hijos, asi como de la disminución de comportamientos violentos y agresivos de su parte; por lo que dentro del post-test del inventario de situaciones relacionadas con las practicas de crianza, disminuyo notablemente la presencia de situaciones como: Irritarse con facilidad por el comportamiento del hijo, perder el control cuando los castigan, Maltratarlos o permitir que desobedezcan cuando lo mandan a hacer una actividad, Dejar que hagan lo que quieran, Ser poco claros cuando les hacen una petición, Olvidar manifestarle aprobación cuando se comportan bien o Permitirles la manipulación para obtener algo.

Aun asi, no todos los casos presentaron cambios tan visibles o favorables por parte de algunos padres, puesto que confluyeron múltiples variables de tipo socioeconómico, educativos, demográficos, ocupacionales, ambientales y factores predominantes como disciplina inconsistente, vida familiar desordenada y confusa y patrones de maltrato psicológico, abandono social y ruptura de vínculos afectivos que vienen de generaciones anteriores convirtiéndose en el único modelo conocido para desempeñarse en su rol de padres.

Como otra particularidad encontrada en este aspecto, fue el reconocimiento de los padres sobre la existencia de dificultades para realizar actividades con sus hijos ya que argumentan que las condiciones económicas les impide permanecer en la casa bien sea porque sus empleos les demanda mas de 8 horas fuera del hogar, muchos son en horarios nocturnos, y en otros casos son fuera de la ciudad, por ser contratos en fincas, construcción u otras labores que requieren su desplazamiento fuera de la ciudad, lo que impide la utilización de tiempo libre o espacios de ocio, recreación o simplemente de cortos periodos de tiempo para jugar en casa o acompañar a sus hijos en la casa. Al igual, expresan poca disminución de la existencia constante de desacuerdos entre la familia para dirigir el comportamiento del niño, resaltando ademas que muchos de los familiares consideran un cambio desfavorable para la formación de los niños; la aplicación de tecnicas que motivan a la flexibilidad y la negociación entre ellos como padres y sus hijos, viéndolos como “alcahuetes” y considerando que con ello generan perdida de su autoridad. Opiniones como esta ultima, fueron recurrentes, siendo expuesto que la queja o critica como ellos mismos la llaman, es ejercida no solo por parte de los familiares ajenos al espacio de capacitación y de los conversatorios que se dirigieron a lo largo del proceso, sino ademas, por parte de uno de los padres o cuidador del niño con quien se distribuyen la crianza del mismo, dado que en el niño no siempre cumple con los acuerdos con ambas partes, ni respeta la autoridad de sus padres o cuidadores de forma equivalente, incidiendo en este cuadro, adicionalmente, la presencia de la desautorización

constante entre uno de los padres o miembro de la familia cuando los padres incorporan las técnicas o métodos propuestos en la terapia psicológica o pedagógica.

La tabla N° y Grafico N° 31 , recogen las comparaciones entre el pretratamiento y el postratamiento, y entre el pretratamiento y el seguimiento de los niños con respecto a esta variable:

Resultado en niños y niñas con T.D.A.H. Predominio Combinado:

Con respecto a la aplicación de pruebas para verificar modificación de síntomas primarios y secundarios, en los niños y niñas con T.D.A.H. Predominio Combinado, se obtuvieron los siguientes datos:

1. Respuestas Cognitivo Comportamentales: En este aspecto un número reducido de niños presentaron dificultades durante el seguimiento para modificar comportamientos como: Hablar en exceso, desorientarse constantemente para hacer algo, controlar el exceso de actividad motora, moverse, correr o saltar en lugares no apropiados, No Medir el riesgo o el peligro y evitar mover excesivamente manos o pies, al igual persistió el rechazo por su comportamiento.

2. Respuestas Psicoemocionales: Fue evidente la lenta recuperación de los niños y niñas con respecto a los síntomas secundarios, de hecho, en este aspecto el predominio combinado fue el de menor puntuación, comparativamente con los otros dos subtipos. De allí que se observara la persistencia de situaciones con baja recuperación en aspectos como: Retraimiento Social, Baja autoestima, Baja Tolerancia a la frustración, Aburrimiento, Mala relaciones sociales y familiares, Irritabilidad, Respuestas violentas debidas a la frustración y Miedo para aprender cosas nuevas.

2. Practicas de Crianza: En el seguimiento de este aspecto se realizaron al igual que en el subtipo anterior varias modalidades para la exploración de cambios tanto en los padres como en otros miembros de la familia, de este modo, dentro de los resultados se comprobó una mejoría importante en las interacciones familiares positivas, con presencia de nuevos recursos comportamentales, emocionales y metodológicos óptimos por parte de los padres, aun así, de los 3 subtipos, este fue el que menor porcentaje arrojó en el mejoramiento de este aspecto. De todas formas, se confirmó por parte de cuidadores, tutores y principalmente los padres de los niños, un alto nivel de satisfacción ante la positiva incidencia del tratamiento en la obtención de hábitos y practicas de crianza, demostradas a partir de la medición de condiciones mediante los post-test del inventario de situaciones relacionadas con las practicas de crianza, donde se observó la disminución de situaciones como: Maltrato, poca claridad cuando le hacen una petición a los hijos, irritarse con facilidad por el comportamiento del hijo y Castigarlo físicamente.

A pesar de ello, quienes contestaron los instrumentos pre-test y post-test, coincidieron en sus argumentos sobre el pobre efecto obtenido ante la implementación de las técnicas aportadas en las terapias de modificación de conductas, entrenamiento en autoinstrucciones verbales(AIV)para padres y niños y entrenamiento en Habilidades Sociales, explicando que un factor determinante para que a diferencia de los resultados de los otros dos subtipos, en este predominio, no se efectuaron tantos logros; fue el hecho que dentro de este subtipo, la impulsividad del niño, genera un desgaste mayor en ellos, además de sentir que la demanda de tiempo fuera mayor para padres con hijos que presentan este subtipo, que para los otros subtipos, puesto que sus hijos requieren mayor supervisión, y su ajuste interpersonal y social no se ve fácilmente disminuido con las técnicas a no ser que exista un afianzamiento de dichas técnicas por parte de otros miembros del hogar que contribuyan para que el niño reconozca el impacto que trae su falta de adaptación y la importancia de cooperar con el direccionamiento efectuado por parte de la familia u otras personas cercanas a el.

Durante los conversatorios y espacios de retroalimentación, destinados para este tipo de análisis, los padres prefirieron que a pesar de tener en cuenta la implementación de los procedimientos al pie de la letra, por ejemplo coste de respuestas, ayudas adicionales durante el acompañamiento para que realizaran las tareas mediante estrategias para la vigilancia cognoscitiva, etc, los niños lograban descompensar a los padres ante el bajo rendimiento, la inquietud la intromisión e imprudencia para actuar, la impaciencia y la sobre todo, por su constante exposición a situaciones en las que no mide el riesgo o el peligro, ni la consecuencia de sus acciones. Lo que identificaban como una limitante y un reto tanto para el programa de intervención como para ellos, porque aducían generalmente terminaban por recaer en viejos hábitos negativos, como la irritabilidad, las amenazas para obtener su atención o respeto y hasta el castigo emocional o físico. De igual forma, los datos arrojaron un alto porcentaje en la presencia de situaciones como: Permitir que el niño los manipule para obtener algo, perder el control cuando recurren al castigo, Dejar que el hijo haga lo que quiera, permitir que desobedezca cuando lo mandan a hacer una actividad.

Al igual que en los demás subtipos , los resultados relacionados con este aspecto, demuestran la existencia de desacuerdos entre la familia para dirigir el comportamiento del niño, y los padres incurren en olvido para manifestarle aprobación cuando se comporta bien.

La tabla N° , recoge las comparaciones entre el pretratamiento y el postratamiento, y entre el pretratamiento y el seguimiento de los niños con respecto a esta variable:

Resultado en niños y niñas con T.D.A.H. Predominio Hiperactivo:

Los resultados de la aplicación de pruebas para verificar modificación de síntomas primarios y secundarios, en los niños y niñas del estudio con T.D.A.H. Predominio Hiperactivo, arrojo datos como los siguientes:

1. Respuestas Cognitivo Comportamentales: Los resultados del seguimiento efectuado en este aspecto, demostraron un cambio positivo en la modificación de conductas desfavorables de niños diagnosticados con T.D.A.H. con predominio Hiperactivo, representando el segundo promedio más alto de efectividad de la aplicación del programa de tratamiento, aun así, los datos registrados evidenciaron que de los 29 ítems, 5 de ellos, permanecieron casi iguales con una variación de 2 a 3 niños que disminuyeron comportamientos disfuncionales, caso contrario a los que continuaron presentaron dificultades con manifestación de comportamientos como: No medir el riesgo o el peligro, Movimiento excesivo de manos o pies, rechazo constante por su comportamiento, mover, correr o saltar en lugares no apropiados, exceso de actividad motora, e impaciencia.

2. Respuestas Psicoemocionales: Al igual, que los dos subtipos anteriormente mencionados, se hace notable una lenta recuperación de los niños y niñas con respecto a los síntomas secundarios o psicoemocionales; por lo que se reporta una marcada persistencia de situaciones con baja recuperación en aspectos como: Retraimiento Social, Baja Tolerancia a la frustración, Baja autoestima, Mala relaciones sociales y familiares, Irritabilidad, Tics o hábitos nerviosos.

3. Prácticas de Crianza: Como una generalidad para realizar el seguimiento y medición de este aspecto, se desarrollaron varias modalidades para la exploración de cambios tanto de este subtipo como en el inatento y el combinado; ya que como se explicó en la presentación de datos de los demás subtipos; las prácticas de Crianza, contienen una relevancia categórica para la fundamentación del estudio, dentro de los resultados se observó una mejoría notable y un cambio favorable de condiciones en la calidad de vida, tanto en los niños como en los padres. Al respecto, cuidadores, tutores y principalmente los padres de los niños, reconocieron una alta incidencia del tratamiento en la obtención de hábitos y prácticas de crianza positivas, por lo que dentro del post-test del inventario de situaciones relacionadas con este tema, se logró demostrar concordancia con las explicaciones de estos; de allí que se reflejara una disminución notablemente en la presencia de situaciones como: Olvidar manifestarle aprobación a los hijos cuando se comportaban bien, Maltratarlos, Castigarlos físicamente, perder el control cuando los castigan, Dejar que hagan lo que quieren, Ser poco claros cuando se les hace una petición. En este sentido se abordó a los padres durante las sesiones de seguimiento, los conversatorios y las reuniones de retroalimentación de los datos, para preguntarles el porqué se dio una mejoría de las condiciones psicosociales y familiares tan óptimas con respecto a los logros de los demás padres con hijos que pertenecen a los otros subtipos; y el porqué de la disminución tan notoria de aspectos relacionados con la forma de ejercer el control con los hijos por medio de la no violencia, el maltrato físico y emocional, si la incidencia de estos aspectos era uno de las mayores preocupaciones por parte de los mismos antes del programa de intervención; por lo que lograron definir con facilidad 3 condiciones fundamentales de éxito en este tipo de intervención:

1. La formación recibida a través de los grupos de estudio, conversatorios y capacitaciones, permitió la eliminación de ideas erradas frente al manejo de los

hijos, la forma de lograr respeto, de ejercer autoridad con actos violentos o maltratantes y sobre todo argumentaron que obtuvieron mayor seguridad al generar lazos afectivos, más estrechos con sus hijos, a pesar que este factor fuera visto por otros miembros de la familia como una forma de “alcahuetería”, ya que el comprobaron que el proceso era lento pero que se conseguían los resultados esperados, a pesar que los demás miembros de la familia no consiguieran los mismos beneficios por la inconstancia o por la falta de credibilidad en los logros antes mencionados a través del programa psicoterapéutico.

2. En su gran mayoría, los padres confirmaron la utilidad de las técnicas para obtener cambios favorables en la conducta de sus hijos, sobre todo en lo relacionados con el control de conductas como moverse excesivamente, o las dificultades para dominar su inquietud, desobediencia o imprudencia tanto en la casa como fuera de ella. En estos aspectos informaron una alta credibilidad en los mecanismos y estrategias aprendidas en las sesiones psicoterapéuticas, dado que reconocieron que la principal causa para que estas situaciones se desbordaran hasta hacerles perder el control antes del tratamiento; era precisamente porque carecían de claridad a la hora de darle ordenes a los hijos, olvidaban manifestarle aprobación ante el logro de objetivos o actividades asignadas, y eran inflexibles y agresivos en situaciones conflictivas, bien fuera, por el temor a que recurrieran en actos negligentes o porque su nivel de frustración y enojo ante el mal comportamiento de los niños los dejaba agotados y mal humorados.

2. Estos padres, evidenciaron que más que los factores relacionados con ayudas como el tratamiento farmacológico, que fue una situación dominante en el grupo de los niños con predominio hiperactivo; la razón de éxito la constituyo, el soporte de las instituciones a las que pudieron acceder de forma gratuita, ya que algunos preferían vincular a sus hijos a las jornadas dedicadas para sesiones psicoterapéuticas y desarrollar planes caseros, a pesar de requerir un esfuerzo en tiempo y compromiso por parte de los mismos padres, que continuar con el medicamento, por temor a efectos secundarios a futuro, a parte de costos y otros factores adicionales. Finalmente, coincidieron en que una situación a su favor en este proceso de investigación y tratamiento, fue el hecho de ser un grupo pequeño de niños (en total 8 niños, con predominio Hiperactivo), lo que facilito la filiación de los padres para intercambiar experiencias y reconocer que su caso no era único, o que las dificultades familiares y escolares no se debían solamente a la falta de autoridad o a la incompetencia de ellos, en su papel de padres, sino más bien a una serie de situaciones que debían ser tratadas con ayuda profesional.

En general, este grupo de padres, lograron adaptar técnicas y mecanismos como el entrenamiento en autoinstrucciones verbales(AIV) para padres y niños y entrenamiento en Habilidades Sociales y generaron una especie de red de apoyo entre si, intercambiando información de fracaso y logro en la implementación de estas técnicas, en espacios como el Grupo de apoyo PANDA y otros espacios generados por el equipo de trabajo del presente estudio.

GENERALIDADES:



Dentro de los datos que sustentan la eficacia de la intervención terapéutica multimodal en niños con T.D.A.H. de estratos 1 y 2 del Instituto Sur Oriental de Boston, como parte de los objetivos trazados en este estudio investigativo; se pueden observar resultados favorables para la población beneficiaria del mismo, a partir de las cifras porcentuales que reflejan, resultados muy positivos en los reportes tanto cualitativos como cuantitativos del estudio en el proceso de seguimiento. Cabe resaltar además, que dentro de la distribución por subtipos; el número de Niños y niñas correspondiente a cada uno de ellos, generó un cierto grado de heterogeneidad, implicando una mayor dedicación por parte de los equipos de trabajo, y ejerciendo un caldo de cultivo de gran interés para futuras investigaciones; ya que de estas particularidades se desprendió un clima organizacional que requiere ser estudiado con mayor detenimiento para controlar aquellas situaciones que limitaron o entorpecieron la ejecución de acciones programadas y potenciar las que dinamizaron y favorecieron la ejecución de los planes de acción psicoterapéuticos.

**ADHESIÓN al tratamiento:** Tal como se argumentó ampliamente en el tema de la adhesión, la aceptación de las demandas de los profesionales tratantes por parte del consultante o paciente, generó un amplio debate, respecto a la protección y mantenimiento del cuidado de la salud, ya que tanto clínicos como investigadores, deben asumir el reto de indagar no solo por la definición operacional del tratamiento, los costos, el cumplimiento en el régimen estipulado por el profesional, sino también, por las condiciones que limitan dicha adhesión, las formas de superarlas, y principalmente por las variables psicosociales que influyen en el cumplimiento; de modo que se puedan resolver objetivos como los propuestos en este estudio de investigación, con respecto a la eficacia de los tratamientos implementados y la pertinencia de la intervención psicoterapéutica y psicopedagógica en niños con TDAH, pertenecientes a estratos 1 y 2 para lograr la generalización y mantenimiento del tratamiento.

Otra observación, es que para efectos de la modificación de conductas y verificación de logros, se debe tener en cuenta que durante el año escolar es constante encontrar una mejoría y respuesta favorable de los niños ante la intervención multimodal y una motivación paulatina en los padres por cumplir con los requisitos básicos para vincular a sus hijos en el proceso; principalmente porque dicen reconocen los beneficios recibidos en el tratamiento, dadas las dificultades de acceso a servicios similares en instituciones de salud y en centros educativos públicos, donde no se cuenta con equipos multidisciplinarios ni profesionales del área asistencial.

**Impacto de la presencia del T.D.A.H. en la vida Familiar:**

En el análisis de resultados, se identificó el impacto que ocasiona en la familia tener un hijo con TDAH, las características del estilo de paternidad que poseen los padres de niños con TDAH y las variables que influyen en la crianza, teniendo en cuenta las tipologías familiares presentes en nuestro país, al igual que el estilo de paternidad que utilizan las madres y padres de niños con TDAH y la influencia de las variables sociodemográficas y culturales.

Dichos resultados, muestran diferencias significativas, donde las madres, padres y cuidadores poseen un estilo de crianza disfuncional, con presencia de disciplina inconsistente, vida familiar desordenada y confusa y patrones de maltrato psicológico, abandono social y ruptura de vínculos afectivos, así como estrategias de disciplina de mayor sobre reacción con tendencia a una mayor irritabilidad.

Se confirmó, que este factor sí influye y es determinante para el posicionamiento de las habilidades enseñadas a los menores para modificar conductas disfuncionales relacionadas con el TDAH, y para la generalización del entrenamiento asertivo y otras técnicas implementadas en el ámbito escolar, que, se esperaban posicionar en los demás contextos próximos al menor.

En relación con el nivel de tensión parental relacionado con la crianza de un niño con TDAH y la influencia de las variables edad, sexo, subtipo; se logró notar en la ficha de seguimiento, que los padres y cuidadores presentaban un alto porcentaje de estrés, por lo cual se diseñaron estrategias para su medición en futuros estudios, de modo que se logró identificar el Índice de ocurrencia y con ello la proyección de medidas correctivas. Aun así, por medio de los análisis estadísticos, de los instrumentos aplicados a los padres por parte del equipo multimodal y los docentes expertos, se logró mediante un monitoreo pretest- post test, de inventario de prácticas de crianza (modificado y adaptado para este estudio) revelaron que la tensión parental ocasionada por la crianza de hijos con TDAH, alcanza cifras muy altas y paradójicamente, el nivel de motivación para la adhesión al tratamiento sea mínima,. Otro factor evidente dentro del estudio fue el de las madres de niños con subtipo de TDAH combinado, que mostraron niveles más altos de estrés parental que las de los otros dos subtipos; reflejando en los registros de prácticas de crianza un bajo desempeño en pretest – post test.

## **7.0 DISCUSIÓN**

En Colombia, desde hace unos años se viene evidenciando la necesidad de implementar estrategias definitivas para la atención y cura del TDAH. Bajo dicho anhelo, instituciones a nivel nacional con trayectoria en la atención de este trastorno han definido, como ya es sabido, que a pesar de no existir una solución única para el tratamiento de este, a partir del trabajo unificado que involucre el compromiso de la familia, los docentes y profesionales de la salud, se logró una recuperación permanente; máxime si se incorpora un programa integral de ayuda con el cual sea posible la generación de cambios positivos, cuyos efectos sean duraderos con respecto a la adopción de habilidades de autocontrol, metacognitivas y sociales esenciales para superar sus dificultades; siempre y cuando, estas sean adaptadas a las condiciones psicosociales, sociodemográficas y técnicas de forma generalizada.

### **7.1. DESCRIPCIÓN SOBRE LA IMPORTANCIA DE LOS RESULTADOS**

En términos generales, los resultados del presente estudio coinciden con otro tipo de investigaciones, acerca de la utilidad Clínica de la Modificación Cognitivo Conductual (MCC), para conseguir cambios en la conducta de niños con T.D.A.H, (Douglas, 1976); sobre todo, cuando se reconoce en este tipo de modelos y procedimientos, la eficacia y pertinencia de su aplicación en poblaciones con las condiciones socioeconómicas, demográficas, culturales, educativas, etc, semejantes a la mayoría de poblaciones donde existen problemáticas de alta complejidad, en términos de la salud física y mental. Dichas poblaciones, aun siguen desprovistas de una atención oportuna, sistemática y sobre todo eficaz; pese a ser diagnosticadas y contar con mapas de riesgo en salud mental que evidencian las necesidades que más aquejan a la infancia y la adolescencia, así, como a otros grupos poblacionales que epidemiológicamente han sido caracterizados de acuerdo con perfiles de demanda inducida y otros mecanismos estatales, para conocer sus factores de riesgo y de protección. Con el agravante, de pertenecer a sectores marginales de la sociedad, donde se carece de espacios locativos, recursos humanos y principalmente se carece de iniciativa por parte la sociedad civil, y de las instancias de carácter público y privado que tienen campo de acción en dichos sectores.

- Validación de la Información:

Es en este sentido, en el que investigaciones como esta, brinda una amplia posibilidad de superar el discurso teórico y demostrar la aplicabilidad de esta clase de modelos en poblaciones habidas de una intervención integral. Es por ello, que de acuerdo con la validación de la información en grupos poblacionales de niños con T.D.A.H. pertenecientes a los estratos 1 y 2; y bajo el ánimo de obtener resultados válidos y de alta confiabilidad, con respecto a la pertinencia de dichos modelos en contextos propios a nuestra cultura, que reflejan connotaciones de tipo socioeconómico y demográfico; pueda aprovecharse los cambios coyunturales de nuestro país, que a partir de atribuciones constitucionales y legales, de obligatorio cumplimiento en el ámbito de sus competencias y obligaciones, exige en la actualidad, a las entidades departamentales, distritales y municipales y en general a las entidades responsables de brindar cobertura universal en salud, educación, recreación y deporte, asistencia social y judicial; el desarrollo, adopción o ajuste de documentos técnicos y expedir actos administrativos para facilitar la implementación de Planes Nacionales, de modo que atiendan las diferencias regionales, étnicas y culturales.

- Apropiación Social del Conocimiento:

La Apropiación social del conocimiento (ver tabla 32), como propósito final de esta investigación, es otro factor que connota gran relevancia dentro del campo clínico e investigativo; dado que tal como lo refiere el ministerio de Protección social en el decreto 3039 del 10 de agosto de 2007, “Las acciones de salud individuales y colectivas con la participación responsable de todos los sectores de la sociedad, que mejoren las condiciones de salud de la población, promoviendo condiciones y estilos de vida saludables, previniendo y superando los riesgos para la salud, y recuperando o minimizando el daño, hacen parte del llamado la movilización social de actores y la concertación y articulación de las acciones sectoriales e intersectoriales.”

Es por ello, que al hablar de la apropiación social del conocimiento, se considere este tipo de acciones para movilizar a la sociedad civil, las sociedades científicas, las instituciones formadoras del talento humano en salud y educación, y otros sectores de la sociedad civil organizada, mas aun cuando existen en la actualidad mecanismos estatales para hacerlo, por ejemplo a través del Plan Nacional de Salud Pública, en el cual se integran el mandato constitucional sobre el derecho a la salud bajo diversos enfoques conceptuales y principios, enmarcados en el Artículo 33 de la Ley 1122 de 2007 cuyo objetivo es mejorar las condiciones de salud, bienestar y calidad de vida de la población residente en el territorio Colombiano.

- Variación de los grupos poblacionales estudiados:

Dentro de los resultados obtenidos, la variación de los grupos resulta ser de gran importancia, dado que obtener una consistencia interna y confiabilidad requiere de instrumentos y dispositivos, que ofrezcan una aguda interpretación de datos tanto cualitativos como cuantitativos, de hecho, a pesar que los índices obtenidos apoyen la validez de los resultados, se requiere de un dispendioso manejo de pruebas posteriores que permitan una alta validez de los datos que se obtienen con investigación cualitativa, puesto que, estudios como este, generan inconsistencias para el análisis de datos. En esta medida, este tipo de análisis es muy valioso al momento de diseñar programas de tratamiento, especialmente en los programas de adiestramiento de padres, tal como lo confirma Maribel Matos, (1997), ya que el trasfondo socioeconómico, demográfico, psicoemocional y cultural de la población vinculada en el proceso suele ser determinante en la adopción de directrices establecidas en los programas y en la modificación, mantenimiento y generalización de conductas y en la constante objetividad por parte del clínico o el investigador, para realizar una lectura de las situaciones que estos desencadenen.

Con relación al adiestramiento de niños, cabe exponer que el número de niños y niñas a pesar de ser relativamente reducido, cuenta con una variación dentro de estos bastante grande, lo que dificulta la obtención de datos consistentes estadísticamente, a pesar de ser notorios los alcances de las intervenciones en MCC, dejando un panorama de ambigüedad, en la medida que hay presencia de cambios en los niños, pero no se le puede aducir a un solo factor, cuando hay multiplicidad de ellos interviniendo.

Ante esta particularidad, se puede concluir que, en la medida que el modelo teórico seleccionado en este estudio contiene un modelo teórico básico, demasiado directo y sencillo, pero que carece de dispositivos para el seguimiento de resultados cualitativos, se puede proponer como una condición de objetividad, para evaluar e intervenir de forma progresiva a los niños vinculados en el programa multifacético de procedimientos, a través de 3 pasos, que fueron adaptados de la siguiente forma: 1) Análisis de la labor de quienes han experimentado con el entrenamiento cognoscitivo- conductual en niños con T.D.A.H. (Para verificar idoneidad, relevo generacional y auto evaluación de habilidades, destrezas y recursos técnicos entre otros ), 2) Mantenimiento de correspondencia e intercambio de ideas entre los investigadores y profesionales

expertos(Grupos de estudio de caso, socialización de experiencias exitosas), 3) Evaluación de la propia experiencia en el rediseño, la dirección y evaluación del programa, con una temporalidad no mayor a 1 año, siendo viable efectuarla 2 veces al año, antes de salir a la temporada de vacaciones para plantear modificaciones en caso de ser requerido. Condición válida cuando se implementa en instituciones educativas o intervenciones donde el calendario académico es un factor relevante para lograr adhesión al tratamiento.

Por último, en un intento de conectar las variables que influyen en la educación parental, se efectuó la propuesta de un modelo de crianza de los niños con TDAH que muestra la participación conjunta de distintas variables: características sociofamiliares, características de la esfera del propio niño, estrés ocasionado por la paternidad y, por último la actuación disciplinar de los padres. Los hallazgos al respecto, demostraron aspectos interesantes, que pese a la falta de grupo de control e instrumentos de medición apropiados, configuraron una perspectiva enriquecedora en esta área de estudio. Hay que aclarar que aunque los análisis no posibilitan determinar la dirección certera de la influencia de estas variables, los resultados del análisis conducen a establecer predicciones que se sitúan en la línea de recientes investigaciones, en las que se sugiere que los trastornos de conducta comorbidos tan frecuentes en estos niños pueden ser una prueba de la comorbilidad del TDAH y no una consecuencia de la actuación disciplinar de los padres, tal como lo reportara Douglas Virginia.

Así mismo se hizo referencia al contenido del tratamiento con padres, donde se destacó la necesidad de ayudar a evidenciar factores riesgo enmascarados y a reconocer problemas conductuales específicos, así como a buscar los desencadenantes de conductas perturbadoras.

Implementación de Técnicas para el logro de efectos comportamentales y Sociales:

En cuanto a los análisis sobre la utilización de reforzadores, como la economía de fichas y el coste de respuesta, se pudo identificar la importancia de reforzar a los niños socialmente. Señalando que este tipo de refuerzo es igualmente importante a los reforzadores comúnmente conocidos, haciendo énfasis en la corrección de fallas comúnmente encontradas en la implementación de las técnicas, ya que en estos casos el reforzador debe emplearse como el resultado de su buen comportamiento, ya que uno de los errores constantemente cometido por parte de docentes, padres y tutores, era el de hacer ver el refuerzo como un capricho dependiente de la autoridad o la voluntad de quien lo ejercía y no como algo que era “ganado” por el niño; ya que constantemente esta clase de error generaba ambigüedad en este aspecto. Al igual, se hicieron evidentes, otras limitaciones de tipo actitudinal de quienes deseaban ejercer de forma óptima o apropiada la aplicación del refuerzo dentro de las sesiones terapéuticas en clase con los niños, ya que al impartir un refuerzo positivo, los elogios, carecían de contenido descriptivo, y eran poco afectivos o convincentes al manifestar la aprobación de una acción positiva.

Con respecto a la implementación de otras técnicas dirigidas al desarrollo, establecimiento, fortalecimiento o eliminación de ciertas conductas, en donde se trato de disponer de contingencias de refuerzo, de manera que la conducta deseada fuera reforzada en presencia de ciertas condiciones discriminativas, y haciendo uso de la entrada con estímulos motivantes o reforzadores, que a su vez eran transmitidos a docentes y padres para el manejo en ausencia del terapeuta; la demora forzada y el costo de respuesta, constituyeron el factor metodológico adicional . Para incrementar las conductas deseadas se utilizó la organización de contingencias, además de contar con el uso de instrucciones verbales, el uso de modelos y el refuerzo de conductas específicas, viendo cambios favorables para el problema de falta de autocontrol.

El modelado fue otro de los mecanismos que permitio enormes resultados, sobre todo al fortalecer la inclusión gradual de los niños vinculados en el programa, en los grupos de trabajo del aula regular, puesto que se confirmo la influencia del medio para regular la conducta a través de mecanismos cognitivos y principalmente el impacto del medio en terminos de la influencia positiva de los niños con los que interactuan o de quienes observan, por el hecho de que éstos últimos adquirian representaciones simbólicas de las actividades efectuadas por el modelo. A pesar que el análisis de estos resultados, se efectuó a través de la compilación de los datos consignados en los diarios de campo, y puede existir sesgo por el carácter de subjetividad; lo que si es cierto es que estas representaciones sirvieron para guiar la propia conducta de los niños que antes eran apáticos a integrarse con el grupo o que eran directamente rechazados por su grupo de pares por su comportamiento disfuncional.

## 7.2. INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Después de la exposición de esta experiencia clínica e investigativa, en la Institución Educativa (I.S.B.), es posible precisar algunos aspectos, que fundamentaron el desarrollo de la intervencion en T.D.A.H. Estos son:

Como una de las claridades , obtenidas en este estudio, se encuentra la constitución del T.D.A.H, como un problema de salud importante tanto por su prevalencia como por sus consecuencias. En este orden de ideas, se expresan a continuación las características más sobresalientes al respecto:

1.Los datos del pretratamiento indicaron que los padres destacan la desinformación, la apatía, desinterés, presencia de ideas erradas producto de la superstición entre otras; como razón fundamental para desatender los problemas de atención, impulsividad e hiperactividad de sus hijos y la repercusión de estos en la vida cotidiana. Al igual, afirman que por lo general, desvinculan los problemas de carácter internalizante como el aislamiento, ansiedad, depresión, labilidad emocional, baja tolerancia a la frustración,etc, y los problemas en la conducta externalizante, como conductas agresivas, obstinación , negativismo, testarudez, como parte de los efectos secundarios del mismo trastorno,

impidiéndoles reconocer las causas reales de la etiología del TDAH y adaptar las indicaciones clínicas adecuadas para las necesidades de sus hijos.

Los profesores por su parte, informan en la evaluación del pretratamiento, el difícil manejo e identificación de algunas manifestaciones primarias y secundarias del T.D.A.H., aduciendo que las dificultades en problemas de carácter internalizante y externalizante y los problemas de ajuste social, implican una ardua tarea que debe ser discriminada por áreas de competencia, ya que si bien, los docentes pueden servir como interlocutores con los profesionales del área de la salud, no siempre se logra depositar en los padres la responsabilidad que les compete para el cumplimiento de acciones encaminadas a disminuir estas conductas disfuncionales, es decir, los docentes, en un inicio del proceso manifiestan su corresponsabilidad única y exclusivamente en aras de mejorar los aspectos relacionados con el componente académico, e intentan delimitar un eje de intervención donde solamente se les dirijan cierto tipo de acciones donde el dominio y la capacidad instalada quede solamente en ellos. Es interesante observar cómo muchos, de los docentes, presentan una alta resistencia a establecer vínculos de afinidad y canales de comunicación donde se disminuya la posición de jerarquía del conocimiento y se vea al docente como un tutor con el que pueden confluír condiciones de diálogo, negociación y flexibilidad, desmontando así los patrones de autoritarismo presentes en muchos de los casos.

2. En las fases de Tratamiento y Post- Tratamiento, los padres informan mejoras en los síntomas característicos del TDAH, que se mantienen durante el seguimiento, en resumen, tanto los padres como los profesores indican mejoras los síntomas centrales del TDAH. Adicionalmente, surgen algunas diferencias en la percepción de dicha recuperación, dado que para los padres, estas mejoras se observan también en las conductas internalizantes, y para los profesores se aprecian más en las conductas externalizantes. Como una explicación de este hecho, Reid y Weiler(1999), definieron que los padres son más sensibles a las dificultades que muestran sus hijos en la conducta internalizante (aislamiento, ansiedad, depresión, etc.) dado que pasan más tiempo con sus hijos en un medio más íntimo, en donde hay más relación personalizada y donde es más fácil poder expresar los estados de ánimo; mientras que los profesores informan más de conductas externalizantes (conducta agresiva, opositora, etc.), porque en el contexto escolar son conductas más fácilmente observables, y resultan más perturbadoras para la dinámica escolar que las conductas propias de un niño con ansiedad o depresión.

De este modo, los datos resultantes del análisis, confirman que los padres están más predispuestos a observar mejoras en las conductas de sus hijos, por consiguiente, además de la mejora constatada tanto por padres como por profesores en los síntomas estructurales del trastorno tras el tratamiento, conducen a trabajar en los cambios deseados en la conducta del niño, de modo que la relación del desarrollo y mejora de ciertas habilidades, sean tempranamente incorporadas y se puedan minimizar las dificultades de estos, para inhibir la conducta, ya que como se demostró a lo largo de este proceso, el déficit de inhibición produce un retraso en la adquisición de conductas destinadas a

planificar, guiar y controlar la propia conducta, y en seguir las reglas y normas. Por consiguiente, el refuerzo de dichas habilidades mediante la aplicación de técnicas cognitivo-conductuales como las utilizadas en este trabajo, en el caso de las autoinstrucciones (contenido y secuencia), el entrenamiento en estrategias de solución de problemas, el modelado participativo, la autoevaluación, la demora reforzada, el refuerzo social, el autorrefuerzo individual, la economía de fichas, y el coste de respuesta, entre otras, ayudan a mejorar los síntomas característicos.

En definitiva, potenciar las habilidades de autocontrol y de autorregulación en los niños con TDAH es beneficioso para ellos, pero no es suficiente para abordar la gran heterogeneidad de síntomas del trastorno. Es por ello, que, se destaca en cuanto al resultado de esta investigación, que la aplicación de los tratamientos cognitivo-conductuales, es pertinente en este tipo de contextos, sin caer en la presunción de decir que sean más eficaces que la medicación. En este sentido, es de considerar que todavía queda mucho por investigar sobre la etiología y las características de este trastorno. A pesar de la cantidad de información e investigación sobre el TDAH, todavía sigue siendo necesario profundizar sobre las conductas básicas del trastorno, sobre la alta comorbilidad que presentan con otros trastornos, y la evolución e integración de estos niños en la vida adulta. Sin embargo, no sobra expresar que para efectos del aporte que puede realizarse después de la intervención del trastorno en este grupo poblacional, es conveniente recomendar la administración combinada de terapias cognitivo-conductuales y farmacológicas, como una alternativa terapéutica eficaz para aquellos niños que presenten signos severos del trastorno, destacando siempre, la importancia de la flexibilidad ante la no elección del tratamiento farmacológico por parte de los padres, cuando estos son vinculados a programas multimodales de intervención, ya que el objetivo primordial debe ser el de brindar una atención lo más integral posible que respete intereses y necesidades de los usuarios o consultantes.

3. La utilidad que ofrecen algunos hallazgos, realizados en la investigación, dan paso a la exposición de algunas consideraciones que pueden ser tenidas en cuenta para futuras investigaciones:

a) Este tratamiento fue aplicado a niños entre 6 y 12 años por lo que los datos deben restringirse a niños de estas edades. La aplicación del programa a otras edades implicaría necesariamente una adaptación, tanto de las técnicas utilizadas como de las situaciones sociales que se plantean, lo que daría paso a otra investigación y la obtención de nuevos resultados.

b) En este estudio, todas las familias que participaron en la investigación mostraron un alto grado de colaboración y disposición en todas las fases de la investigación, y también se mostraron altamente comprometidas en el proceso. El interés de las familias se explica, en parte, por los criterios de selección utilizados en la fase de evaluación pretratamiento, es decir, la entrevista previa con los padres, las charlas con los profesores, la actitud del terapeuta, etc. Esta fase ayudó a incrementar la motivación, y la ruptura de hábitos negativos y esquemas mentales evasivos, así como a crear altas expectativas respecto a la eficacia del programa.



c) El programa de intervención aplicado a niños con TDAH se realizó con un grupo reducido, a pesar de la solicitud de la Institución, por incluir estudiantes que no presentaban el Trastorno o que además de presentaban otra serie de trastornos. Este es un factor crucial, para tener en cuenta a la hora de adaptar modelos de este tipo, ya que, de el control de factores como estos, depende la ejecución adecuada del plan de tratamiento y el éxito de la intervención. En este caso, cabe aclarar que para la implementación del programa propuesto para esta investigación, en un principio, se presentó la posibilidad de hacer grupos de cuatro o incluso de seis niños por sesión, tal y como algunos autores han sugerido (Bloomquist et al. 1996); pero durante la ejecución la fase 1, se identificó la necesidad de efectuar modificaciones, tales como la capacitación de personal idóneo en el tema, para su inclusión en el grupo de trabajo, puesto que dadas las condiciones de diversa índole (casi imposibles de prever), el cronograma previsto para la investigación, se vio altamente comprometido.

La experiencia demuestra que en esta clase de factores, resulta muy difícil trabajar con grupos grandes de niños con TDAH, precisamente por las dificultades inherentes al trastorno, máxime si se considera que los niños ante la presencia de factores no controlados o con el grupo de niños no adecuado, establecen mayor búsqueda de estímulos. Finalmente, como sugerencia, siempre es mejor solucionar de forma oportuna esta clase de obstáculos o altibajos (siempre y cuando se respeten los lineamientos metodológicos seleccionados), antes que apegarse a esquemas y poner en riesgo la investigación misma y la población participante. En este caso, resultó indispensable formar y vincular más personal, dado que del acompañamiento y la observación de aspectos como la interacción social, los intercambios sociales, respeto a las normas, conducta pro social, de los niños durante las sesiones y el control de interferencias que hicieran inviable la sesión, permitían limpieza a la técnica y sus efectos en los niños.

d) Otro aspecto relevante en la aplicación de los tratamientos corresponde a la duración de las sesiones. Por lo que la investigación proyectó este punto, de acuerdo con las orientaciones del modelo de Barkley, 1991; en el cual se establece una duración de las sesiones entre 60 minutos y 90 minutos, lo que se modificó a la hora de la aplicación del programa, en una hora y media; tiempo en el cual se dirigían sesiones con un alto nivel de flexibilidad y creatividad, en la que además se tuviera en cuenta la motivación de los niños, para ejecutar las actividades solicitadas.

e) La secuenciación de las intervenciones, es tal vez el aspecto más crítico en la mayoría de estudios, sin que este sea la excepción, puesto que a pesar de ser pertinente la aplicación de este tipo de tratamientos, el aprovechamiento del programa desarrollado, requiere que el niño cree y automatice nuevos esquemas y formas de actuar, requiriendo con ello, mayor tiempo y constancia, para alcanzar efectos duraderos, es decir para obtener el esperado modificación, mantenimiento y generalización de conductas en los niños vinculados.

f) Al igual, que en los aportes presentados en otras investigaciones, es pertinente destacar que en agudos casos particulares, en donde los niños presentan TDAH severo, es recomendable iniciar el tratamiento cognitivo-conductual junto con el tratamiento farmacológico, sin lugar a debates o confrontación con los padres o

docentes del menor, sobre todo si van a ser vinculados al grupo de intervención Psicoterapéutico, ya que el programa de intervención, demuestra ser beneficioso para los niños con TDAH, pero, dada la alta heterogeneidad de síntomas que estos presentan y las repercusiones que el trastorno ocasiona en el entorno social, familiar y personal del niño, es necesario e imprescindible trabajar desde una perspectiva multimodal.

g) Se debe contemplar la inclusión de mecanismos de formación de los equipos con respecto al manejo de la evidencia empírica, puesto que para esta interpretación, se hace uso de la información estadísticamente significativa constatada por padres y profesores tras la aplicación del programa, y por la disminución de conductas disfuncionales observadas y verificadas mediante las pruebas aplicadas al niño; pero se dejan de abarcar aspectos que serían de gran interés por el potencial anecdótico y experiencial, dadas las dificultades de establecer validez y confiabilidad o por la contaminación de la información, a partir de variables extrañas que imperan en el contexto próximo a la investigación.

h) En cuanto al ajuste social y la vinculación del menor a espacios de interacción, es prudente considerar variables de diversa índole, entre ellas, el tiempo y persistencia con la que se dirijan los programas de atención integral al niño, así como la inclusión de este en otros espacios y actividades, ya que de las redes de apoyo con las que cuente el niño, fuera de los espacios donde recibe acompañamiento terapéutico; dependerá que los logros obtenidos en la disminución de retraimiento, auto encierro, ambivalencia o labilidad emocional entre otras, aumenten hasta lograr un punto de equilibrio, satisfactorio para el niño y su familia.

### 7.3.RELACIÓN DE ESTOS RESULTADOS CON OTROS ESTUDIOS SIMILARES

1) Barkley propuso una definición del trastorno, en la que enmarca la discrepancia entre el fenómeno y su comprensión: 'El TDAH es un trastorno del desarrollo caracterizado por unos niveles evolutivamente inapropiados de problemas atencionales, sobreactividad e impulsividad. Estas dificultades guardan una gran relación con una dificultad para seguir las «conductas gobernadas por reglas» (CGR) y con problemas para mantener una forma de trabajo consistente a lo largo de períodos de tiempo más o menos largos'. Con respecto a ello, en la interacción con los profesionales del área asistencial, vinculados o contactados para la investigación, ya existe un consenso, para diagnosticar el TDAH en función de los déficit en dos dimensiones del funcionamiento cognitivo y conductual: la inatención y la sobreactividad motora/impulsividad, sin embargo, aun no se estandarizan los recursos para la evaluación de síntomas secundarios, ni se presentan de forma explícita elementos teórico prácticos para incluirlos dentro del tratamiento del TDAH. De hecho, persiste en el campo investigativo el debate de lo que esto representa en la praxis, puesto que los estudiosos en el tema, diferencian el progreso tecnológico o aplicado con el progreso científico, argumentando que la mayoría de la investigación basada en la naturaleza del TDAH es exploratoria o descriptiva y, en todo caso, atórica. Es por ello, que sugieren, estrategias para entender y explicar el TDAH, en absoluto opuestas, pero con diferente desarrollo:

los estudios etiológicos y los modelos teóricos; siendo muchas más las propuestas centradas en los factores etiológicos que en modelos estructurados, lo que convierte al TDAH, en una de las entidades clínicas, desde su psicopatológica mas complejas y difíciles de reducir a un número limitado de factores.

1.1. En términos directamente relacionados con la puesta en marcha de postulados teóricos y metodológicos; en la investigación, retomando los postulados de Barkley, 1997, hace alusión a otro aspecto que ha puesto de manifiesto que los niños con TDAH suelen interrumpir más las actividades de otros niños, no guardan su turno, responden antes de haberles formulado las preguntas, tienen dificultades para autocontrolarse, y son más descuidados en sus tareas cotidianas, en comparación con niños de los grupos de control normales u otros grupos de niños con diferentes trastornos psiquiátricos. En general, se ha observado en ellos un empleo inadecuado de las estrategias de exploración; una dependencia excesiva de las características físicas de los estímulos, con especial dificultad para no atender a la información relevante; así como un defecto en el mantenimiento de la atención en las tareas monótonas y repetitivas. Dentro de la investigación, se pudo establecer firmemente que los niños con TDAH presentan un fallo en la inhibición conductual que retrasa la adquisición de la capacidad de control de la interferencia. Entre las implicaciones del modelo de Barkley para el tratamiento del TDAH está la necesidad de enseñar a estos niños a mejorar su capacidad para definir los problemas; a buscar las soluciones que mejor convengan a cada situación, teniendo en cuenta múltiples perspectivas; a mejorar su capacidad para darse autoinstrucciones; a saber automotivarse y mantener el esfuerzo hacia sus objetivos.

Adicionalmente se profundizo en la forma de trabajo irregular de los niños con tdah que depende de un patrón de inconsistencia en su conducta y especialmente en su productividad. Tal como lo confirman teóricos Russell A. Barkley y Marcel Kinsbourne (Neurologo infantil) quienes caracterizan el tdah como E.V. o enfermedad de variabilidad ). Bajo este soporte teórico se logro dilucidar en los niños vinculados en la investigación, como estos se ven afectados en términos de su desempeño y productividad si ante el momento vivenciado, el plan o la norma que el menor tiene pobre o débilmente preconcebida; es influenciado o contaminado por la comunicación verbal o no verbal de quien efectúa una supervisión, orientación o apoyo en el momento del desempeño o ejecución de su tarea. Lo que no quiere decir que el contexto o ambiente externo el menor tenga que estar cargado de recompensa, que el tutor o persona que ejecuta la supervisión (sea profesional, docente o padre) deba cohibirse en ejecutar determinada actitud o acción; sino por el contrario, lo que se busca es principalmente que la dificultad del menor por controlar o inhibir sus impulsos para ocuparse en otras actividades o sostener su atención en la tarea asignada asi como el autocontrol, el poder de voluntad, el habla autodirigida, sean respetados por quien lo direcciona, permitiéndole un compás de espera con el desarrollo de sus propias tecnicas de incorporación de las instrucciones recibidas y ayudarlo a recordar procedimientos después de que el termine la tarea.

3) Diversas técnicas cognitivas, concretamente, del entrenamiento en autoinstrucciones y en el entrenamiento en solución de problemas, junto con otras técnicas como la autoobservación, la autoevaluación o el auto refuerzo, han demostrado ser eficaces para reducir los problemas de conducta de los niños hiperactivos, tal como lo reporta Pelma,1998. Y con respecto a los tratamientos conductuales o cognitivo-conductuales, se ha constatado una mejora social y académica a corto plazo (Grizenko, 1997). Así mismo, entre los efectos a corto plazo se ha observado una mejora en la conducta de atención y en el rendimiento académico del niño, una disminución de la hiperactividad motriz, y una mejora en la conducta social (Taylor, 1991; Hibbs, 1995; Hibbs et al. 1996). Pero sobra decir que entre sus limitaciones está el desconocimiento del efecto obtenido con cada una de las técnicas aplicadas, o de los elementos más relevantes y decisivos que integran los programas de intervención; el hecho de que las mejoras dependen en gran medida de la colaboración y confianza de los padres, profesores y del niño, así como de sus niveles de competencia. Por último, a estas consideraciones se le debe añadir, las dificultades para mantener y generalizar las mejoras.

4) Diferentes trabajos han puesto de manifiesto que la historia del desarrollo, la composición de la familia y las relaciones familiares de los niños con TDAH presentan una serie de atributos diferenciales. En el presente trabajo, se lograron establecer algunas características como las siguientes:

a. Respecto a la composición del núcleo familiar, la mayoría de las familias estudiadas pertenecen a hogares disfuncionales, hijos de padres separados o divorciados; en comparación, con la composición familiar sugerida en muchos estudios, donde pertenecen a familias nucleares, formadas por el matrimonio y los hijos. Aun así, los resultados obtenidos en este trabajo, no confirman los datos de Bierdeman (1990), quien afirma que los padres de niños con TDAH tienen más probabilidades de ser separados o divorciados, en este caso, la condición familiar encontrada podría ser atribuida más a las condiciones socioeconómicas y demográficas de la población perteneciente a los estratos 1 y 2.

b. Los resultados obtenidos en este trabajo sobre las relaciones sociales coinciden con los hallados por Ferguson (2000), en el sentido que los niños con TDAH suelen ser más rechazados, ignorados y menos queridos por sus compañeros.

La mayor parte de los padres, empiezan a apreciar los primeros síntomas de TDAH entre los tres y los cuatro años de edad del niño. Datos similares se encuentran en Barkley, DuPaul y McMurray (1990).

c. Desde que los padres empiezan a apreciar problemas de sus hijos (3-4 años) hasta que los problemas se empiezan ser tratados o a remitidos, pasan años buscando o cambiando de diferentes tipos de tratamientos: medicación, psicosocial o combinado. Este dato refuerza las conclusiones a las que llega Barkley (1997), en las que afirma que los niños con TDAH necesitan una evaluación precoz para detectar sus dificultades, y un tratamiento largo, que puede abarcar incluso toda la etapa escolar del niño –evidentemente, no siempre con la misma intensidad y frecuencia

d. Como señala, Barkley (1997), tanto los niños con T.D.A.H, como sus padres son un grupo de riesgo para padecer más estrés y presentar otra serie de problemas psicopatológicos. Según información de los padres, los síntomas del TDAH suelen ocasionar “bastantes” problemas a estos niños en su relación con

las personas de casa, en su conducta en clase, y problemas con sus compañeros y amigos. Por otra parte, importante porcentaje de los niños cumple, además, el criterio A para el diagnóstico del trastorno Opositor-Desafiante y Disocial, situación que no fue excepción en la investigación.

e. En el estudio, se comprobó una mejoría importante en las interacciones familiares, con presencia de nuevos recursos comportamentales, emocionales y metodológicos óptimos por parte de los padres, aun así, de los 3 subtipos, el Predominio Combinado, fue el que menor porcentaje arrojó en el mejoramiento de este aspecto. Por lo que se atribuye, como factor determinante para que a diferencia de los resultados de los otros dos subtipos, en este predominio, no se efectuaran tantos logros; el hecho que dentro de este subtipo, la impulsividad del niño, genera un desgaste mayor en los padres, además de sentir que la demanda de tiempo es mayor para padres con hijos que presentan este subtipo, que para los otros subtipos, puesto que sus hijos requieren mayor supervisión, y su ajuste interpersonal y social no se ve fácilmente disminuido con las técnicas a no ser que exista un afianzamiento de las mismas, por parte de otros miembros del hogar que contribuyan para que el niño reconozca el impacto que trae su falta de adaptación y la importancia de cooperar con el direccionamiento efectuado por parte de la familia u otras personas cercanas a él.

f. Es usual encontrar en este tipo de investigaciones, un pobre desempeño de la familia con respecto al cumplimiento de contratos terapéuticos u otras responsabilidades necesarias para la modificación de conductas disfuncionales en sus hijos; de allí que los resultados indiquen, que un importante porcentaje de padres, demuestra que a pesar de tener en cuenta la implementación de los procedimientos al pie de la letra, por ejemplo coste de respuestas, ayudas adicionales durante el acompañamiento para que sus hijos realicen las tareas mediante estrategias para la vigilancia cognoscitiva, etc, los niños lograban descompensarlos ante el bajo rendimiento, la inquietud, la intromisión e imprudencia para actuar, la impaciencia y sobretodo, por su constante exposición a situaciones en las que no miden el riesgo o el peligro, ni la consecuencia de sus acciones.

g. Los padres, identifican como una limitante y un reto tanto para el programa de intervención como para ellos, porque terminan por recaer en viejos hábitos negativos, como la irritabilidad, las amenazas para obtener su atención o respeto y hasta el castigo emocional o físico. De igual forma, los datos arrojaron un alto porcentaje en la presencia de situaciones como: Permitir que el niño los manipule para obtener algo, perder el control cuando recurren al castigo, Dejar que el hijo haga lo que quiera, permitir que desobedezca cuando lo mandan a hacer una actividad. Al igual que en los demás subtipos, los resultados relacionados con este aspecto, demuestran la existencia de desacuerdos entre la familia para dirigir el comportamiento del niño, y los padres incurren en olvido para manifestarle aprobación cuando se comporta bien.

#### 7.4. MENCIÓN DE FALLAS O DEFECTOS EN EL ESTUDIO QUE LIMITEN LA UTILIDAD DEL MISMO EN OTROS SUJETOS.

La siguiente información recoge algunos datos de interés para ser tenidos en cuenta a la hora de su aplicación con poblaciones similares a las del presente estudio, ya que hace referencia a las particularidades que pueden surgir durante la implementación del programa propuesto e intervención en T.D.A.H:

1. Con relación al diagnóstico diferencial del trastorno, se debe ser cuidadoso, para no exponerse a dificultades del siguiente tipo:

- La no existencia de escalas perfectas y sobre todo de escalas unificadas para todo el territorio colombiano, pese a los aportes de grupos de investigación como los de Antioquia, Cundinamarca, Valle y Caldas.
- El diagnóstico sigue siendo esencialmente clínico y, dado que se requiere un buen diagnóstico diferencial así como un diagnóstico de otras patologías comórbidas, lo más adecuado es que sea establecido por personal idóneo y con formación en este campo, sin embargo, en un alto porcentaje se reciben diagnósticos poco veraces, que generan confusión en los usuarios, debido a que estos protocolos ya son material de uso constante en personal no profesional.
- El diagnóstico de niños con subtipo predominio inatento, es constantemente pasado por alto, ya que algunos de los síntomas reportados en los checklists son mal percibidos por el personal docente, la familia y en la consulta durante los primeros años de la escolarización.
- Con frecuencia resulta muy difícil discernir si un trastorno de aprendizaje es algo primario -en cuyo caso los problemas atencionales podrían ser secundarios al mismo- o si se trata de una patología comórbida ( cuando ambos trastornos existen al mismo tiempo).
- el diagnóstico del trastorno en niños menores de 6 años, Sigue siendo para muchos profesionales, continua generando dificultad.

2. Con respecto a la implementación del tratamiento:

- Persiste la falta de credibilidad en los beneficios del tratamiento, bien sea por la ausencia de programas psicoeducativos para los padres, donde reciban información- formación en el tema; dado que la familia, desconoce que el TDAH tiene un carácter crónico, ya que el 40-60% puede seguir teniendo signos del mismo en la edad adulta. Así como que el trastorno no tiene curación. Sin embargo, hay que hacerles ver también que la mayoría de los sujetos pueden desenvolverse bien en la vida si, como el resto de las personas, se dedican a una actividad adecuada a su capacidad y preparación. Hay que conseguir el apoyo de la familia ya que es uno de los factores pronósticos más importantes.
- Existe una tendencia de no adhesión al tratamiento, donde se incurre por parte de los usuarios de programas de intervención (los padres, docentes y niños) ausentismo o deserción de uno o dos de los componentes de dichos programas, bien sea, el tratamiento psicológico, tratamiento psicopedagógico o el tratamiento farmacológico.
- Los resultados suelen ser óptimos, cuando se diseñan estrategias pedagógicas con docentes expertos o docentes del aula de apoyo, sin embargo, se hace recurrente la falta de dominio y sensibilidad adicional que algunos docentes le imprimen a este tipo de procedimientos, generando con ello la disminución de

efectos favorable en el menor a su cargo; con el agravante que saben que este tipo de procesos le son favorables no solo a los niños y sus familias, sino también a ellos en su entorno laboral.

- Es muy común, encontrar fallas en la implementación de las técnicas cognitivas conductuales implementadas a lo largo de este tipo de estudios, ya que se hace evidente la dificultad de los instructores (Docentes, profesionales y padres) en la implementación del entrenamiento en autoinstrucciones verbales (AIV), bien sea porque son pocas personas formadas en este tipo de técnicas o porque a pesar de recibir asesoría y capacitación para la aplicación de las técnicas, persiste la falta de voluntad, interés en comprometerse con el proceso si este se realiza en espacios extracurriculares o tiempo extraordinario.

En términos generales, dentro de lo experimentado en la investigación se pueden plantear como dificultades concluyentes a tener en cuenta, directamente las relacionadas con la fundamentación teórica, ya que existen los instrumentos necesarios para trabajar de una forma adecuada, pero la aplicabilidad de los mismos constituyen uno de los mayores limitantes a la hora de intervenir con el grupo de niños y padres, sobre todo cuando se tiene una barrera de tipo educativo, social y cultural como la que comúnmente se presenta en los estratos uno y dos.

Como bien, ha sido planteados a lo largo del informe, también se hace evidente y difícilmente controlable, la resistencia, desinterés o falta de compromiso por parte de los padres a mantenerse constantes en el tratamiento y el seguimiento pactado con antelación. En este caso, poco o nada tiene que ver el acceso y el costo de los servicios ofrecidos, puesto que se garantiza la atención integral y absolutamente gratuita por parte de psicología y Psiquiatría, tanto dentro del plantel educativo, como en consultorio particular, según lo requiera el niño y su familia, al igual que la canalización a grupos de apoyo para la familia y el niño, donde reciben boletines informativos de carácter gratuito y asesoría individualizada en caso de ser necesario. Aun así, la baja adhesión al tratamiento y la poca cooperación en los planes de trabajo proyectados desde el inicio del programa demuestran la falta de corresponsabilidad existente en los padres y en un mediano porcentaje en los docentes, donde de forma directa es descrito por muchos de ellos, como un proceso que requiere de paciencia y tiempo, y que bajo argumento de los padres (por influencia sociocultural) es responsabilidad directa de la escuela y los docentes, quienes argumentan: "Para eso los tenemos estudiando"; y para los docentes, es una responsabilidad de los padres, porque "Ellos solo tiene que cumplir con dictar la clase, más no con procesos adicionales". Esta situación conduce a pensar que en la medida que se excluyan variables de tipo sociocultural, demográficas, económicas, y legislativas, donde tanto la familia como la sociedad, las instituciones públicas y el estado somos garantes del bienestar y la protección de los niños y niñas, va a ser una tarea compleja la inclusión de este tipo de propuestas. Ahora bien, en cuanto a lo que respecta a la intervención del clínico e investigador en este tipo de situaciones, cabe resaltar que es necesario establecer redes interinstitucionales y redes de apoyo psicosocial, en donde se motive a la comunidad a vincularse de forma voluntaria a

los grupos terapéuticos de padres y madres, y personas interesadas en conocer sobre este tipo de alteraciones en la salud física y mental de los niños y niñas y en como intervenirlas adecuadamente.

#### 7.5. SUGERENCIA DE UN SIGUIENTE EXPERIMENTO SOBRE EL TEMA.

En este aparte se ofrecen algunas consideraciones relevantes para futuras investigaciones, las cuales fueron obtenidas a partir de la sistematización de la experiencia. Adicionalmente, cabe decir que esta investigación persiguió como fin último, el logro de objetivos y propósitos de interés clínico en lo relacionado con aspectos metodológicos; ahora bien, ante el abordaje de dicho interés surgieron inconvenientes que permitieron establecer posibles líneas de investigación para que se profundice en este tipo de contexto con respecto a la eficacia de las intervenciones psicoterapéuticas, psicopagógicas y farmacológicas para el tratamiento integral del TDAH. Dichos aportes se exponen a continuación:

Respecto a la generalización de los resultados obtenidos, la metodología empleada en esta investigación, intento mantener la constancia en las condiciones de aplicación de las pruebas y del tratamiento, crear grupos de niños homogéneos en cuanto al diagnóstico de TDAH y datos sociodemográficos y se realizó una estricta utilización de los modelos seleccionados previamente para el estudio de investigación. Pese a ello, cabe decir que los resultados, evidenciaron la necesidad de establecer una mayor rigurosidad en los procedimientos para controlar variables extrañas y limitantes de otra índole, que usualmente hacen presencia en esta clase de estudios, es por ello que, las acciones sistemáticas desde la misma detección y el tratamiento temprano de síntomas primarios en los niños con TDAH, como la inclusión de la prevención de su impacto en el entorno, generan, en primer lugar, un diagnóstico precoz y acertado del niño y su medio próximo de interacción, y en segundo lugar, una valiosa alternativa para vincular a los padres y/o profesores, como agentes de cambio, con un alto nivel de corresponsabilidad frente a la modificación de conductas disfuncionales, el control de fallas y recaídas en el tratamiento, el mantenimiento de dichos logros y la generalización del tratamiento, como parte de la eficacia en la intervención y con ello la garantía de condiciones para su pleno desarrollo y mejoría en su calidad de vida.

Así mismo, es pertinente hacer mención del tema de la Adhesión de los pacientes o usuarios al tratamiento, ya que en el caso del T.D.A.H, al ser requerida la cooperación y participación activa no solo del niño sino también de los padres, cuidadores del niño y docentes, en el proceso de intervención terapéutica; el no cumplimiento o no adhesión se convierte en un problema de vital importancia ya que este depende del manejo apropiado de las múltiples variables que influyen en la adhesión y sobre todo de la definición operacional de estas, de modo que puedan ser medibles y monitoreadas en términos de los resultados proyectados



en los estudios de investigación y de la naturaleza misma de la relación lineal, bimodal o multimodal de la intervención efectuada como tal, a modo de garantizar el logro de las metas de tratamiento y por ende de la disminución de la ineficiente utilización de los servicios del cuidado y recuperación de la salud y manejo innecesario de gastos en esta área.

En conclusión, dentro de los aportes que fueron extraídos de este estudio investigativo, se lograron plasmar algunas ideas centrales y recomendaciones para ser tenidas en cuenta a la hora de implementar este tipo de programas de intervención, dentro de las cuales se encuentran:

1. Aplicar una valoración sistemática previa al tratamiento, de condiciones relacionadas con las características primarias del trastorno y características secundarias como ajuste interpersonal, familiar y social.
2. Delimitar el contexto familiar del niño y el impacto del trastorno dentro de la interacción familiar, para comprender de forma directa su influencia en el curso, evolución y modificación de conductas desadaptativas del trastorno.
3. Detectar variables cognoscitivas, afectivas y conductuales, bajo un parámetro de especificidad de acuerdo con las diferencias individuales de los grupos poblacionales vinculados a los programas de intervención integral.
4. Integrar directamente en el ambiente natural del niño, los programas de entrenamiento y generalización del tratamiento; para lograr efectos sostenidos fuera del ambiente inmediato (consultorio o aulas de clase)
5. Anticipar situaciones difíciles (bajo entrenamiento de niños y padres) en los contextos próximos al niño o la niña, para facilitar progresos duraderos y generalizados en su conducta y estilos de aprendizaje.
6. Realizar una definición operacional de variables tales como factores socioculturales, económicos, demográficos, psicosociales y familiares, entre otras; que influyen de forma directa e indirecta en relación con el acceso a los servicios de salud y el cumplimiento o adhesión de pacientes al tratamiento.

Es preciso decir que los resultados obtenidos en esta investigación son esperanzadores en cuanto a la eficacia que se puede esperar de la aplicación de los modelos de intervención integral. En este sentido, es de considerar que todavía queda mucho por investigar sobre la etiología, las características, las conductas básicas del trastorno, la comorbilidad asociada a determinados tipos de problemas o trastornos, el pronóstico y evolución de niños con TDAH y su integración en la vida adulta. En consecuencia, todas estas particularidades conducen a sugerir la necesidad de continuar investigando en el campo del tratamiento, seguimiento y adhesión así como en la búsqueda de nuevos puntos de partida en términos de la factibilidad, disponibilidad y pertinencia, los cuales solo son posibles en la medida en que se añen esfuerzos por parte de clínicos e

investigadores desde las diversas áreas de intervención para el ajuste de un modelo ajustable a las necesidades de la población Colombiana respecto a las condiciones intervinientes para generar cambios de verdad significativos y duraderos, que se generalicen a ámbitos más allá del tratamiento y obtenga la eficacia esperada.

Finalmente, se considero importante compilar las conclusiones que ya se habían planteado como limitantes dentro de la aplicación de este tipo de modelos, puesto que para la adaptación y puesta en marcha del programa diseñado en este estudio investigativo, se tuvieron en cuenta argumentos de investigaciones tanto nacionales como extranjeras con similitud de condiciones a las nuestras, de allí que se lograra confirmar que a pesar de las diferencias tanto contextuales, como técnicas, tecnológicas y educacionales en las que se aplicaron, cobran vigencia y son plenamente reconocidas en nuestro ámbito. Estas consideraciones son:

1. Existen limitantes que van más allá de las posibilidades del campo académico, por responsabilidad de instancias superiores de orden gubernamental en lo local y lo departamental. Por lo tanto, los clínicos e investigadores, a pesar de ejercer su campo de acción en un ámbito local y deberán integrar propuestas que sean válidas en el ámbito académico, para que este tipo de propuestas lleguen a ser conocidas y validadas posteriormente por las instancias competentes, y se de una verdadera instauración de estas en beneficio de la comunidad.

2. Se debe establecer un lenguaje clínico, técnico y metodológico estandarizado, con un solo modelo de protocolo de procesos y procedimientos, para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de evolución del trastorno; de modo que se supere la desinformación, desarticulación e inoperancia a la hora de intervenir en los diferentes ámbitos (Instancias de salud, bienestar social, educación)

3. Es necesario establecer claramente la idoneidad de profesionales y personal calificado o capacitado para efectuar el diagnóstico de niños con T.D.A.H. (Médico general, psiquiatra, psicólogo, pedagogo, pediatra, terapeuta ocupacional), ya que este, sigue siendo uno de los trastornos sobre diagnosticados o mal diagnosticados porque no se definen directrices para determinar el tipo de profesionales que están en capacidad no solo de establecer el diagnóstico diferencial, sino también de establecer la presencia de trastornos comorbidos en un mismo paciente o usuario.

4. Resulta interesante motivar directamente al sector académico (universidades, Colegios e instituciones del nivel técnico o tecnológico) para que se aproveche los espacios consultivos e instancias gubernamentales locales y regionales, en las cuales se realizan periódicamente reuniones por medio de comités, redes intersectoriales y mesas de trabajo, del orden departamental y municipal, ya que en estos se otorga por ley, un espacio para que la sociedad civil organizada y los diferentes sectores de la comunidad den a conocer las propuestas y alternativas concertadas y a través de estas se puedan complementar las directrices y formular políticas públicas de atención en salud, educación, entre otras; de acuerdo con los

mapas de riesgo y otros instrumentos de monitoreo que demuestran las falencias en las poblaciones mas vulnerables.

## 8. CONCLUSIONES

Algo hemos olvidado, y es a vivir; y dentro de ese vivir, lo cotidiano es lo que nos demanda, impartir un buen ejemplo para educar a los que aun no saben como hacerlo. Siempre es mejor seguir el sendero que forja los pasos de quien da un buen ejemplo; cualquiera que sea la acción que este ejecute y las normas establecidas, siempre y cuando sus actos sean ejemplares. Es decir, hay que ir mas allá, permitiéndonos dar el ejemplo de disciplinar tanto las actividades mentales como los comportamientos. El reflejo de lo aprendido, se encuentra en el adulto que traduce su aprendizaje al niño, desmostrandole ser la persona auto controlada que exige de este.

Ahora bien, Los estilos de paternidad pueden favorecer y estimular el desarrollo de conciencia moral y el autocontrol de todo niño, o bien desalentarlo y generarle sentimientos de inseguridad. Sin embargo, piense en usted, como si se tratara de un niño con T.D.A.H., que necesita ser guiado, tranquilizado y motivado para que reconozca en si mismo una fuerza poderosa para su ajuste a las demandas del entorno. Entonces, solo alli, vera la utilidad de comprender que el T.D.A.H., es una condición real, e independiente de las causas, y para ello se deben dejar de crear categorías que excluyan, señalen y etiqueten, empezar a responder a las necesidades individuales de cada niño o niña, asi, como a tener en cuenta la reacción de estos, ante el estrés, las expectativas familiares, académicas y sociales. En cualquier caso, estos niños, necesitan y demandan de los adultos, más atención, comprensión, supervisión cercana, reglas claramente establecidas; lo que puede simplificarse con un cambio de actitud por parte de quienes estamos inmersos en su mundo, siendo esto suficiente para observar un cambio de conducta positiva en ellos. No olvide premisas, como la de “primero tratar de comprender, para después ser comprendido”, y que del amor y la comprensión que brindemos a estos niños depende la base de su apoyo emocional.

Cabe resaltar que educar a un niño con T.D.A.H., es un desafío como tal, o bien, es lo que en palabras de Barkley<sup>17</sup>, significa, “situarse en un nivel educativo alto, para educar a los hijos, con estrategias que otros pudieran seguir”; puesto que, estos son niños distraídos, desinhibidos, activos y absorbentes, lo que demanda a padres y cuidadores el desarrollo de habilidades para supervisar, dirigir, enseñar, planificar, estructurar, recompensar, castigar, amortiguar, negociar, proteger, y guiar. Sin mencionar la necesidad de interceder por ellos, cuando han cometido imprudencias por su falta de autocontrol y ajuste social.

Ahora bien, imagine, que muchos de estos padres no posean las condiciones socioculturales, sociodemograficas, psicoemocionales, cognitivas o

---

<sup>17</sup> Rusell A. Barkley. Niños Hiperactivos. Como comprender y atender sus necesidades especiales. Ediciones Paidós Iberica. Barcelona 1999.

comportamentales, sin dejar de citar condiciones de analfabetismo, insatisfacción de necesidades básicas, y otros factores de riesgo, propios de estratos socioeconómicos bajos; que les impida “ actuar con un plan y con sentido de lo que esta bien. Es aquí, precisamente, donde es inevitable desestimar, el entorno social y la interacción de la díada niño-familia al interior de este, dado que , la labor del clinico y el investigador, exige entender ese contexto familiar del niño, para llegar a apreciar realmente el trastorno, sus causas, su curso y la forma de intervenirlo; de modo que, los padres y familiares sean los primeros en adquirir habilidades para percibir, controlar, educar, querer y conducir positivamente a sus hijos con T.D.A.H., hacia la edad adulta.

Como no hablar del campo clinico, en el que a pesar de contar con mas de 30 o 40 años de estudio del T.D.A.H., y considerarlo, uno de los trastornos psicológicos mejor estudiados; sigue siendo también uno de los trastornos mas polemizados y tergiversados por profesionales de la salud, docentes , instituciones educativas y por la comunidad en general. La razón de ello, radica en gran parte en la desinformación, el diagnostico inadecuado y sobretodo en la no vinculación de quienes tienen un compromiso social y profesional para la adaptación de avances en procedimientos y tecnicas, en forma acorde a las demandas del medio y para lograr que el difícil manejo de estos niños en los ámbitos escolar, familiar y social sea el adecuado para su bienestar y salud mental tanto individual como colectivo.

Es claro, que ante la innumerable bibliografía en el tema de tdah, se desee poner en practica modelos y teorías vanguardistas, reconocidas por su aplicabilidad en el ambito hospitalario, o en otros contextos o culturas; pero es también claro, que en el contexto sociodemográfico y la cultura académica como la nuestra, estos sustentos teóricos; en muchos casos resultan ser realmente inoperantes, pese al éxito proyectado, precisamente, porque su direccionamiento se encuentra parcializado y se olvidan las polaridades que se pueden manejar en estratos socioeconómicos 1 y 2 a estratos 3 y 4, 5 y 6, o bien a las diferencias y limitantes existentes de Instituciones académicas privadas, frente a las Instituciones académicas publicas (donde se manejan 40 niños por clase en espacios locativos inapropiados o deteriorados, solo por mencionar algunas de las múltiples particularidades de estos), surgiendo asi, serios cuestionamientos sobre la implementación de dichos modelos o lineamientos. Todo ello, enmarca, un reto no solo para expertos sino para la comunidad investigadora, los padres y demás personas involucradas con el trastorno y su tratamiento.

Ahora , cuestiónese a si mismo ¿Alguna vez ha dejado las llaves de la casa pegadas de la cerradura y solo se entera un rato después? ¿Solo el olor a quemado le recuerda que dejo algo cocinando y se le olvido apagar la estufa? o acaso aunque sea una vez ¿A olvidado dar un mensaje que le recomendaron o etiquetaron como urgente? ¿Al ir a comprar algo al supermercado ha olvidado llevar el dinero? O mejor aun ¿Ha dado respuestas precipitadas porque cree saber las preguntas sin que la hayan terminado de formular aun?.

Muchos de nosotros , tal vez, aunque sea por una vez en la vida, hemos incurrido

en una conducta de este estilo, pero ¡todos los días! Sentir que desde niños, existe la incapacidad de hacer los deberes cotidianos; o notar que siempre se ha presentado un deterioro en como se ve, se organiza y se dirige la conducta hacia el futuro, siendo esta inapropiada o un constante caos. Todo ello, puede acercarnos a un panorama oscuro, o ayudarnos a comprender lo frustrante que resulta la vida de un niño o adulto con T.D.A.H., siendo por lo regular, aun mayor el impacto que ejerce el trastorno en su vida cotidiana; ya que por sutil que parezca, muchos de sus comportamientos deben ser disfrazados o excusados porque las consecuencias sobre su funcionamiento mal adaptativo son imposibles de controlar y por lo tanto de ocultar.

En este caso, no resulta ajeno, el abordaje de la red o sistema social, siendo la familia el mas significativo, a pesar de el segundo plano en el cual ha permanecido durante años, bajo el error de considerar que es el niño o niña con el trastorno, en quien se debe centrar la evaluación y tratamiento; de hecho, en esta investigación el elemento fundamental de el abordaje terapéutico e investigativo se efectuó a partir de la exploración tanto del trastorno, como de sus causas, deterioros, curso y consecuencias a partir de la inclusión constante de el contexto familiar y social del niño, y de su interacción e impacto con este.

En este orden de ideas, el abordaje psicoterapéutico del trastorno a través de la inclusión de este contexto, condujo a referenciar algunas particularidades tanto positivas como negativas para la implementación de este tipo de estudios, estas son:

En la mayoría de las familias existe una alta tensión y stress producto de la disfunción o desadaptación del menor por el tdah, que conduce a la confusión y controversia entre los miembros de la familia sobre el mejor método para manejar la conducta del niño, sobre todo, cuando tanto padres como cuidadores carecen de las habilidades necesarias para ayudarles a incorporar en su vida cotidiana estrategias para el control, regulación o ejecución de la conducta, de forma apropiada, tal como pueden hacerlo aquellos niños que no padecen el trastorno; de allí que la supervisión, el no juzgar, y la comprensión de su no productividad porque se entiende que esta no es que no se pueda lograr, sino que no se puede mantener el patrón de trabajo de manera consistente, sin el acompañamiento adecuado; es lo que permite disminuir tanto en padres como en el mismo niño la frustración y desvinculación de programas de tratamiento.

Dentro del manejo de las variables cognitivas, afectivas y conductuales, planteadas a lo largo de esta investigación; la inclusión del contexto familiar permitió dilucidar ampliamente lo que implica el ajuste social para el niño, sobre todo, porque al enseñarle al niño las habilidades de solución cognoscitiva de problemas interpersonales y el desarrollo e interiorización de las 5 capacidades o áreas que conforman la habilidad de comprensión social. No se resume solamente en un procedimiento mas de los programas de entrenamiento cognitivo conductual, sino que pese a que ya se habla en trabajos como los de Edward A. Kirby y Liam K Grimley; sobre la deficiencia autorreguladora del niño.

Siendo Esta determinante en las numerosas dificultades académicas y sociales. Lo que evidencia la necesidad de atacar 3 variables (atención, solución de problemas y emociones) Aun, aunque en las variables motivacionales, el aspecto 7 si sugiere en parte que ese reforzamiento esperado fuese de tipo afectivo, no es incluyente este importante factor, por lo que me inclino a pensar que el manejo de ese factor de autoestima y gratificación emocional en el niño sigue siendo tenido en cuenta en una ultima instancia y predomina en el tutor o instructor el deseo de reforzar estos factores para el logro de habilidades y respuestas en el niño en torno a la solución de problemas cognitivas, de interacción social, comportamientos. En este caso sigue siendo remitido a evaluar la atención, la hiperactividad o la impulsividad en los espacios familiar, academico, social y que pese a que aun es un reto lograr cambios duraderos,, si se han logrado mejorías en estos aspectos principalmente en el ambito escolar, pero resulta desalentador para todos cuando a la ahora de implementar el entrenamiento fuera del contexto académico, psicoterapéutico el entrenamiento cognitivo comportamental y lo incorporado por el menor; en un ambiente natural los efectos que antes parecían estar instaurados en su fuero interno y que demostraban avances en la implementación de habilidades autorreguladoras como el autocontrol, las metacognitivas y sociales, son obstruidas plenamente no por la auto aceptación de niño sino por la no aceptación del adulto Tutor o del supervisor, de quien el niño siente que le sigue viendo con ojos de inepto, bruto u otro calificativo de desprecio y agresión hacia el.

La falta de actitud directiva de los padres de niños con T.D.A.H., generan en estos un alto grado de desconfianza en si mismos, y en los padres un deficiente nivel de organización, guianza, acompañamiento y credibilidad. Es por ello que lamentablemente se puede afirmar que en muchos de los casos, donde no se ve el reflejo de resultados positivos a pesar de la vinculación de los niños con los programas de modificación de conductas y manejo terapéutico de síntomas secundarios del T.D.A.H.; es porque los padres generalmente dejan de regirse por reglas, no saben dirigir o poseen poca habilidad educativa, al igual que se encuentran desnormalizados o propician confusión en el niño, debido a los limites, roles y normas difusas en el hogar, predominando la no adhesión de estos como parte de la red de apoyo psicoemocional y familiar del niño.

Si bien los niños con T.D.A.H., presentan dificultades para idear y utilizar estrategias cognoscitivas deliberadas, con las cuales enfrentar las exigencias de situaciones académicas y sociales en solución de problemas, los procesos de formación para el desarrollo de la modificación de la conducta (entrenamiento AIV) implementados en estos niños, le han otorgado grandes posibilidades para su ajuste en el medio social y academico, pero su deficiente ejecución en el hogar se ha debido en parte a la falta de vigilancia en el desempeño del niño, lo mismo que en motivación para que el niño participe o coopere durante la ejecución de tareas escolares desarrolladas en casa u otras actividades previamente entrenadas; es decir, los padres generalmente carecen de actitudes entusiastas o sensibles frente al niño, son poco creativos o en muchos caso incurren en coartar expresiones creativas o dinámicas del niño, haciendo de las tareas algo monótono e impositivo,

entre otras, haciendo que las jornadas sean indeseables o temidas por estos.

Ya muchas otras investigaciones han despejado la duda con respecto a que la forma de criar o educar a los niños no es la causa del tdah, pero que si afecta a los niños de forma gradual, conduciendo con ello a empeorar , alterar, modificar la sintomatología propia del T.D.A.H. En el caso específico de ese estudio de investigación, se observó que el aspecto de mayor recurrencia en la población vinculada al programa, fue el de las pocas habilidades educativas de los padres es donde el entorno parece importante para predecir que niños pueden presentar formas más severas y persistentes del tdah y, especialmente, cuales tienen mayor riesgo de presentar conductas agresivas y desafiantes. Aun así, ni siquiera el hallazgo de este tipo de relación permite afirmar que la manera que tienen los padres de educar y manejar a su hijo con tdah sea la causa de la aumento de la severidad o de la persistencia del trastorno a pesar de comprobar que en niños del estudio pertenecientes a hogares con pautas de crianza positivas y estables, donde los padres se vincularon de forma proactiva con los equipos de estudio, los grupos de apoyo social como PANDA y las sesiones terapéuticas en el aula de apoyo, obteniendo resultados favorables que les ayudó a superar las dificultades, adaptarse y responder a las demandas del medio. Dichos resultados demostraron un progreso favorable en las evaluaciones de seguimiento por medio de pre test y post test tal como se esperaba, en su mayoría retornaron a la línea de base, durante la vacaciones o cuando el niño se desvincula del contexto académico.

Dentro de los datos que sustentan la eficacia de la intervención terapéutica multimodal en niños con T.D.A.H. de estratos 1 y 2 del Instituto Sur Oriental de Boston, como parte de los objetivos trazados en este estudio investigativo; se pueden observar resultados favorables para la población beneficiaria del mismo, a partir de las cifras porcentuales que reflejan, resultados muy positivos en los reportes tanto cualitativos como cuantitativos del estudio en el proceso de seguimiento. Cabe resaltar además, que dentro de la distribución por subtipos; el número de Niños y niñas correspondiente a cada uno de ellos, generó un cierto grado de heterogeneidad, implicando una mayor dedicación por parte de los equipos de trabajo, y ejerciendo un caldo de cultivo de gran interés para futuras investigaciones; ya que de estas particularidades se desprendió un clima organizacional que requiere ser estudiado con mayor detenimiento para controlar aquellas situaciones que limitaron o entorpecieron la ejecución de acciones programadas y potenciar las que dinamizaron y favorecieron la ejecución de los planes de acción psicoterapéuticos.

## BIBLIOGRAFIA.

Amador, J. A. Forns, M., Martorell, B., Abad, J., Figueras, A., Cano, L. y Abad, D. (1998). Evaluación de las conductas de hiperactividad, impulsividad y desatención. Investigación en curso presentada en el V Congreso de Evaluación Psicológica.

Arango Martha, y Alvarado Sara Victoria. Hacia un concepto renovado de educación Básica para todos: Alternativas y acciones complementarias. Bogota: CINDE, Serie Documentos Ocasionales # 9, Noviembre de 1991.

Ardila A, Roselli M. Neuropsicología clínica. Medellín: Prensa Creativa; 1992.



Anastopoulos, A., Barkley, R. y Shelton, T. (1996). Family-based treatment, psychological intervention for children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder (pp. 267-284). En E. D. Hibbs y P. S.

Benavides Tigerina de Adarme Greta. (2002) El niño con déficit de atención e Hiperactividad. Guía para padres. México: trillas .

Bornás, X. y Servera, M. (1996). La impulsividad infantil. Un enfoque cognitivo-conductual. Madrid: Siglo XXI. Bourneville, E. (1897). Le traitement medico-pedagogique des differentes formes de l'idiotie. Paris:Alcan. (Citado por Benjumea y Mojarro, 1995).

Caballo, V.E, Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Siglo XXI Editores, 1997 .

Cabanyes, D. A., García, D. y Polaino-Lorente, A. (1997a). Algunos modelos en el estudio de la hiperactividad infantil (pp. 81-88). En A. Polaino-Lorente (Dir). Manual de hiperactividad infantil. Madrid: Unión Editorial.

Cabanyes, J. y Polaino-Lorente, A. (1997b). Trastornos de la atención e hiperactividad infantil: Planteamiento actual de un viejo problema (pp. 31-48). En A. Polaino-Lorente (Dir). Manual de hiperactividad infantil. Madrid: Unión Editorial.

Cabanyes, J. y Polaino-Lorente, A. (1997c). Bases biológicas y evaluación neurofisiológica del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (pp. 89-106). En A. Polaino-Lorente (Dir). Manual de hiperactividad infantil. Madrid: Unión Editorial.

Caterina Calderón Garrido. Trastorno Por Déficit De Atención Con Hiperactividad: Programa De Tratamiento Cognitivo-Conductual, Tesis Doctoral. Universidad De Barcelona. Facultat De Psicologia (Departamento De Personalidad, Evaluación Y Tratamiento Psicológico) Barcelona, 2003.

Clara Ines Gonzalez de Mira. Ideas y estrategias pedagogicas para ayudar al niño con déficit de atención en sus primeros años escolares. Fundacion GRADAS, Medellín Colombia 1997.

Castilla C Osvaldo, Sanchez M Francisco; Otros . Trastorno Deficitario Atencional En Niños De La Institución Educativa Suroriental De Pereira. Evaluación y diagnostico clínico de niños con T.D.A.H. 2004- 2005.

Christensen Ann- lise. (1979). El diagnostico neuropsicológico de Luria. España: Pablo del Rio.

De la Portilla Maya Sonia Roció. Que hacer cuando su hijo es un niño problema .Fundamentos de medicina. Medellín Colombia. Cuarta Publicación.

Edward A. Kirby, Trastorno por déficit de Atención . Estudio y Tratamiento. Editorial Limusa, S.A. Mexico D.F. Pag 83- 125. 1992.

Greta Benavides Tijerina de Adame. El niño con déficit de Atención e Hiperactividad. Guia para padres. Editorial Trillas. Mexico, 2004.

Grupo de estudio de la facultad de Psicología, del Departamento de personalidad, evaluación y tratamiento psicologico, de la universidad de Barcelona

Hallowell Edwar M. (2001) TDA: Controlando la Hiperactividad. España: Paidos

Instituto Colombiano de Investigación de Familia y Población y Asociación Colombiana para la Defensa del Menor Maltratado. Aprendiendo a Vivir en Armonía. Bogotá, 1995.

Lopez I, Isabel C, Cambios en la manifestación de la inatención, impulsividad, hiperactividad en un grupo de niños diagnosticados con T.D.A.H., con o sin hiperactividad a través de un programa de musicoterapia. Mayo de 2002.

Ministerio de trabajo – CANSE- Ministerio de Educación Nacional. Serie documentos de trabajo # 11. Proyecto Multinacional de Educación Básica PRODEBAS. “ Sistematización Por componentes en las innovaciones Educactivas de PRODEBAS en Colombia” CINDE 1995.

Marta Garcia Giraldo y Rosa Nicolau Palou. Actualizaciones en el tratamiento por déficit de atención con hiperactividad. Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil de Barcelona. Sección de Psiquiatría Infanto- Juvenil. Hospital Clínic de Barcelona. Aula Médica Psiquiatría, Año III·nº3· 2001

Miranda-Casas A, García-Castellar R, Melià-de Alba A, Marco-Taverner R. Aportaciones al conocimiento del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Desde la investigación a la práctica. Rev Neurol 2004; 38 (Supl 1): S156-63.

Miranda A, Soriano M, Presentación Mj, Gargallo B. Intervención psicopedagógica en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Rev Neurol Clínic 2000; 1: 203-216.

M. Rosselli-Cock. Eni. Rev Neurol 2004; 38 (8): 720-731 727

Pistoia M, Abad-Mas L, Etchepareborda MC. Abordaje psicopedagógico del trastorno por déficit de atención con hiperactividad con el modelo de entrenamiento de las funciones ejecutivas. Rev Neuro 2004; 38 (Supl 1): S149-55.

Pacto por la Infancia. Sistema Nacional Contra el Maltrato Infantil y el Abuso Sexual. Bogotá, 1998.

Pineda D, Henao GC, Puerta IC, Mejía S, Ardila A, Roselli M, et al. Uso de un cuestionario breve en español basado en los criterios del DSM IV para el diagnóstico de deficiencia atencional. Rev Neurol 1999; 28: 34451.

Pineda D, Kamphaus RW, Mora O, Restrepo MA, Puerta IC, Palacio LG, et al. Sistema de evaluación multidimensional de la conducta para padres de niños de 6 a 11 años, versión colombiana. Rev Neurol 1999; 28: 67281.

Pineda D, Kamphaus RW, Mora O, Puerta IC, Palacio LG, Jiménez I, et al. Uso de una escala multidimensional para padres de niños de 6 a 11 años en el diagnóstico de deficiencia atencional con hiperactividad. Rev Neurol 1999; 28: 9529.

Parker Harvey C. (1994) Cuadernillo de trabajo para padres, maestros y niños sobre el trastorno de bajo nivel de atención (ADD) o Hiperactividad. Specialty Press.inc.

Patricia O. Quinn. Como Ponerle los Frenos. Guía para jóvenes para comprender el trastorno de Hiperactividad por déficit de atención. New York, 1996.

Primeras Jornadas sobre Déficit de Atención e Hiperactividad en Navarra. Resumen de Ponencias. Pamplona, septiembre 2000.

Russell A. Barkley, Taking Charge of ADHD. Niños Hiperactivos, Como comprender y atender sus necesidades Especiales. ( Edición en castellano, Paidós Ibérica S.A. 1999.).

Roselli Mónica, Pineda David, Otros. Cuestionarios para la evaluación del comportamiento en niños y adolescentes de la ciudad de Manizales. Cuadernillo de Línea N° 1 Desarrollo Infantil, Sublínea Evaluación Neuropsicopedagógica. Manizales:Universidad de Manizales. Pág 33, 2004.

Revista Complutense de Educación. Vol. 13, num. 1. Psicobiología y educación, Departamento de psicobiología, Universidad Complutense de Madrid. (2002) Pág. 211- 227

Severa Barcelo Mateu, Xavier Bornas I Augusti e Imaculada Moreno Garcia. Hiperactividad infantil: Conceptualización, evaluación y tratamiento. Universidad de las Islas Baleares – Universidad de Sevilla (2001)

Servera Barcelo Mateu. El enseñar a pensar y la instrucción en estrategias cognitivas. URL: [http://www.afuntap.com/down/ens\\_pensar.pdf](http://www.afuntap.com/down/ens_pensar.pdf).

Sabrina Gomez. Como ayudar al niño con T.D.A.H. en el salon de clases. Corporación HIDEA . Pag 29, 2004, Bogota Colombia.

Segundas Jornadas sobre Déficit de Atención e Hiperactividad en Navarra. Resumen de Ponencias. Pamplona 19 y 20 octubre 2001.

Tellez Lopez, Arnoldo y otros. (2002) Atención, aprendizaje y memoria. Aspectos Psicobiológicos. Mexico: Trillas.

Toro J, Castro J, García M, Lázaro L. Psicofarmacología clínica de la infancia y la adolescencia. Masson, 1998.

UNICEF. Los niños de las Americas. 1992.

Universidad de Manizales, Sublinea Evaluación Neuropsicopedagogica N° 1 Desarrollo Infantil. Cuadernos de línea. Manizales, Septiembre 2004. Pag 26.

Virginia A. Douglas, Attention Déficit Disorder : Diagnostic Cognoscitive and Therapeutic Undestanding. Cap 8, Pag 149. Complilado por L.M. Bloomingdale(1984) New York.

Zapata Puerta, Antonio, Evaluación y sistematización de proyectos Sociales. Una metodología de investigación. Facultad de Ciencias Sociales y Humanas. Universidad de Antioquia. Medellín Colombia 1996.

Kwee, M.G.T : El estado de la cuestión en la terapia multimodal. En : Vicente E.Caballo : Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta. Siglo XXI Editores, 1991.

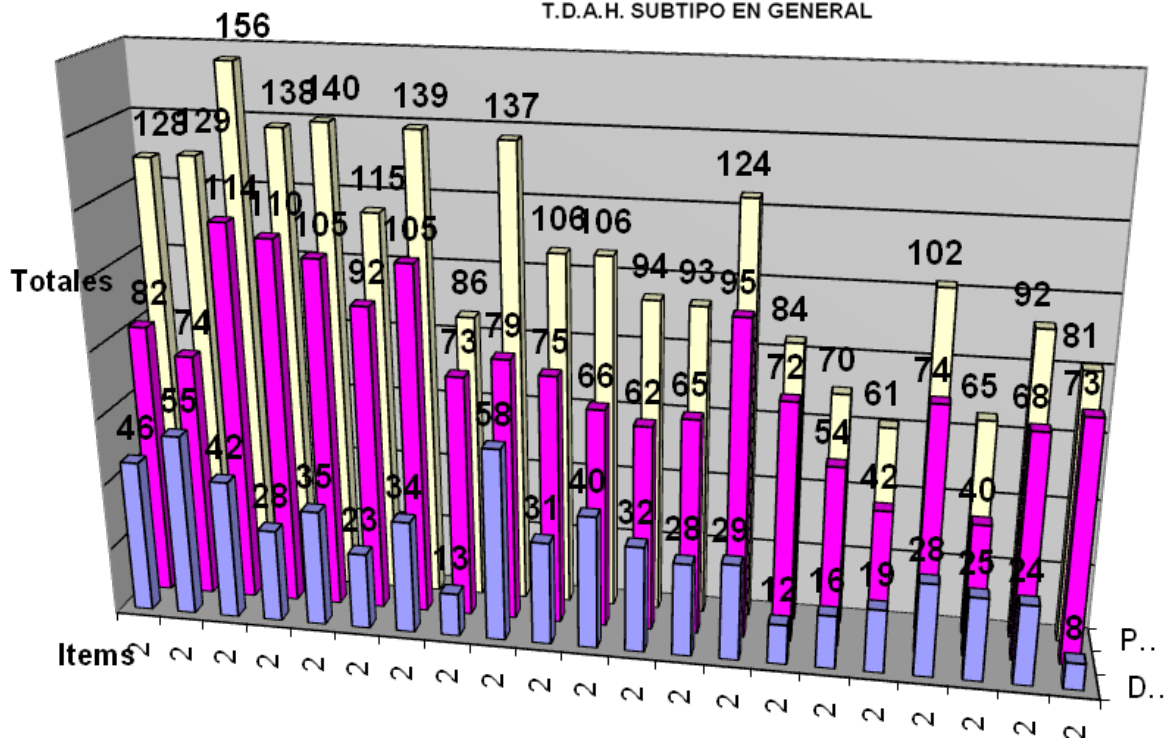
Lazarus, A. A, Terapia multimodal . IPPEM, 1983.

INDICE DE TABLAS	
TABLA N° 1. Distribución de niños y niñas por edades, año escolar y subtipo t.d.a.h.	75
TABLA N° 2. Criterios de selección de Usuarios	76
TABLA N° 3. Criterios exclusión- inclusion niños y niñas objeto de Estudio	78
TABLA N° 4. Distribucion de jornadas de trabajo por niño y sesiones	96
TABLA N° 5. Distribucion por fases de Intervencion	97
TABLA N° 6. Tipo de Pruebas Utilizadas en al Investigacion	98
TABLA N°7. Pruebas Utilizadas	99
TABLA N°8. Aplicación de Verbalizaciones y entrenamiento en solución de problemas(Bornas y Servera)	100

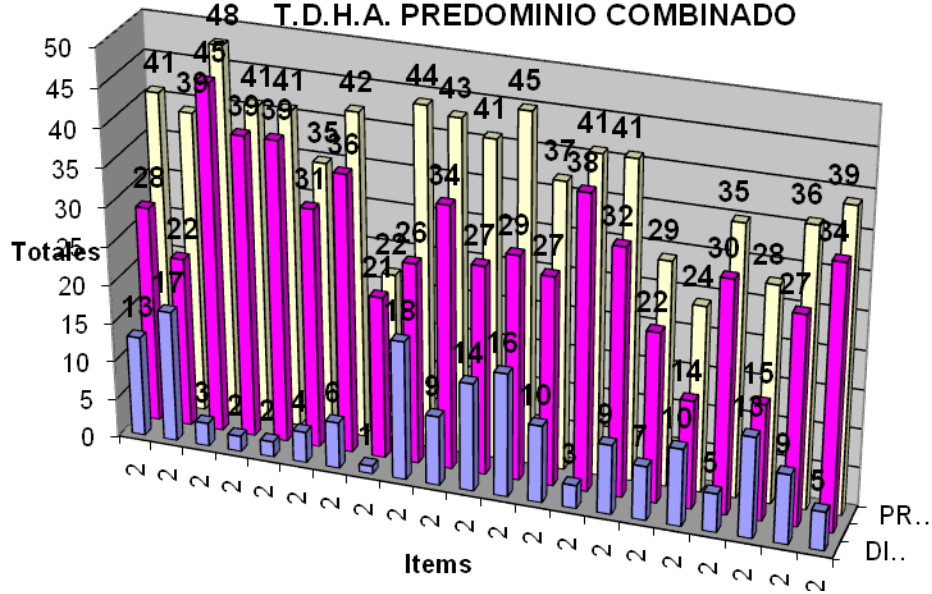
TABLA N°9. Aplicación de Verbalizaciones y entrenamiento en solución de problemas(Bornas y Servera)	100
TABLA N°10. Aplicación de Verbalizaciones y entrenamiento en solución de problemas(Bornas y Servera)	100
TABLA N°11. Entrenamiento en Autoinstrucciones (AIV)	104
TABLAN°12.Pruebas utilizadas Pretratamiento, postratamiento y Seguimiento	106
TABLA N° 13.Adhesion al tratamiento de padres mediante jornadas de formación e información (PANDA Y Equipo Multidisciplinario)	109
TABLA N°14. T.D.A.H. Subtipos en General(Todos los Sujetos Investigacion)	109
TABLA N°15. T.D.A.H. Predominio Inatentos	109
TABLA N°16. T.D.A.H. Predominio Hiperactivo	109
TABLA N°17. T.D.A.H. Predominio Combinado	109
TABLA N° 18.T.D.A.H. Sintomas Primarios del T.D.A.H.	109
TABLA N° 19. T.D.A.H. Sintomas Secundarios del T.D.A.H.	109
TABLA N°20. Factores asociados a contexto escolar	110
TABLA N° 21Factores asociados al contexto Familiar	110
TABLA N°22.Practicas de Crianza(Total niños(as)estudio.Pre test –Post test)	110
TABLA N°23. Inventario Practicas de Crianza	110
TABLA N° 24. Variables Practicas de Crianza y T.D.A.H.	110
TABLA N°25. Practicas de Crinza Predominio Combinado(Prestest-Post test)	110
TABLA N° 26.Resumen General de Estudio Intervencion Multimodal	110
TABLA N°27.Eficacia del Estudio. Diferencia entre todas las variables –todos los Sujetos	110
TABLA N°28. Resultado todas las variables-Todos los sujetos(Pre test)	110
TABLA N°29. Resultado todas las variables-Todos los sujetos(Post test)	110
TABLA N°30. Resultado todas las variables-Todos los sujetos(Post test)	110
TABLA N°31. Resultado todas las variables-Todos los sujetos(Post test)	110
TABLA N°32. Apropiacion Social del Conocimiento	137
TABLA N°33. Escala medición eficacia	157
INDICE DE GRAFICAS	
GRAFICA N° 14. Distribución de niños y niñas por edades, año escolar y subtipo t.d.a.h.	75
TABLA N° 2. Criterios de selección de Usuarios	76
TABLA N° 3. Criterios exclusión- inclusion niños y niñas objeto de Estudio	78
TABLA N° 4. Distribucion de jornadas de trabajo por niño y sesiones	96
TABLA N° 5. Distribucion por fases de Intervencion	97
TABLA N° 6. Tipo de Pruebas Utilizadas en al Investigacion	98
TABLA N°7. Pruebas Utilizadas	99
TABLA N°8. Aplicación de Verbalizaciones y entrenamiento en solución de problemas(Bornas y Servera)	100

TABLA Nº9. Aplicación de Verbalizaciones y entrenamiento en solución de problemas(Bornas y Servera)	100
TABLA Nº10. Aplicación de Verbalizaciones y entrenamiento en solución de problemas(Bornas y Servera)	100
TABLA Nº11. Entrenamiento en Autoinstrucciones (AIV)	104
TABLANº12.Pruebas utilizadas Pretratamiento, postratamiento y Seguimiento	106
TABLA Nº 13.Adhesion al tratamiento de padres mediante jornadas de formación e información (PANDA Y Equipo Multidisciplinario)	109
TABLA Nº14. T.D.A.H. Subtipos en General(Todos los Sujetos Investigacion)	109
TABLA Nº15. T.D.A.H. Predominio Inatentos	109
TABLA Nº16. T.D.A.H. Predominio Hiperactivo	109
TABLA Nº17. T.D.A.H. Predominio Combinado	109
TABLA Nº 18.T.D.A.H. Sintomas Primarios del T.D.A.H.	109
TABLA Nº 19. T.D.A.H. Sintomas Secundarios del T.D.A.H.	109
TABLA Nº20. Factores asociados a contexto escolar	110
TABLA Nº 21Factores asociados al contexto Familiar	110
TABLA Nº22.Practicas de Crianza(Total niños(as)estudio.Pre test –Post test)	110
TABLA Nº23. Inventario Practicas de Crianza	110
TABLA Nº 24. Variables Practicas de Crianza y T.D.A.H.	110
TABLA Nº25. Practicas de Crinza Predominio Combinado(Pretest-Post test)	110
TABLA Nº 26.Resumen General de Estudio Intervencion Multimodal	110
TABLA Nº27.Eficacia del Estudio. Diferencia entre todas las variables –todos los Sujetos	110
TABLA Nº28. Resultado todas las variables-Todos los sujetos(Pre test)	110
TABLA Nº29. Resultado todas las variables-Todos los sujetos(Post test)	110

Grafico N° 14 ESCALAS DE DISTRACCION Y ACTIVIDAD - IMPULSIVIDAD  
T.D.A.H. SUBTIPO EN GENERAL

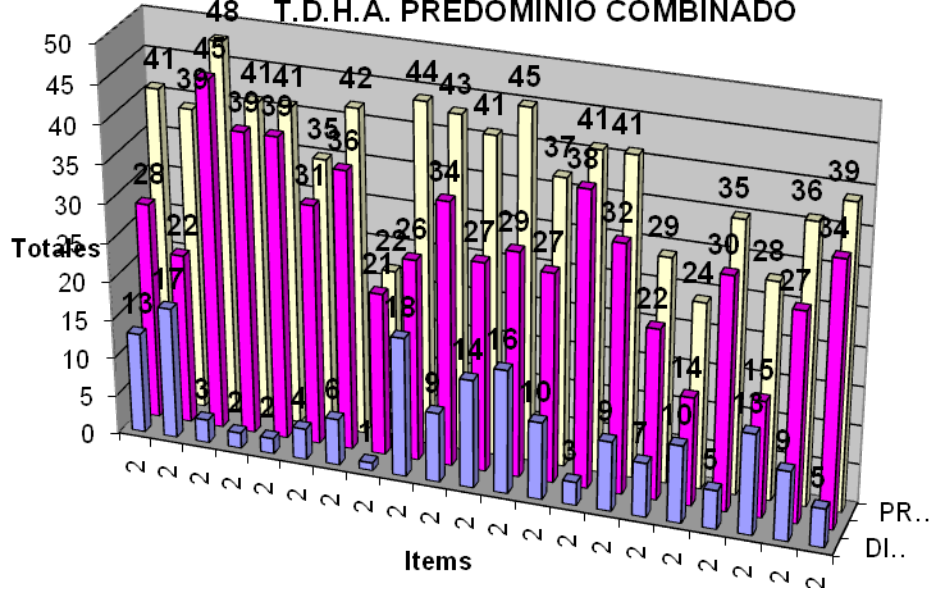


GRAFICA N° 17 ESCALA  
 DISTRACTIBILIDAD, HIPERACTIVIDAD, IMPULSIVIDAD  
 48 T.D.H.A. PREDOMINIO COMBINADO

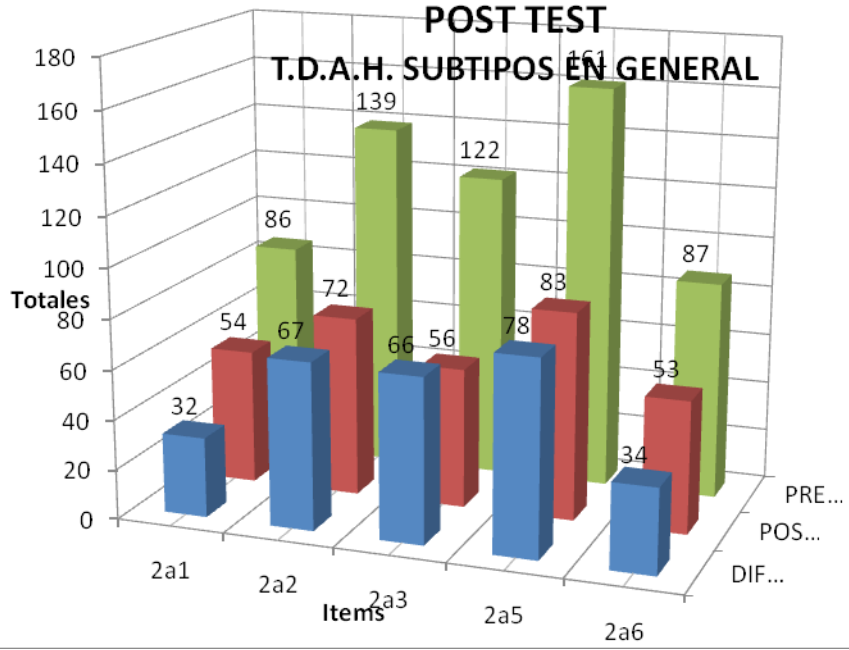




GRAFICA N° 17 ESCALA  
 DISTRACTIBILIDAD, HIPERACTIVIDAD, IMPULSIVIDAD  
 48 T.D.H.A. PREDOMINIO COMBINADO

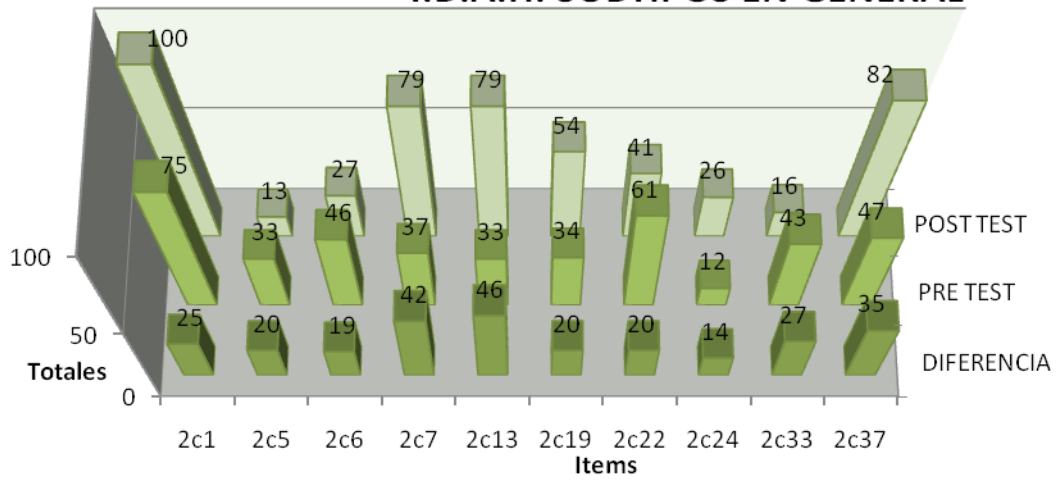


**Grafico Nº 18 SITUACIONES ESCOLARES PRE TEST-  
POST TEST**

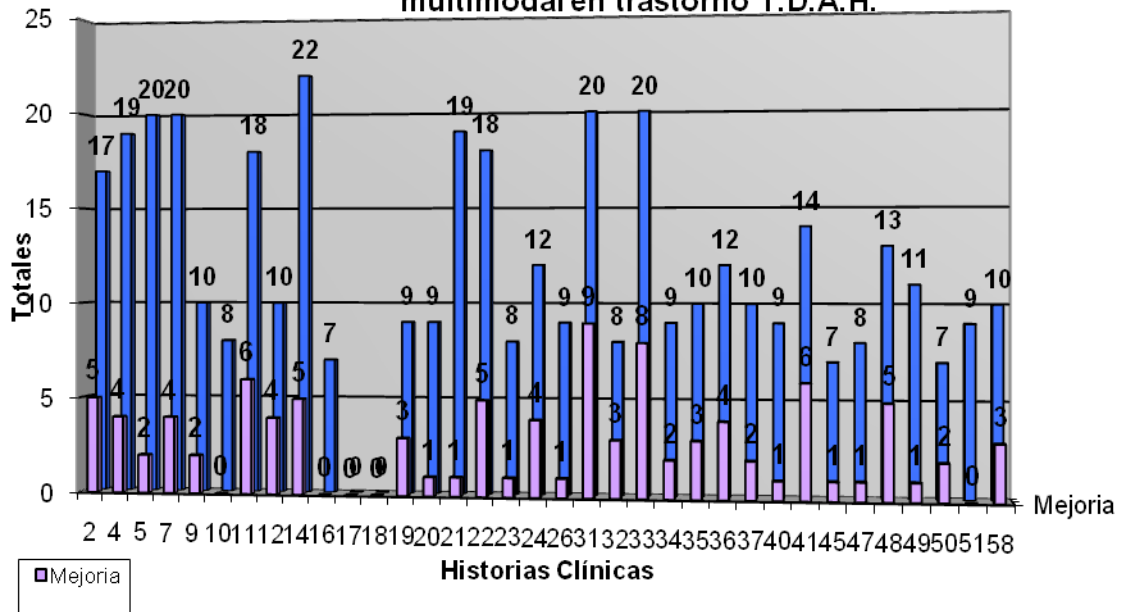


## Grafico Nº 22 INVENTARIO DE PRACTICAS DE CRIANZA GENERAL

### T.D.A.H. SUBTIPOS EN GENERAL



**GRAFICA N° 26 Adhesión vr Mejoria respecto a la intervencion multimodal en trastorno T.D.A.H.**



## Grafico Nº 27 EFICACIA DE INTERVENCION MULTIMODAL

*VARIABLES INATENCIÓN, HIPERACTIVIDAD E IMPULSIVIDAD-  
ESCOLARIDAD, PRÁCTICAS DE CRIANZA  
Y ADHESIÓN AL TRATAMIENTO.*

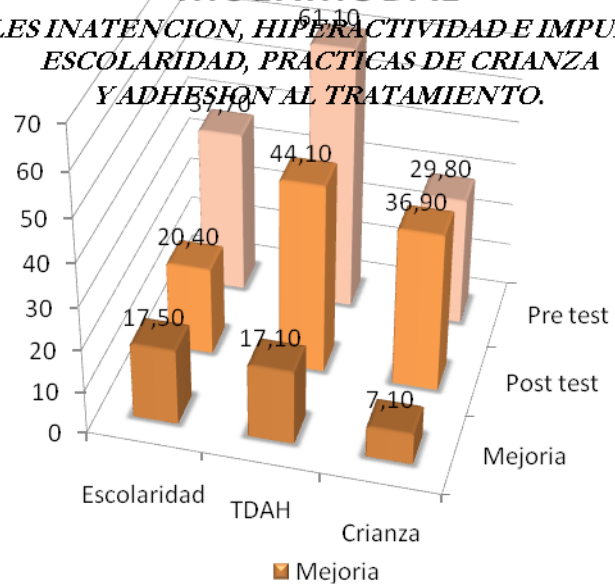


TABLA Nº26 RESUMEN GENERAL DE ESTUDIO

DE INTERVENCION MULTIMODAL

VARIABLES

INATENCION, HIPERACTIVIDAD E IMPULSIVIDAD- ESCOLARIDAD, PRACTICAS DE CRIANZA Y ADHESION AL TRATAMIENTO

INSTRUMENTOS	HISTORIAS CLINICAS																																								
	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#				
<b>1. Situaciones escolares</b>																																									
a. pretest	1	2	2		2	1	3		1	2		3	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
b. postest	4	6	4	3	8	3	6	3	9	1	6	8	9	9	5	4	9	2	2	3	7	7	6	8	9	8	1	5	5	8	5	2	5	9	2						
<b>2. Distractibilidad</b>																																									
a. pretest	3	3	3	4	3	2	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	2	3	3	2	3	3	2	4	3	2	3	3	3	4	3	3	3	3	2	2	3	2			
b. postest	2	2	2	2	3	2	1	2	2	3	3	3	2	2	1	2	2	3	3	1	4	2	2	2	3	2	3	1	2	3	3	2	2	3	2	2	3	2			
	9	8	3	0	5	1	9	5	6	3	2	6	8	4	6	1	2	6	1	7	2	4	4	6	9	8	4	5	9	3	5	1	3	1	2	3	1	2			
<b>3. Hiperactividad</b>																																									
a. pretest	2	2	1	1	3	4	1	2	1	4	2	2	2	4	1	1	2	2	2	2	1	2	5	2	2	2	4	2	4	4	5	4	5	4	5	3	5				
b. postest	1	1	1	1	2	3	1	2	1	3	2	2	1	3	1	1	2	1	2	1	1	1	3	1	2	1	3	1	3	3	3	3	4	4	2	4	4	2	4		
	7	9	4	4	3	3	4	2	3	9	4	5	6	8	3	3	0	9	7	5	6	7	5	8	6	8	6	6	5	7	9	0	1	8	1						
<b>4. practicas de crianza</b>																																									
a. pretest	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
b. postest	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
	6	3	6	5	6	4	4	5	5	0	4	1	3	2	6	5	5	4	2	8	3	7	4	5	6	0	1	7	4	3	5	7	2	3	5						
<b>5. adherencia</b>																																									
Nº total de padres: 35																																									
Nº talleres programados: 21																																									
c. Nº talleres asistidos	7	6	7	9	4	2	6	4	7	1	0	0	2	3	7	6	2	5	3	9	3	8	3	4	6	4	3	6	1	2	5	4	1	3	3						