



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**TALLER DE ENTRENAMIENTO PARA PADRES DE NIÑOS CON  
TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD  
ATENDIDOS EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL  
“DR. JUAN N. NAVARRO”**

**T E S I N A  
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA  
P R E S E N T A:  
NORMA ANGÉLICA SANCHA MARTÍNEZ**

**DIRECTORA DE LA TESINA:  
LIC. MARÍA EUGENIA GUTIÉRREZ ORDÓÑEZ**



Ciudad Universitaria, D.F.

Septiembre, 2010



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## AGRADECIMIENTOS

*A mi madre, por todas sus enseñanzas, tolerancia e impulsarme a lograr este paso tan importante para mí, solo espero que te sientas orgullosa de cada paso que doy, porque este triunfo no solo es mío sino también tuyo.*

*A mi hija, quiero decirte que la vida es como un rompecabezas, cada meta es una pieza que nos hace sentir completos, para poder lograr la meta que te propongas necesitas trabajar, esforzarte, ser perseverante y en ocasiones sacrificar un poco las cosas que más amas. Trato de transmitírte este mensaje no poniéndote ejemplos de otras personas, sino más bien quiero ser yo tu mejor ejemplo.*

*A Maru, por sus consejos, su tiempo y dedicación.*

*A Juan Manuel, por su apoyo y sus atenciones.*

*A mis sinodales; Cristina Heredia, Araceli Mendoza, Laura Somarriba y Susana Ortega, por el tiempo que me dedicaron, sus excelentes observaciones y consejos.*

*A la Universidad Nacional Autónoma de México, es difícil expresar lo que siento por mi Universidad, solo se que me siento orgullosa de haber pertenecido a ella, ya que es parte importante de mi formación profesional, siempre la llevare en mi corazón.*

*Y por último a todos aquellos que creen que lograr una meta es algo imposible y se estancan esperando a que la suerte forme su destino.*

*Nunca consideres el estudio como una obligación, sino como una oportunidad para penetrar en el bello y maravilloso mundo del saber.*

*Albert Einstein*

## INDICE

RESUMEN	
INTRODUCCIÓN	1
MARCO TEÓRICO	
1. Desarrollo Normal de niños preescolares (3 a 6 años)	5
1.1 Concepto de desarrollo	5
1.2 Desarrollo físico	7
1.2.1 Desarrollo psicomotriz	9
1.3 Desarrollo cognitivo	13
1.4 Desarrollo emocional	17
1.5 Desarrollo social	21
2. Concepto del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad	25
2.1 Antecedentes históricos	26
2.2 Diagnostico	29
2.3 Etiología	33
2.3.1 Factores biológicos	33
2.3.2 Factores sociales	34
2.4 Epidemiología	35
2.5 Características del TDAH	36
2.6 Tratamientos del TDAH	41
3. Importancia de los Padres de niños con TDAH	63
3.1 Concepto de familia	63
3.2 Relación padres-hijos	65
3.3 Reglas y limites	70

---

4. Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”	78
4.1 Marco histórico	79
4.2 Organigrama	85
4.3 Formas de ingreso	88
5. Propuesta	94
ALCANCES Y LIMITACIONES	111
CONCLUSIONES	114
REFERENCIAS	116
ANEXOS	124

---

## RESUMEN

Con frecuencia las conductas disruptivas que los niños con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) presentan causan problemas en la convivencia con pares, en el ámbito escolar e incluso en la dinámica familiar. Desafortunadamente los padres ignoran como deben de dirigirse a su hijo con TDAH y resuelven su comportamiento por medio de gritos o golpes, ocasionando entre los niños baja autoestima y entre los padres culpa, ansiedad o desesperación por no poder controlar a su hijo. La finalidad del taller es brindar a los padres herramientas para disminuir esas sensaciones por medio de un apropiado establecimiento de reglas y límites.

El Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, es una institución encargada del tratamiento en niños con trastornos mentales, siendo el TDAH el que se presenta con mayor frecuencia. El proporcionar a estos niños un tratamiento multimodal es la mejor vía para el control de los síntomas del trastorno, dentro de la institución existe una alta demanda de atención, en especial de niños con TDAH, por lo tanto con la finalidad de brindar un tratamiento multimodal, atención a todos estos niños y evitar la saturación de atención, la presente tesina propone impartir un taller de entrenamiento a padres con hijos en edad preescolar diagnosticados con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad que son atendidos en el Hospital, impartido por el servicio de Análisis Conductual Aplicado dentro de las instalaciones de la institución.

El taller pretende proporcionar a los padres información sobre el TDAH referente a sus características y tratamiento, además de brindar estrategias para el adecuado manejo conductual de sus hijos. Los beneficios al implementar el taller se verán reflejados en el cambio de la dinámica que los padres ejercerán sobre sus hijos, ya que en lugar de responder de forma agresiva lo harán de forma pasiva pero con firmeza.

---

## INTRODUCCIÓN

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) se caracteriza por un patrón persistente de inatención, hiperactividad e impulsividad. Por el momento no se tienen el dato certero acerca del factor causante de este trastorno, se conoce que se ven involucrados los factores genéticos, ambientales y psicosociales.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reporta que a nivel mundial en los infantes existe un 5% de prevalencia del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. En Estados Unidos se sitúa entre el 2% y el 18%, en Colombia y en España se ha reportado la existencia de un 14% a 18% (Medina et al., 2003).

La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (2003) reporta que en la actualidad en México el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad es uno de los problemas de salud mental que con más frecuencia se presentan en la población infantil, en México existen alrededor de 20 millones de niños (as) menores de 14 años de los cuales 1 millón 600 mil niños padecen este trastorno, es decir el 6% del total de infantes, se tiene el conocimiento que de 3 a 6 niños por cada 100 en edad escolar presentan TDAH

Estudios recientes han demostrado que entre los preescolares remitidos para valoración psiquiátrica, la psicopatología más común es el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (86%), seguida de otros trastornos de comportamiento disruptivo, del ánimo y ansiedad (Miranda, Uribe, Gil & Jaque, 2003). En el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" es la primera causa de atención en la consulta externa, especialmente niños entre los 3 y 6 años, de los cuales el 70% de ellos son enviados por instituciones (SERSAME, 2000).

En años anteriores se pensaba que los síntomas desaparecen durante la adolescencia, con el paso de tiempo se ha observado que aproximadamente el 50% de los niños llegan a la edad adulta con el trastorno, la hiperactividad

mejorará, pero la inatención y la impulsividad tienen una alta probabilidad de continuar manifestadas en otros síntomas.

El tratamiento farmacológico es muy común, sin embargo existen intervenciones basadas en modelos conductuales y psicosociales que reflejan una reducción considerable en los síntomas del TDAH. Los programas de entrenamiento a padres se pueden considerar como una primera opción del tratamiento para niños preescolares en los cuales aún no se decide iniciar con farmacoterapia. Al realizar este tipo de intervención en las primeras etapas de la infancia permite orientar adecuadamente a las madres y padres, con el propósito de adquirir conocimientos y las habilidades que los ayuden a solucionar y afrontar con éxito problemas en el comportamiento de su hijo, de esta manera les permitirá fortalecer su rol paternal.

La presente tesina plantea la aplicación de un taller de entrenamiento a padres de niños preescolares con TDAH que asisten al Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" con la finalidad de que los padres implementen estrategias para adquirir, incrementar, corregir o disminuir conductas y dotarlos de herramientas necesarias para enseñar a los niños hábitos. Al mismo tiempo con el taller se pretende agilizar la demanda de atención en el área de psicoterapias en especial dentro del Bloque de Análisis Conductual Aplicado.

La presente propuesta pretende:

- ✓ Informar a los padres sobre el TDAH, sus características, los problemas asociados, así como las diferentes conductas que se presentan de acuerdo a la edad preescolar y escolar.
- ✓ Orientar a los padres acerca del tratamiento del TDAH y sobre los aspectos a considerar en el tratamiento integral para obtener mejores resultados e identificar, comprender y aceptar el diagnóstico de su hijo, con la finalidad de buscar un mayor compromiso a los tratamientos.

- ✓ Sensibilizar a los padres sobre el uso y efecto de psicofármacos dentro del tratamiento del TDAH en caso de requerirlo y así evitar desinformación y con esto abandono del medicamento.
- ✓ Aprender técnicas de modificación de conducta e identificar cuáles son las conductas que más causan problema a la familia y fomentar alternativas más adecuadas para la solución de problemas evitando caer en agresión y violencia intrafamiliar.
- ✓ Reconocer la importancia de adoptar límites y reglas claras con el niño para mayor eficacia en el manejo de conductas esperadas en diversos ambientes.
- ✓ Recabar información para determinar si el niño es candidato para ingresar a una terapia conductual o bien si las conductas pueden mejorar promoviendo en los padres un adecuado manejo conductual y estableciendo límites y reglas.

En el capítulo uno se revisará el desarrollo normal del niño en edad preescolar, tomando en cuenta los cambios físicos, cognitivos, emocionales y sociales.

En el segundo capítulo se plantean los antecedentes históricos del TDAH, desde sus primeras conceptualizaciones hasta llegar al concepto y clasificación que se maneja actualmente en el DSM-IVTR, también se aborda la etiología, epidemiología, principales características del trastorno y el tratamiento, este último tema es el que influye de manera directa en la realización de este trabajo.

En el tercer capítulo se aborda el tema de la familia, relaciones padres e hijos en donde se plantean los estilos de crianza e implementación de disciplina por medio de límites y reglas.

El capítulo cuatro habla sobre el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, su misión y visión, historia, organización y las formas de ingreso a la institución terminando en el ingreso al servicio de Análisis Conductual Aplicado en el cual se pretende llevar a cabo la presente propuesta.

En el quinto capítulo se expone una propuesta dirigida a los padres encaminada en proporcionarles información sobre el TDAH y brindar estrategias para el manejo adecuado de problemas que surgen en la convivencia con su hijo y a su vez promuevan un adecuado funcionamiento en diversos ambientes, además de lograr que los padres disminuyan su ansiedad sobre el que hacer con su hijo que padece TDAH.

## **CAPITULO 1**

### **DESARROLLO NORMAL DE NIÑOS PREESCOLARES**

#### **(3 a 6 años)**

##### **1.1 CONEPTO DE DESARROLLO**

El desarrollo humano es el estudio de los cambios cuantitativos y cualitativos que sufren las personas durante el transcurso de su vida desde la concepción hasta la muerte. Los cambios cuantitativos son los que se refieren al número y cantidad: estatura, peso, etc.; mientras que los cualitativos se refieren a la inteligencia, la memoria o psicomotricidad de una persona. El concepto de desarrollo implica no sólo el crecimiento biológico del niño, sino también el psicológico influenciado por la acción que el ambiente, la sociedad, y la familia ejercen sobre él (Papalia, Wendkos & Duskin, 2005).

El desarrollo es el proceso que engloba la maduración, la evolución y el crecimiento de un ser. En el ser humano, el desarrollo es el proceso por el cual un individuo recién nacido llega a ser adulto hasta la vejez, para ello se da la maduración de sus funciones y el crecimiento de sus órganos en un proceso ordenado de carácter evolutivo es decir, que va de lo simple a lo complejo, de lo rudimentario a lo mas funcional y adaptativo (García, 1999).

Desarrollo se refiere a continuidades y cambios sistemáticos en el individuo que ocurren entre la concepción y la muerte. Al decir que los cambios son sistemáticos se hace referencia a que son ordenados, siguen un patrón y son relativamente duraderos (Shaffer & Kipp, 2007).

Good (2000), define al desarrollo como un término que puede referirse a la mente, a las emociones e igualmente al cuerpo, y lo define como una progresión ordenada a niveles cada vez más altos tanto de diferenciación como de integración de los componentes de un sistema. Los principios generales del desarrollo son:

- Secuencia: orden en que ocurren los cambios, el cambio es relativamente ordenado.
- Los ritmos: velocidad con la que ocurren los cambios.
- Forma: aspecto y apariencia, el desarrollo tiene lugar en forma gradual, los cambios no ocurren intempestivamente.

Durante la niñez temprana (preescolar) los niños continúan su rápido crecimiento físico, cognoscitivo y lingüístico. Ahora pueden cuidarse mejor, empiezan a desarrollar un autoconcepto así como identidad, adquieren roles de género y se muestran interesados en jugar con otros niños. La calidad de la relación padre-hijo es importante en el proceso de socialización que tienen lugar en este período (Rice, 1997).

Para efectos de esta tesina, se revisará la etapa preescolar que comprende de los tres a los seis años aproximadamente, es un período de inmensos cambios, que implican crisis de maduración, con avances y retrocesos, es una búsqueda constante para lograr el equilibrio y la adaptación entre los distintos procesos de asimilación del mundo exterior y la acomodación de esquemas y estructuras con que se cuenta (Orozco, 2004).

Autores como Danoff (et al., 1994), Papalia (et al., 2005), Woolfolk (2006), Feldman (2008) entre otros señalan que el crecimiento y aprendizaje de los niños incluye:

- Desarrollo físico: cambios en la estructura y la función corporal que se dan a lo largo del tiempo; de modo tal que incluye al cuerpo, el desarrollo motor y los sentidos.
- Desarrollo cognoscitivo: explicar los cambios graduales y ordenados por lo que los procesos mentales se hacen más complejos y perfeccionados, es decir guarda relación con el pensamiento de los niños incluyendo la observación y la percepción, la obtención y procesamiento de información, solución de los problemas y comunicación (escuchar y hablar).

- Desarrollo emocional: se relaciona con los sentidos y reacciones de los niños (comodidad o molestia, placer o pena, etc.) Con sus necesidades de protección e independencia y cómo se afronta.
- Desarrollo social: implica las interacciones de los niños con las demás personas, incluyendo la cultura de éstos, su comunidad, el sexo y los papeles que desempeñan en la sociedad.

A continuación se describirán con mayor detalle los tipos de desarrollo de la etapa preescolar.

## 1.2 DESARROLLO FÍSICO

El desarrollo físico se caracteriza por varios cambios corporales entre los que sobresalen, el incremento de la longitud de los brazos y piernas, además de que se destacan más los músculos y las articulaciones.

En la niñez temprana los niños adelgazan y crecen mucho. Necesitan dormir menos que antes y muestran una mayor tendencia a desarrollar problemas de sueño. Son mejores para correr, saltar, brincar y lanzar una pelota: pueden atar mejor sus agujetas (con moños en lugar de nudos), dibujar con crayolas (sobre el papel y no en las paredes) y servir el cereal (dentro del plato y no en el suelo); además, empieza a manifestarse una perfección por la mano derecha o la izquierda (Papalia et al., 2005).

A diferencia de los bebés que duermen durante el día y la noche, los niños en edad preescolar cubren casi todas sus necesidades de sueño en un período nocturno. El número de horas de sueño disminuye de manera estable a lo largo de la niñez, aunque algunos infantes pueden necesitar más o menos horas de sueño (Morales & Quezada, 2003).

Durante los años preescolares, los niños normalmente se estilizan, al alargarse la parte inferior del cuerpo y al quemarse parte de la grasa acumulada de la infancia. El niño preescolar ya no tiene: un estómago que sobresale de su

perfil, la cara redonda, extremidades desproporcionadamente cortas, una cabeza grande, las proporciones del cuerpo del niño preescolar corresponden a un aspecto más adulto (Berger & Thompson, 1997).

El corazón del niño preescolar triplicará su peso a diferencia del que mostraba al momento del parto, alrededor de los 2 años el cerebro mide y pesa cerca de  $\frac{3}{4}$  partes, a los 5 años el cerebro alcanza el 90% de su peso con respecto al tamaño que adquirirá cuando sea un adulto (Santrock, 2003).

Durante este período el progresivo desarrollo del cerebro permite que los sentidos se agudicen, por lo que la maduración cerebral lleva a un mejor control de los movimientos oculares así como la capacidad para enfocar; los ojos no han logrado su máximo desarrollo por que los niños a esta edad son incapaces de captar grupos de letras pequeñas de forma fácil y precisa, como se requiere para leer un libro de letras pequeñas. La visión no es el único sentido que evoluciona durante este período, si no la nitidez en la audición también mejora (Feldman, 2008).

Los niños entre los 4 y 5 años se encuentran en la culminación de un período importante del desarrollo, pues han operado una serie de estructuras a nivel neuronal, muy bien conformadas; a esta edad la dentición temporal, conocida también como “dentición de leche” está casi completa por lo que pueden comer prácticamente de todo; el sistema digestivo y enzimático está lo suficientemente maduro para poder digerir todo tipo de alimentos (Cerdas, 2002).

Los niños crecen rápidamente entre los tres y los seis años, suelen crecer de 5 a 7.5 centímetros por año y suben de 1.800 a 2.400 kilos anualmente. El peso promedio de los niños en edad preescolar oscila entre los 12.2 y 23.0 kilos, y la talla entre los 95.1 y 112.0 centímetros, lo cual se observa en la tabla 1.

El tiempo y grado del crecimiento depende de factores genéticos y ambientales, tales como la nutrición, el cuidado pre y postnatal, la calidad del vínculo afectivo, un sueño adecuado, etc.

*Tabla 1 Peso y estatura de acuerdo a la edad*

Años	Niños				Niñas			
	Peso en Kilogramos			Talla cm	Peso en Kilogramos			Talla cm
	Bajo	Promedio	Alto	+/- 6	Bajo	Promedio	Alto	+/- 6
3	12.7	14.3	16.2	96.1	12.2	13.9	15.8	95.1
4	14.4	16.3	18.6	103.3	14.0	16.1	18.5	102.7
5	16.0	18.3	21.0	110.0	15.8	18.2	21.2	109.4
6	17.6	20.3	22.4	116.7	17.6	20.3	23.0	112.0

La mayoría de los sistemas, en especial el óseo, el muscular y el nervioso ya están funcionando prácticamente de forma madura. La mayor capacidad de los sistemas respiratorio y circulatorio brinda mayor resistencia física y junto con el sistema inmunológico en desarrollo mantienen más sano al niño. El tamaño de los huesos aumenta, se endurecen cada vez más dándole al niño una forma más firme protegiendo los órganos internos, estos cambios junto con la madurez cerebral y del sistema nervioso, estimulan el desarrollo de las destrezas motoras las cuales se dividen en motricidad gruesa y motricidad fina.

### 1.2.1 DESARROLLO PSICOMOTRIZ

El desarrollo psicomotor tiene como meta el control del propio cuerpo, involucrando la acción, que le permite al niño entrar en contacto con los objetos y las personas a través del movimiento; y la representación del cuerpo que tiene que ver con el desarrollo de los procesos (Cobos, 1997).

La destreza motriz del niño ha avanzado mucho más allá de los reflejos de la primera infancia, ahora pueden moverse a mayor velocidad y con más gracia, son capaces de centrarse y afinar más su actividad. El resultado es una mejoría impresionante de sus diferentes habilidades motoras.

Como se mencionó anteriormente los huesos y los músculos en niños de edad escolar se vuelven más fuertes e incrementan el tamaño y su capacidad pulmonar es mayor, lo cual le permite correr, saltar y brincar con agilidad, trepar más lejos, mas rápido y mejor, a los 6 años pueden montar en bicicleta, saltar la cuerda, patinar, trepar árboles y escalar cercas si se les brinda la oportunidad, logran realizar casi todas las actividades que realiza un adulto, estas habilidades no se desarrollan en aislamiento. Las aptitudes que surgen de la niñez temprana se construyen sobre los logros de la infancia y la etapa de los primeros pasos, es decir conforme el cuerpo de los niños cambia, ellos integran sus habilidades nuevas con aquellas adquiridas previamente dando como resultado la obtención de capacidades más complejas, a este proceso se le conoce como sistema de acción (Rice, 1997).

Se define como sistema de acción a “las combinaciones cada vez más complejas de habilidades que permiten un rango más amplio, o más preciso, del movimiento y un mayor control sobre el ambiente” (Papalia et al., 2005, p.252).

El desarrollo psicomotor se manifiesta en psicomotricidad gruesa y fina, es importante contemplar que el proceso de desarrollo psicomotor se ajusta a la ley céfalo-caudal y próximo-distal, la primera refiere que el niño comienza a realizar movimientos en la zona de la cabeza y del tronco para ir avanzando a los pies y la segunda menciona que los movimientos se inician con los músculos mayores de los hombros y de la espalda antes de adquirir el movimiento de los brazos y manos (Orozco, 2004).

#### I. Psicomotricidad gruesa

Se refiere a la coordinación de grupos musculares grandes que involucran actividades como equilibrio, locomoción y salto. Las facultades motoras gruesas, desarrolladas durante la niñez temprana son la base para los deportes, el baile y otras actividades que se inician durante la niñez intermedia y que continúan durante la vida.

Los avances de las habilidades motrices gruesas están relacionados con el desarrollo cerebral y la mielinización de las neuronas en las áreas del cerebro asociadas con el equilibrio y la coordinación. Otra razón por la que las habilidades motrices se desarrollan a un ritmo tan rápido a la edad preescolar es porque los niños pasan buena parte de su tiempo practicándolas (Feldman, 2008).

El niño de 3 años aun no puede dar vuelta o detenerse repentinamente o rápidamente, sin embargo ya logra saltar con ambos pies una distancia de 38 a 63 cm, sube una escalera sin ayuda alternando los pies, puede saltar empleando series largas e irregulares de brincos con algunas variaciones añadidas, caminar de puntillas y patear una pelota.

A los 4 años adquiere el control para dar vuelta detenerse y empezar de nuevo, consigue saltar a una distancia de 63 a 83 cm, descender por una escalera alternando los pies con ayuda, brincar de 4 a 6 pasos en un pie, caminar de prisa, lanzar una pelota a un amigo con precisión para que este último la atrape.

A partir de los 5 años logra escalar, puede ir corriendo y dar saltos de 70 o 90 cm, desciende por una larga escalera sin ayuda alternando los pies, brincar con un solo pie durante una distancia de 4 metros, lanzar un aro y montar bici.

Parece no existir ningún límite para la cantidad y el tipo de actividades que los niños pueden aprender, sin embargo la capacidad de los niños varía en gran medida dependiendo de su herencia genética y sus oportunidades para aprender y practicar las destrezas motrices.

Los niños preescolares aprenden las habilidades motoras básicas enseñándose a sí mismo y aprendiéndolas de otros niños, por lo que es muy importante el juego con iguales, para aprender y practicar destrezas motrices. Mientras un niño tenga la oportunidad de jugar con otros niños en un espacio adecuado y con estructuras de juego adaptadas a ellos, las habilidades motoras se desarrollan con tanta rapidez como sea posible (Berger & Thompson, 1997).

## II. Psicomotricidad fina

El desarrollo motor fino implica movimientos corporales más delicados, es un proceso largo en el que el niño aprende a manipular y tener control preciso de los músculos pequeños de la mano y brazos, empieza a mover los dedos y muñecas con rapidez y flexibilidad, las manos y brazos comienzan a sostener las cosas de forma más estable (Morales & Quezada., 2001).

La coordinación ojo-mano se entiende como una relación entre ambos, lo cual se puede definir como la capacidad que posee un individuo para utilizar simultáneamente las manos y la vista con objeto de realizar una tarea o actividad, por ejemplo; coser, dibujar, alcanzar una pelota al vuelo, escribir, etc. El cerebro juega un papel importante en la coordinación ojo-mano ya que sin las señales recibidas al cerebro y enviadas de este a las diferentes áreas del cuerpo no sería posible afinar los movimientos.

Poco a poco el niño alcanza progresos significativos en la coordinación ojo-mano y en los músculos cortos. Cuando logra el control de los músculos finos, el pequeño es capaz de atender más sus necesidades personales como lavarse, peinarse, abrochar y desbrochar, vestirse y desvestirse, etc., ocasionando que el niño sea más competente e independiente. Durante esta etapa conviene prestar atención al desarrollo de la coordinación ojo-mano puesto que de ello dependerá el aprendizaje de la escritura (Jiménez & Jiménez, 2003).

A los tres años pueden vaciar líquido de una jarra sin derramarlo, comer con cubiertos, utilizar el baño por sí solo, dibujar un círculo y una cruz, colocar bloques de diferentes formas geométricas en los huecos correspondientes, cortar y pegar papel, construir un puente con 3 bloques, dibujar un muñeco, completar un rompecabezas simple aunque quizá traten de forzar las piezas para que entren en el lugar. A esta edad se hace evidente el uso de una mano más que la otra en relación de diferentes funciones motoras, a esto se le conoce como dominancia manual o lateralidad, puesto que el hemisferio izquierdo del cerebro, el cual controla el lado derecho del cuerpo, suele ser dominante, la mayoría de las

personas prefieren la mano derecha, en las personas con cerebros más simétricos tiende a dominar el hemisferio derecho, lo que los hace zurdos (Papalia et al., 2005).

Durante los 4 años el niño logra vestirse con ayuda, cortar sobre una línea, realizar un dibujo bastante completo de una persona, escribir su nombre con un crayón, copiar una "X", hacer diseños y letras simples, doblar una hoja de papel en triángulos, construir puentes con 5 bloques, ensartar cuentas, abrir y colocar pinzas para ropa.

Cuando tiene 5 años pueden vestirse sin mucha ayuda lo que permite que los niños pequeños tomen responsabilidades en su cuidado personal, logran copiar un cuadro, un triángulo, un rectángulo, un círculo, letras del alfabeto y dos palabras cortas, son capaces de hacer un dibujo de una persona más elaborado que antes, doblar una hoja en mitades y cuartos, rasgar y arrugar pliegos o pedazos grandes de diferentes tipos de papel, amasar y modelar utilizando diferentes materiales como: masa, harina, arcilla, arena, plastilina, etc. Las habilidades motrices mejoran utilizando de manera eficiente el crayón y a finales de esta edad son capaces de manipular el lápiz delgado de forma apropiada.

### 1.3 DESARROLLO COGNITIVO

Esta Área del desarrollo humano involucra el proceso mediante el cual el niño va adquiriendo conocimientos acerca de si mismo, de los demás y del mundo en que vive, incluye también el estilo que tiene para aprender y para pensar e interpretar las cosas. En este proceso el lenguaje juega un papel muy importante porque contempla todas las conductas que le permite al niño comunicarse con las personas que lo rodea.

Cerdas (2002) plantea que el niño preescolar pasa por tres estadios en el desarrollo de las estructuras del pensamiento:

- Estadio del pensamiento preconceptual, en el que el niño adquiere la función simbólica mediante la cual sustituye la realidad por la ficción.

- Estadio del pensamiento intuitivo, donde por medio de la intuición considerada como la lógica de la primera infancia, el niño logra la interiorización de las percepciones en forma de imágenes representativas y de las acciones en forma de experiencias mentales.
- Estadio de operaciones concretas, corresponde aproximadamente a la entrada del niño a la escuela primaria, donde se coordinan sus esquemas intuitivos y aparecen agrupados en la totalidad.

Jean Piaget describe el desarrollo cognoscitivo en 4 períodos: sensoriomotor, preoperacional, operaciones concretas y operaciones formales; donde lo progresivo de cada etapa implica la terminación de una y el inicio de la siguiente, cada una está ligada a los cambios de una etapa a otra (Berger & Thompson, 1997).

De acuerdo a las finalidades de este trabajo a continuación se describen las características del desarrollo de la etapa preoperacional que abarca de los 2 a los 7 años aproximadamente.

En la etapa preoperacional los niños aun no están preparados para realizar operaciones o manipulaciones mentales que existen en el pensamiento lógico y utilizan una forma más compleja, aparece la función simbólica que se caracteriza por poder utilizar símbolos al pensar, para no tener que actuar directamente sobre los objetos, acontecimientos y conceptos, sino a través de un elemento que los sustituye o representa, esta capacidad para representar cosas como números, palabras o imágenes, ocasiona que el niño asocie un significado que le permite la aparición y utilización de símbolos en sus pensamientos y recuerdos, lo preparan para compartir un sistema de símbolos con los miembros de su cultura y continuar el progreso de conductas posteriores. El pensamiento simbólico va de la mano con la comprensión cada vez mayor del espacio, la causalidad, las identidades, la categorización y los números.

Papalia (2005) menciona que la función simbólica se manifiesta de 5 maneras:

- Imitación diferida: es la reproducción de una acción observada anteriormente por el niño que es capaz de realizarla transcurrido algún tiempo.
- Juego simbólico o imaginario: un objeto representa más de lo que es, o el propio niño representa una serie de situaciones, diferentes roles o papeles, en general esto le ayuda al niño a ajustar su realidad y contribuye a la estabilidad emocional.
- Dibujo o imagen grafica: el niño representa su realidad, se inicia como una prolongación de la actividad motora, el dibujo implica un componente cognoscitivo importante que permite al niño reflejar su comprensión de lo que rodea.
- Imágenes mentales: son representaciones internas de su experiencia y objetos implicados en sus percepciones.
- Lenguaje: es la forma más simple de representar eventos o cosas ausentes, dándoles a las palabras un carácter de símbolos.

En la etapa preoperacional el niño empieza a comprender la identidad de las cosas, y aunque cambie en algunos aspectos como forma, tamaño o apariencia, permanecen para ellos iguales (Morales & Quezada, 2001).

Otras características del pensamiento preoperacional son:

- El pensamiento egocéntrico; es la incapacidad para tomar el lugar de otro o para imaginar el punto de vista de otra persona, este pensamiento adopta dos formas 1) la falta de conciencia de que los demás ven las cosas desde una perspectiva física diferente y 2) el no reconocer que los demás tienen pensamientos, sentimientos y puntos de vista que difieren de los propios. Las expresiones típicas del egocentrismo son: animismo (atribución de vida a seres inanimados), artificialismo (el mundo y todos sus elementos son creados por el hombre) y realismo

(no se puede diferenciar entre el mundo físico y psíquico, entre las experiencias subjetivas y hechos reales).

- La centralización; se observa cuando el niño da una explicación de un evento o fenómeno, se concentra sólo en un aspecto de la situación, es decir, en el aspecto más fácilmente perceptible, el más destacado y olvida o ignora los otros.
- La irreversibilidad, consiste en la incapacidad de ejecutar una acción en un sentido y hacerla después en sentido inverso para volverla al punto de partida, a fin de establecer la condición original.
- La transformación, el niño no puede concentrarse en las señales sucesivas de una modificación y coordinarlas. La presencia de esta se explora al enfrentar al niño a la resolución de problemas de conservación, entendida como la capacidad del individuo para comprender que las propiedades del objeto, ya sea por la cantidad de materia, peso, volumen y otras, permanecen constantes a pesar de las variaciones que tienen lugar en su apariencia externa (Deval, 1996).

A finales de este período los niños comienzan a mostrar conciencia del concepto de identidad, que es la comprensión de que ciertas cosas permanecen igual, sin importar los cambios en la forma, tamaño, y apariencia (Felman, 2008).

El lenguaje se va perfeccionando, sobre todo a nivel de construcción de sí mismo y utilizará; artículos, preposiciones, conjunciones, acercándose al lenguaje de los adultos. A los tres años, los preescolares usan de forma rutinaria los plurales emplean el tiempo pasado, y utilizan artículos. Aproximadamente a los 5 años empiezan a desarrollar una conciencia metalingüística, lo cual significa que su entendimiento del lenguaje y de su funcionamiento se vuelve claro. Poseen conocimientos acerca del propio lenguaje y están listos para estudiar y ampliar las reglas que han sido comprendidas. El niño de 6 años tiene un vocabulario de entre 8,000 y 14,000 palabras (Woolfolk, 2006).

Durante la etapa preescolar se desarrolla el habla privada, es decir el discurso que emplea el niño y que se dirige a sí mismo; al comunicarse con ellos mismos son capaces de probar sus ideas y les ayuda a controlar su comportamiento, esto le permite solucionar problemas o reflexionar sobre las dificultades que se le presentan; esta forma de habla, los niños la usan para ejercitar las habilidades prácticas que se requieren en la conversación, estas habilidades son conocidas como pragmática, el desarrollo de la pragmática permite que comprendan aspectos básicos en la conversación: tomar turnos al hablar, centrarse en un tema y lo que puede decirse ó no de acuerdo con los convencionalismos sociales. También se marca el crecimiento de la vida social, que es el discurso dirigido hacia otra persona con la intención de que esta última lo comprenda, durante esta etapa los niños empiezan a dirigir su habla a otros, desean que los demás los escuchen y se frustran cuando no se hacen entender (Peralta, 2000).

El desarrollo del lenguaje en esta edad, es una herramienta que les permite comunicar necesidades, organizar y regular la conducta, asimismo continúa la evolución de esta capacidad, al ser el medio modificador de expresión, que permitirá la producción, interpretación y comprensión de los símbolos y signos que conforman el medio de la lectoescritura.

La memoria se desarrolla en esta edad ya que retienen con más facilidad aquello que sea de su interés, se dice que en los preescolares su capacidad de reconocimiento es buena y de recuerdo es pobre, pero ambas mejoran entre los 5 años (Hernández, 2006).

#### 1.4 DESARROLLO EMOCIONAL

Todo niño viene al mundo con potencialidades para expresar emociones tanto agradables como desagradables. En las primeras semanas y meses de vida, los bebés son capaces de expresar muchas emociones como el miedo, el enfado, la tristeza, la felicidad y la sorpresa, mediante expresiones faciales. Casi al final del primer año el niño expresa normalmente emociones con mayor facilidad,

frecuencia y distinción entre las mismas. El segundo año los avances cognitivos permiten a los niños adquirir una mayor conciencia de las causas de los acontecimientos y también de las distinciones que existen entre ellos mismos y los demás. De esta forma surgen nuevas emociones como la culpa, el orgullo y la vergüenza, además aparece la referencia social como uno de los medios para configurar las emociones a partir de la interacción social (Berger & Thompson, 1997).

El desarrollo emocional durante los años preescolares no sólo incluye la consolidación de las emociones anteriormente mencionadas, sino también una mayor comprensión de las causas y consecuencias de la emoción y una creciente capacidad de manejar las emociones (López, 2001).

Los efectos positivos más evidentes de las emociones pueden verse en la alegría, la felicidad, el cariño y la curiosidad. Cuando al niño en su medio ambiente (casa, escuela o comunidad) se le proporcionan oportunidades para satisfacer su curiosidad, será más alerta, feliz e interesado, además de que se adaptará de mejor manera, a diferencia de un niño al que se le reprimió ese impulso. La curiosidad le alienta a desarrollar sus capacidades intelectuales, le ayuda a ser creativo, inventivo y a estar preparado para lo inesperado. Se acostumbra a explorar las situaciones que despierta la curiosidad, por lo que el niño pronto se convence de que lo nuevo o lo diferente por sí mismo no tiene por qué causarle miedo.

El aspecto emocional más importante durante la etapa preescolar, es la necesidad de ser autónomo, de hacer cosas por sí mismo. Los niños experimentan la libertad de estar sin sus padres, quieren sentir la alegría de su propia libertad, pero al mismo tiempo buscan asegurarse de que sus padres y maestros estén dispuestos a ayudarlos cuando lo necesiten, ya que la autonomía y disposición a veces lleva al niño a situaciones que no puede controlar. En esta edad, los límites se determinan por una parte con base en lo que él pueda hacer y por otra parte a través de lo que opina el adulto (Newman, 1999).

Erikson organiza una visión del desarrollo humano en 8 etapas, lo que se conoce como la teoría del desarrollo psicosocial, en cada fase del desarrollo el niño debe de enfrentar y dominar cierta crisis, los estadios son:

- Confianza vs. Desconfianza (0 meses a 18 meses)
- Autonomía vs. Vergüenza-duda (18 meses a 3 años)
- Iniciativa vs. Culpa (3 años a 5 años ½)
- Industria-laboriosidad vs. Inferioridad (5 años ½ a 12 años)
- Identidad vs. Confusión de rol (12-18 años)
- Intimidad vs. Aislamiento (Adultos jóvenes)
- Generatividad vs. Estancamiento (madurez)
- Integridad del yo vs. Desesperación (senectud)

Como se observa esta clasificación es muy amplia por lo que para fines de esta propuesta se profundizará solamente en el estadio de la Iniciativa vs. Culpa, en este comienza el juego, el niño ha desarrollado una vigorosa actividad, con la adquisición de la habilidad en marcha, le es posible conocer de qué es lo que se puede y es capaz de hacer, es más enérgico y locuaz, aprende a moverse más libre y violentamente, por lo tanto establece un radio de metas más amplio y para él ilimitado.

Su conocimiento del lenguaje se perfecciona, comprende mejor, hace preguntas y entabla pláticas con amigos, vecinos, parientes, explora su entorno físico constantemente, lo que le permite expandir su imaginación hasta alcanzar roles que él mismo fantasea, trata de comprender los posibles roles futuros o de imaginarlos. Empieza a guiarse por su sentido de curiosidad, establece contacto más rápido con niños de su edad y se incorpora a grupos de juego. En esta etapa el niño comprende que se le toma en cuenta como persona y que la vida tiene una finalidad para él.

El excesivo control por parte de los padres puede acabar con la espontaneidad y curiosidad natural del niño. Los infantes a quienes se les impide guiarse por sus instintos, pueden sentirse culpables de experimentar sentimientos

naturales, ser paralizados por la culpa, permanecer al margen de los grupos y seguir dependiendo indebidamente de adultos. Ello restringirá el desarrollo de destrezas, juego e imaginación. Cuando lleguen a adultos, serán inhibidos y sentirán temor ante lo nuevo, incluyendo gente, alimentos e ideas (Juárez & Villalpando, 2002).

El niño quiere hacer cada vez más cosas, aprende que algunas de ellas requieren de aprobación social, mientras que otras no y por tal razón, se acentúan los sentimientos de culpa e incomodidad porque la autonomía que ya había alcanzado en la etapa anterior se frustra inevitablemente en alguna medida por la conducta de las personas que le rodean y que no siempre concuerda con la suya (Maier, 1976).

La forma como equilibra su deseo de “querer hacer” con el de “recibir aprobación” es a través del juicio que expresan sus padres acerca de su competencia. Al sentirse amado y respetado, es probable que el niño se sienta bien consigo mismo. Cuando el niño aprende a regular estas directrices opuestas, desarrolla el coraje para perseguir metas sin sentirse inhibido por la culpa o el miedo al castigo. Si esta crisis no se resuelve de forma adecuada, un niño puede convertirse posteriormente en un adulto que está luchando constantemente por tener éxito y demostrarlo; se inhibe y carece de confianza, es demasiado rígido consigo mismo e intolerante (Erikson, 1983).

Los niños usan la conducta de juego para enfrentar la crisis psicosocial de la edad de iniciativa vs culpa, el juego capacita al niño para volver a vivir, corregir o simplemente recrear experiencias pasadas. La conducta de juego ofrece oportunidades que no se presentan a través de la conducta real, de probar una diversidad de papeles y conductas aprobadas y también deseables para la individualidad del niño. En el juego solitario o en grupo, el niño adopta una variedad de papeles que representan las funciones aceptadas y reprobadas de la sociedad (Dicaprio, 1989).

Las emociones tienen un valor adaptativo y comunicativo importante, ya que éstas se expresan de manera muy similar entre diversas culturas, las expresiones emocionales son comunes en todos los seres humanos.

### 1.5 DESARROLLO SOCIAL

Se entiende como socialización el proceso por el cual el individuo adquiere las conductas, creencias, normas aceptadas por su familia y por el grupo cultural al que pertenece. Los niños adoptan únicamente aquellas características de la personalidad y aquellas respuestas que su propio grupo social, religioso y étnico consideran como adecuadas (Schaffer, 2000).

A partir de los dos años el niño se encuentra listo física y psicológicamente para socializar, es capaz de desplazarse, explorar su alrededor, hacer saber sus necesidades y deseos, expresa cada vez más sus gustos o desagrados en cuanto a su alimentación, vestido y actividades; ya no depende por completo de quien lo cuida, en virtud de que puede jugar sólo e incluso disfrutar la compañía de otros niños, por períodos cortos de tiempo. Conforme realiza los primeros pasos empieza a diferenciar entre comportamiento aceptable e inaceptable, se pone en marcha un proceso de socialización que continúa durante toda la infancia y prepara al niño para que se adapte a las costumbres de la sociedad (Santrock, 2003).

Bandura en 1986 menciona que el niño aprende todo los comportamientos y actitudes que la sociedad exige por imitación de modelos, en parte por reforzamiento o castigos, estos modelos pueden ser padres, amigos, hermanos, maestros, personajes de la televisión o de los libros (Orozco, 2004).

El preescolar aprende a relacionarse socialmente observando e imitando a los demás. También identifica que tipo de conducta es o no es aceptable, las personas adultas y otros niños son la influencia más poderosas en la formación del comportamiento y la personalidad del niño. Los niños aprenden copiando lo que los demás hacen y de lo que se les dice que deben hacer; si los adultos se

comportan con gritos y violencia, los niños aprenderán que ésta es la conducta adecuada; por otro lado, si los adultos tratan a los niños y a las demás personas con amabilidad, consideración y paciencia, los pequeños también seguirán su ejemplo. De esta manera aprenden las habilidades sociales necesarias para jugar y trabajar con otros niños. Su capacidad de cooperar con más compañeros se incrementa, aunque pueden participar en juegos que tienen reglas, estas pueden cambiar con frecuencia por las que imponga el niño más dominante (Shaffer & Kipp, 2007).

Los padres influyen de modo significativo en el desarrollo social de sus hijos mediante la enseñanza directa y también fungiendo de modelos en la conducta. Los hermanos también desempeñan un papel importante en la socialización, les enseñan a los hermanos menores el lenguaje y diversas conductas. Los niños escogen varios aspectos de la personalidad y del comportamiento de otras personas con los que ellos quieren identificarse y añaden esos rasgos a los propios: los que han heredado y los que surgen de sus primeras experiencias; de ese modo construyen su propia y particular personalidad y forman su propia identidad (Morris, 2005).

Los niños en edad preescolar tienden a ser más aptos para iniciar interacciones y para responder cuando otro toma la iniciativa, se sienten cómodos en la medida en que se ayudan mutuamente para afirmar sus propias capacidades y su autonomía; expresan su afecto por otros niños; sentándose cerca, jugando juntos, dándose regalos, preguntando por el otro niño, acariciándolo, etc. Al estar en grupo, los niños de esta edad, forman patrones de preferencia, amistad, liderazgo y hasta conflictos interpersonales.

Todos estos cambios sociales y emocionales están íntimamente relacionados con las facultades amplias que el niño tiene de comprender el mundo. Durante esta edad surge como característica importante la capacidad de curiosidad e investigación que abarca todas las áreas de experiencia, los niños quieren saber cómo son las cosas y por qué son así. La estrategia para saber

esto, es un intenso cuestionamiento, investigación y experimentación para llegar a otro problema o a la adquisición de nuevos conocimientos y habilidades

En esta edad los niños comienzan a establecer relaciones sociales elaboradas pues les gusta relacionarse con sus compañeros, lo cual les permite desarrollar habilidades de juego en grupo. La escuela es el primer encuentro del niño con el sistema social fuera de la familia, estimula la independencia, aunque al mismo tiempo fomenta la cooperación, interacción con los compañeros y conformidad con la conducta social. Los éxitos y fracasos pueden producir un efecto duradero en el sentido de competencia y logro (Schaffer, 2000).

En el niño preescolar el juego refleja gran parte de su desarrollo intelectual evolutivo y adquiere un carácter social. El juego le permite al niño elaborar internamente las emociones y experiencias que despierta en su interacción con el medio exterior, para que desarrolle sus potencialidades, las relaciones que establece con otras personas, con su entorno espacio-tiempo, con el conocimiento de su cuerpo, su lenguaje y su pensamiento (Orozco, 2004).

Esta etapa se caracteriza porque los niños juegan con compañeros imaginarios, esta comunicación que establecen para sí, es lo que hace que el niño se vaya formando socialmente, ya que representa una conversación interna que lo preparan para la acción social. El juego de roles es el más típico en esta etapa, el adoptar diferentes papeles cuando juega a trabajar como el papá o a realizar tareas de la casa como lo hace mamá le permiten asumir deliberadamente el papel del otro y comprenden e internalizar una gran cantidad de roles (Papalia et al., 2005).

El niño forma gradualmente responsabilidad social y autocontrol, al principio en el hogar y posteriormente en grupos de juego, por medio de prácticas disciplinarias, modelamiento del papel social, enseñanza directa de los padres y profesores, se le enseña al niño las grandes pautas sociales y los códigos inmediatos de conducta que lo protegen del peligro y lo conducen a una vida social armoniosa (Serrano, 1992).

Los cambios en el comportamiento social del niño preescolar que ocurren al relacionarse con sus iguales, aunado con lo que acontece en las relaciones con los adultos (padres) da como resultado, que el niño forme su autoconcepto (imagen de sí mismo) lo cual le permite ser un individuo que percibe su presencia y existencia en los diferentes medios sociales en donde participe. Así el autoconcepto facilita el adquirir actitudes hacia sí mismo, con un sentimiento favorable de bienestar (autoestima), esto permitirá al niño preescolar que se aprecie y se sienta bien consigo mismo al poder resolver las situaciones que se le presenten, que se compare con sus iguales, especificar sus preferencias y desagrado según sea su sexo (Schaffer, 2000).

Los niños de 4 y 5 años desarrollan gradualmente interacciones sociales más competentes con sus compañeros; empiezan a depender menos de los padres y cada vez más de los compañeros para obtener compañía en la interacción social. Ahora comparten afecto y objetos tangibles, se ofrecen aprobación y se hacen demandas mutuas, en los grupos los mejores amigos forman parejas. El niño desarrolla su autonomía a través de las relaciones de respeto existentes entre él, sus compañeros y el adulto; expresa su seguridad, confianza, sus ideas y afectos, coopera en el trabajo colectivo. Favorecer la autonomía en un niño implica permitir que será él quien elija a su amigo, que se le ayude en sus actividades físicas, sociales, etc., que se acepten sus puntos de vista a fin de sentirse importante en el grupo, aumentando así su desarrollo social y emocional (Serrano, 1992).

## CAPITULO 2

### CONCEPTO DEL TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH)

Desde el punto de vista de varios autores (Barkley,2002; Joselevich, Quirós, Moyano & Scandar, 2000; Martínez, 2006, entre otros) el Trastorno con Déficit de Atención con Hiperactividad es un trastorno neurobiológico que se presenta en la infancia con una alta incidencia en la etapa escolar, se caracteriza principalmente por manifestar dificultades para mantener la atención, presentar impulsividad e hiperactividad; afectando visiblemente el desarrollo social, académico y ocupacional del niño. Los síntomas suelen aparecer antes de los 7 años.

El TDAH es básicamente, una incapacidad para mantener la atención o concentrarse, aunque no se conoce la causa del problema, las investigaciones indican que es una alteración de la producción de neurotransmisores que inhiben o detienen la transmisión de impulsos a nivel de sinapsis neuronal, para evitar que lleguen a la corteza cerebral alta y sean integrados y percibidos. Una de las alteraciones se encuentra relacionada con la reabsorción de los neurotransmisores liberados en la sinapsis, por lo que los niños con TDAH no reabsorben del todo lo que liberan, de tal manera que en la siguiente conexión neuronal hay un exceso de neurotransmisores y se cree que este exceso en la sinapsis neuronal nunca se reabsorben y se queda en el sistema por lo que produce la excesiva inquietud, la impulsividad y el movimiento constante. Los neurotransmisores involucrados en el TDAH son:

- Dopamina, relacionada con los procesos de atención.
- Norepinefrina, relacionada con los procesos de atención e impulsividad.
- Serotonina, relacionada con los procesos impulsividad y motivación (Mendoza, 2003).

## 2.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS

El concepto del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad ha ido evolucionando conforme avanza la ciencia y ha recibido diferentes denominaciones y conceptualizaciones.

En Alemania Henreich Hoffman (1845, citado en Díaz, 2006), fue el primero que lo describió como “Inestabilidad motora”. Denoor (1901, citado en Díaz, 2006), en su obra sobre la Educación Infantil le dio el nombre de “Corea mental”, describe que los niños que padecen este trastorno podían presentar retraso mental, o no, y clínicamente se caracterizaban por:

- Una afectividad voluble. Son niños que suelen pasar rápidamente de la cólera y la rabieta a la caricia.
- Un déficit muy importante en los mecanismos de inhibición conductual y en la atención sostenida.
- Necesidad constante de movimiento y de cambios constantes en su entorno inmediato.

G. F. Still (1902, citado en Joselevich et al., 2000), relacionó la hiperactividad con los problemas de aprendizaje y estaba convencido de que el trastorno hiperactivo era debido a una “Lesión Cerebral” y le dio ese nombre. Distinguió tres tipos: 1) aquellos que presentaban grandes lesiones cerebrales, 2) los que presentaban antecedentes de encefalitis o traumatismo craneoencefálico, pero sin poder ser detectadas las lesiones por los procedimientos diagnósticos habituales, y 3) aquellos cuya hiperactividad no podía ser atribuida a ninguna causa evidente.

Boncourt (1905, citado en Díaz, 2006), describe las dificultades de aprendizaje que se relacionaban con los déficits atencionales como: escuchar, responder y aprender, a estos niños los llamó “Escolares inestables”.

Durot (1913, citado en Díaz, 2006), expone que la hiperactividad es un síntoma que pertenece a niños con retraso mental, anemia, alteraciones

digestivas, cardíacas, epilepsia y corea. Dupré (1913, citado en Díaz, 2006), considerado el padre de la paidopsiquiatría moderna francesa, dijo que la inestabilidad motora es la manifestación clínica de un desequilibrio motor congénito y forma parte del espectro de otros trastornos como la debilidad motora, el temblor esencial, la corea, la epilepsia, el tartamudeo, los tics y las estereotipias motoras, y concluyó que la hiperactividad revelaría una estrecha asociación entre lo cognitivo y motor.

El primer autor que planteo la hiperactividad como síndrome es Heuyer (1914, citado en Díaz, 2006), en su tesis “los niños normales y los delincuentes juveniles”, menciona etapas de inadaptación que conducirían hacia la delincuencia y el vagabundeo: la inadaptación familiar, la escolar y la socio-laboral.

Boncourt (1919, citado en Díaz, 2006), retomó los planteamientos anteriores y propuso una clasificación de los alumnos inadaptados:

- Indisciplinados simples sin defecto físico ni moral
- Indisciplinados pervertidos
- Indisciplinados inadaptados sin perversión
- Indisciplinados inestables y pervertidos.

Hohman (1922, citado en Miranda, Jarque, Soriano, 1999) a partir de sus observaciones acerca de las alteraciones conductuales que aparecían en los niños atacados por encefalitis, describió que algunos niños y adultos afectados por el proceso inflamatorio cerebral desarrollaban con el tiempo y de por vida: Trastornos de la conducta antisocial, hiperquinesia, incapacidad para concentrarse, impulsividad y una amplia gama de trastornos intelectuales.

Blau (1937, citado en Gratch, 2000) mencionó las características esenciales del síndrome, siendo la hiperquinesia el síntoma relevante y agrega que estos niños en sus hogares son desobedientes e irrespetuosos, emocionalmente inestables, fácilmente irritables, agresivos, destructivos, crueles, mentirosos, temerarios, egocéntricos y con conductas propias de niños de menor edad. En ese mismo año Bradley (1937, citado en Gratch, 2000), dio a conocer la eficacia de

las anfetaminas para atenuar la conducta disruptiva, los trastornos generales de la conducta, la impulsividad e hiperactividad.

Posteriormente, Strauss y Lehtinen (1947, citado en Gratch, 2000), introdujeron el término de “Daño Cerebral”, sin embargo después de estudiar a varios niños observaron que no mostraban daño cerebral, lo que dio origen al concepto de “Daño Cerebral Mínimo”.

Eisenberg (1957, citado en Joselevich et al., 2000), introdujo el término hipercinesia o hipercinético en la literatura de la paidopsiquiátrica. Por su parte Laufer (1957, citado en Joselevich et al., 2000), distingue entre “Síndrome Hipercinético” y “Síndrome Impulsivo-Hipercinético” e intenta resaltar la estrecha relación entre la impulsividad, la hiperactividad, el déficit atencional y las dificultades en el aprendizaje escolar.

Clemens (1966, citado en Miranda, Amando, Jarque, 2001) lo describió por primera vez como un “Trastorno de la Conducta y del Aprendizaje” que experimentan los niños con una inteligencia normal y que se asocia a disfunciones del sistema nervioso central. Las manifestaciones de este trastorno incluían: hiperactividad, desajustes perceptivomotores, inestabilidad emocional, deficiencias de atención, coordinación general, memoria y pensamiento, trastornos de audición y del habla, impulsividad, signos neurológicos menores y/o irregulares electroencefalográficas y dificultades específicas en el aprendizaje.

La Asociación Psiquiátrica Americana en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales segunda edición (DSM-II, 1968; citado en Elias, 2005), le llamó “Reacción Hiperquinética de la infancia”, caracterizado por: sobreactividad, inquietud, distractibilidad y lapsos de atención cortos.

Virginia Douglas (1972, citado en Díaz, 2006), argumentó que la deficiencia central de los niños hiperactivos no era el excesivo grado de actividad sino la incapacidad para mantener la atención y controlar la impulsividad, dando mayor importancia a las dimensiones cognitivas que a las conductuales.

Con la publicación del DSM-III (1980, citado en Elias, 2005), se le denominó “Trastorno por Déficit de Atención” (TDA), subdividiéndolo en TDA con hiperactividad y TDA sin hiperactividad. Por otro lado la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (CIE-9) lo nombró “Desorden hiperquinético de la Infancia” definiéndolo como un trastorno caracterizado por la dificultad en la capacidad de atención y distracción.

En 1992 la Organización Mundial de Salud en la CIE-10 lo nombra “Trastornos Hiperkinéticos” clasificándolo dentro de los Trastornos del Comportamiento y de las Emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia. Por otra parte la Asociación Psiquiátrica Americana en el DSM-IV (1994) estableció un vínculo estrecho entre el déficit de atención y la hiperactividad, conformando el “Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad” y aparecen los subtipos; predominantemente desatento, predominante hiperactivo-impulsivo y combinado.

El TDAH al paso de su evolución ha recibido diferentes denominaciones, en el siguiente apartado se hace una revisión amplia y actualizada del DSM-IV-TR y CIE-10.

## 2.2 DIAGNÓSTICO

El DSM-IV-TR incluye al Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad dentro de los Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador, y establece los siguientes criterios diagnósticos:

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:

*\* Desatención:*

- 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

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*

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

B. Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años de edad.

C. Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (p. ej., en la escuela, en el trabajo y en casa).

D. Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.

E. Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o un trastorno de la personalidad).

De acuerdo con este criterio, se identifican tres tipos de TDAH:

- TDAH, tipo combinado se satisfacen los Criterios A1 y A2 durante los últimos 6 meses.
- TDAH, con predominio de desatención se satisface el Criterio A1, pero no el Criterio A2 durante los últimos 6 meses.
- TDAH, con predominio hiperactivo-impulsivo se satisface el Criterio A2, pero no el Criterio A1 durante los últimos 6 meses.

Según el CIE-10 (1994) los Trastornos Hiperkinéticos tienen un comienzo temprano (por lo general, durante los cinco primeros años de la vida). Sus características principales son una falta de persistencia en actividades que requieren la participación de procesos cognoscitivos y una tendencia a cambiar de una actividad a otra sin terminar ninguna, junto con una actividad desorganizada, mal regulada y excesiva. Normalmente estas dificultades persisten durante los años de escolaridad e incluso en la vida adulta, con el paso de los años se produce una mejoría gradual de la hiperactividad y del déficit de la atención.

Los niños hiperkinéticos suelen ser descuidados e impulsivos, propensos a tener accidentes y problemas de disciplina por saltarse las normas. Su relación social con los adultos suele ser desinhibida, pueden llegar a convertirse en niños aislados, es frecuente la presencia de un déficit cognoscitivo y retrasos específicos en el desarrollo motor y del lenguaje. Las complicaciones secundarias son: un comportamiento disocial, antisocial, baja autoestima, y con problemas de lectura o del aprendizaje. Los Trastornos Hiperkinéticos se presentan en varones, con una frecuencia superior a la que se presentan en el sexo femenino.

El trastorno de la atención se pone de manifiesto por una interrupción prematura de la ejecución de tareas y por dejar actividades sin terminar, cambiar frecuentemente de una actividad a otra.

Esta definición excluye a los Trastornos generalizados del desarrollo (F84.-), Trastornos de ansiedad (F41 ó F93.0), Trastorno del humor (afectivos) (P30-F39) y Esquizofrenia (F20.-).

El CIE-10 clasifica al TDAH de la siguiente manera:

- F90.0 Trastorno de la actividad y de la atención. Se incluyen el Trastorno de déficit de atención y Síndrome de déficit de atención con hiperactividad, excluye al Trastorno hiperkinético asociado a trastorno disocial (F90.1).
- F90.1 Trastorno hiperkinético disocial.
- F90.8 Otros trastornos hiperkinéticos. Se usará cuando no sea posible diferenciar entre F90.0 y F90.1, pero se satisface el conjunto de pautas de

F90.-. Se Incluye la reacción hiperkinética de la infancia y adolescencia sin especificar y el síndrome hiperkinético de la infancia y adolescencia sin especificar.

- F90.9 Trastorno hiperkinético sin especificación.

## 2.3 ETIOLOGÍA

Aunque todavía no se ha producido un acuerdo total entre los investigadores sobre cuáles son las causas exactas del TDAH, no cabe duda de que se trata de un trastorno neurobiológico ocasionado por una amplia variedad de factores biológicos y hereditarios, las variables ambientales pueden aumentar o reducir la vulnerabilidad. Varios autores presentan diversas clasificación respecto a la etiología, en el presente trabajo se expondrán los factores biológicos (causas pre, peri y postnatales) y sociales.

### 2.3.1 FACTORES BIOLÓGICOS

Entre las causas prenatales se han encontrado factores tales como; el habito de fumar durante el embarazo, el alcohol, amenazas de aborto, deficiencias en la alimentación y del hierro, estrés, depresión, exposición excesiva a rayos X y convulsiones neonatales (Martínez, 2006).

La genética presenta una alta predisposición ya que entre un 55% de los niños hiperactivos tienen algún pariente afectado por el trastorno, ya sea mayor o menor medida. Investigaciones con familiares y con gemelos han demostrado que un 50% de los padres padecieron el mismo trastorno, mientras que en gemelos univitelinos es del 51% y en gemelos dicigóticos el 33%, estas investigaciones ponen de manifiesto que los genes afectados en los sujetos hiperactivos son los encargados de dirigir en qué manera el cerebro utiliza los neurotransmisores (Miranda et al., 2001).

Dentro de las causas perinatales se pueden presentar las siguientes complicaciones: sufrimiento fetal, hipoxia, bajo peso y complicaciones en el parto (Velasco, 2000).

Las causas postnatales pueden ser causadas por enfermedades infecciosas durante los primeros años de vida, como la tosferina, sarampión, escarlatina, encefalitis, meningitis, traumatismos craneoencefálicos y retraso en la maduración neurobiológica. Estudios que han empleado técnicas de neuroimagen han comprobado que los lóbulos frontales y los circuitos de los ganglios basales presentan un funcionamiento defectuoso, de hecho en algunos niños se ha observado que la corteza prefrontal derecha, dos de los ganglio y algunas de las zonas del cuerpo calloso que vinculan las regiones cerebrales frontales y parietales, tienen un tamaño significativamente más reducido en comparación con los niños que no padecen TDAH (Miranda et al., 2001).

### 2.3.2 FACTORES SOCIALES

Como se menciona anteriormente el ambiente del entorno del niño no es la causa del TDAH pero si contribuye significativamente al desarrollo y al pronóstico de los problemas comportamentales.

Se sospecha que existe cierta relación entre las alteraciones del comportamiento y la alergia a determinados alimentos, es decir que la ingesta de azúcar y la presencia de aditivos en la dieta de los niños se relaciona con la hiperactividad. En algunas investigaciones se ha observado una mejoría clara en el comportamiento de los niños hiperactivos que siguieron una dieta exenta de colorantes, conservadores, salicilatos y azúcar. Sin embargo es importante señalar que este tipo de alimentación no elimina la hiperactividad, ni se considera como el origen pero si un factor precipitante (Polaino, 2005).

Se ha hecho referencia de que el plomo en el ambiente es tóxico para el sistema nervioso central y puede causar encefalopatía grave, deterioros

conductuales, cognitivos y neurológicos, sin embargo esto no ha sido investigado a profundidad referente a que si puede ser la causa del TDAH.

El medio familiar puede o no ser un factor relevante para el desarrollo del TDAH, el pobre ejercicio de la paternidad, la psicopatología de los padres, el bajo status socioeconómico o el estrés psicosocial de la familia, tienen una gran importancia en la modulación del trastorno. Pareciera que un ambiente caótico y estresante podrían ser la causa de TDAH, sin embargo este ambiente puede enfatizar la aparición del trastorno, pero no lo genera. Cuando a estos niños se les sitúa en un medio organizado y estructurado mejoran, pero continúan con el trastorno (Miranda et al., 2001).

## 2.4 EPIDEMIOLOGÍA

Se estima que en México existen alrededor de 1 500 000 niños que padecen TDAH, si se toma en cuenta a los adolescentes las cifras alcanzan los 3 millones, siendo esta la causa más frecuente de consulta en los servicios de Salud Mental y a demás de ser un obstáculo constante en el desarrollo académico y un factor preocupante en el funcionamiento en las familias (SERSAME, 2001).

A pesar de que en México se realiza la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, esta no contempla las enfermedades de la infancia, por lo que no existen datos contundentes sobre la epidemiología en infantes con enfermedades mentales.

Se puede aceptar que la prevalencia global del TDHA se presenta en alrededor del 3% a 7.5%, según se empleen criterios europeos (CIE-10) o el americano (DSM-IV-TR), en la actualidad ya se admite que es el trastorno infantil más común. Existe una mayor incidencia de TDAH en niños de edades comprendidas entre los 4 y los 16 años, se ha probado que los niños son más propensos que las niñas, es decir de 9 niños que lo presentan 1 niña lo padece. Las niñas presentan con mayor frecuencia, problemas de inatención y cognitivos más que sintomatología de impulsividad o agresividad. Se estima que más del

60% de los niños que presentan el trastorno, continuarán presentando el trastorno en la adolescencia (Rickel & Brown, 2008).

La prevalencia de niños con TDAH presentan de manera asociada otros problemas como son: del 30% al 40% dificultades en el aprendizaje, como dislexia y discalculia; el 20% trastorno por ansiedad siendo el mas común el de separación; el 40% presentan problemas de conducta, en específico se asocian al trastorno oposicionista desafiante; y el 10% depresión (Joselevich, Quirós, Moyano & Scandar, 2003).

## 2.5 CARACTERÍSTICAS DEL TDAH

En este apartado se exponen las características generales del TDAH. La inatención se caracteriza por la falta de organizar actividades para poder trabajar, mantener la atención y concentración; no lograr mantener la energía y el esfuerzo para trabajar, no poder manejar las interferencias para no distraerse y utilizar la memoria de trabajo. Los niños con inatención se caracterizan por:

- ❖ Estar desconectados, parece que no escuchan lo que se les indica.
- ❖ Ser soñadores, se dice que “están en la luna”.
- ❖ Sentirse confusos.
- ❖ Presentar dificultad para iniciar las tareas y mantenerse su atención en ellas, por lo que no logran terminar lo que empiezan o tardan más de lo necesario para terminarlo.
- ❖ Aburrirse fácilmente cuando hacen la tarea o incluso llegan a quedarse dormidos.
- ❖ No poner atención a los detalles y se equivocan en errores sencillos.
- ❖ Ser inconsistentes en su desempeño, un día es bueno, otro regular o malo.
- ❖ Postergan sus obligaciones.
- ❖ Presentar dificultad para recordar.
- ❖ No lograr organizar ni plantear su tarea.
- ❖ Perder útiles escolares e incluso la mochila.

- ❖ Tener desorganizado el lugar que tienen asignado para la realización de las tareas, al igual que su cuarto.
- ❖ Tener problemas para leer, para escribir o para las matemáticas.

Cuando un estímulo implica un alto nivel de motivación personal suele alcanzar un cierto nivel de concentración, pueden pasarse horas concentrados en la computadora, videojuegos, etc. Esta singular variación en la atención se denomina atención selectiva, ya que parecen tener interés solamente en las cosas que les gustan o entretienen (Gratch, 2000).

La hiperactividad se refiere a un exceso de actividad motora o verbal. Los niños con conducta hiperactiva suelen:

- ❖ Estar constantemente en movimiento.
- ❖ Correr en situaciones inapropiadas.
- ❖ Ser inquietos, quieren ir de una parte a otra.
- ❖ Levantarse frecuentemente de su asiento.
- ❖ Hacer movimientos innecesarios con manos y pies.
- ❖ Hacer ruidos con las manos, golpean con los pies, emiten sonidos ruidosos.
- ❖ Caminar alrededor del salón.
- ❖ Jugar juegos que requieren de mucha actividad.
- ❖ Molestar con frecuencia a los demás.
- ❖ Invadir el espacio de otros.
- ❖ Llevar a cabo actividades riesgosas.
- ❖ Tener prisa para todo.
- ❖ Ser torpes.

Los niños impulsivos presentan conductas impacientes, actitudes intrusivas, se les dificulta respetar las reglas por lo que les trae conflictos, peleas y rechazos con pares o adultos; actúan antes de pensar por lo que cometen imprudencias, llevan a cabo conductas sin planearlas, tienden a sufrir más accidentes por la falta de noción del peligro. La impulsividad se caracteriza por:

- ❖ Hablar mucho, en ocasiones de manera inapropiada.
- ❖ No esperar turnos en el juego o actividades.
- ❖ Interrumpir pláticas, incluso llega a opinar en plática de adultos.
- ❖ No poder postergar el tiempo para obtener gratificaciones, todo lo quiere al momento.
- ❖ No seguir las reglas y violar los límites.
- ❖ Tener problemas para pensar antes de actuar, por lo que responden primero y luego piensan en las consecuencias de sus actos.
- ❖ No tolerar esperar en la fila.
- ❖ No medir el peligro y aparentemente no mostrar temor, por lo que se incurre en conductas de alto riesgo, como: subir a un árbol y saltar desde alto, lo que ocasiona accidentes frecuentes.
- ❖ Hacer comentarios inapropiados ante personas de autoridad.
- ❖ Iniciar una actividad sin esperar las instrucciones.
- ❖ Hacer de prisa sus labores sin importar si están bien hechas.
- ❖ Perder el control fácilmente.
- ❖ Golpear o tirar cosas cuando ocurre algo frustrante.
- ❖ Relacionarse mejor con niños más pequeños.
- ❖ Tener habilidades sociales inmaduras.
- ❖ Irritabilidad y cambios de ánimo.

De la Garza (2005), menciona que en el TDAH se ven alteradas las funciones del pensamiento, por lo tanto se presentan problemas para: resolver problemas, organizar actividades, ser perseverantes en las tareas, dificultad para estudiar, concentrarse, bloquear distracciones, planear el futuro y falta de memorización que causa dificultades académicas independientemente de que el niño sea inteligente.

La dificultad para mantener la atención, produce un retraso escolar gradual provocando que pierda el ritmo académico con respecto al resto de sus compañeros, lo que ocasiona que repita año o repruebe ciertas materias, ya que la

falta de interés o la desmotivación ocasiona frecuentemente falla en la terminación de sus deberes.

En el caso de los niños con TDAH el Coeficiente Intelectual con frecuencia es similar a los de su grupo de edad, cuando llegan a presentar un CI alto, es común que la falta de atención y la impulsividad se vean compensadas porque pueden mantener un rendimiento escolar medio.

El autoconcepto y la autoestima en ocasiones no se desarrollan de forma sana, esto se debe a que reiteradamente el niño recibe más información negativa sobre su comportamiento y poco reconocimiento de sus logros, lo que ocasiona que cometa mayor número de fracasos que los demás niños. Otras situaciones que suceden a menudo es la comparación con hermanos o pares, las etiquetas escolares o incluso en casa y el rechazo de los compañeros; lo que atribuye a la formación de una baja autoestima. En ocasiones el rechazo y el no ser eficientes académicamente pueden ocasionar sentimientos depresivos como inseguridad o soledad.

Los niños con TDAH dependen en gran medida de la aprobación de los padres, por lo que tiene una gran necesidad de llamar constantemente la atención de los adultos. Por otro lado la mayoría de estos niños presentan dificultades en sus habilidades sociales.

Los 3 primeros años de vida del niño con TDAH se caracteriza por que fueron bebés que dormían menos horas de lo habitual y a menudo despertaban durante la noche llorando o gritando, algunos balanceaban su cabeza o incluso la golpeaba contra la cuna para poder conciliar el sueño, eran inquietos e irritables, en la practica resultaba imposible consolarlos, con frecuencia tenían cólicos (Pascual, 2008).

A partir de los 2 años los padres tienen que repetir más de 10 veces las cosas antes de que el niño se disponga a realizarlas, es decir, la desobediencia es lo primero que se percibe. Su actividad motora comienza a ser excesiva: trepan a

los muebles, se avientan de la carriola, silla o cuna para salir a explorar (Mendoza, 2003).

En la edad preescolar algunos niños comienzan su vida escolar y es ahí donde los profesores descubren rápidamente que la frecuencia e intensidad de la conducta hiperactiva interfiere en el proceso de aprendizaje. La conducta del niño hiperactivo se caracteriza por inquietud, impulsividad, falta de atención, agresividad y desobediencia; el preescolar se levanta de su asiento más veces en comparación del resto de sus compañeros, reclama la atención de la maestra continuamente y no termina las actividades que se le asignan. Es importante mencionar que antes de los 4 años resulta difícil identificar problemas en la atención ya que en esta etapa los periodos de atención son muy cortos (Ávila, 2002).

Por otra parte los padres describen a su hijo como impulsivo, desobediente, agresivo, distraído, “parece no escuchar cuando se le habla”, explosivo, no se entretiene con nada más de 10 minutos y sus relaciones con hermanos y amigos se caracterizan por peleas y discusiones continuas (Ávila, 2002).

Los padres comienzan a tener problemas para salir con el niño debido a su inquietud y llegan a caer en el dilema de “a donde llevarlo y a donde no”. La dinámica familiar se altera ya que el niño requiere de una supervisión constante, en ocasiones la hiperactividad e impulsividad los lleva a salirse de la casa, trepar y exponerse a peligros sin tener conciencia de estos. Las explosiones emocionales en forma de “rabieta” o “berrinches”, también son frecuentes, especialmente en lugares públicos.

Al iniciar el período de socialización, surgen los problemas con pares ya que dentro del juego no le gusta perder; se le dificulta compartir, escuchar y seguir las instrucciones del juego; y siempre quiere ser el primero, además de que se desespera cuando no puede realizar las mismas actividades que sus compañeros; presentan poca cooperación por lo que intentan imponer su voluntad a toda costa, lo que genera discusiones y peleas, por consecuencia terminan siendo

rechazados por los demás niños y excluido de eventos sociales (Miranda, Uribe, Gil, Jarque, 2003).

A esta edad es difícil establecer el diagnóstico de TDAH con predominio de desatención, pues los periodos de atención continúan siendo cortos, aunque los niños con hiperactividad pueden ser distinguidos claramente (Mendoza, 2003).

## 2.6 TRATAMIENTOS DEL TDAH

Autores como Caballo (2005), De la Garza (2005), Joselevich et al., (2003), entre otros, coinciden en que el tratamiento multimodal ha demostrado ser más eficaz a largo plazo para el control de los síntomas del TDAH. Existen muchos métodos para ayudar al niño y la familia, como son:

- ✓ Tratamiento farmacológico.
- ✓ Tratamiento psicológico.
- ✓ Tratamiento pedagógico.
- ✓ Orientación a maestros.
- ✓ Entrenamiento a padres.

En estudios del Instituto de Salud Mental de Estados Unidos en donde comparan el tratamiento medicamentoso con estimulantes, el entrenamiento a padres en la modificación de conducta y la combinación de ambos, han demostrado que la modalidad combinada produce mejores resultados (Joselevich, et al., 2003).

### **A) TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO**

Se puede explicar el TDAH como un trastorno en la autorregulación o llamada “función ejecutiva” de la corteza prefrontal y los ganglios basales. Estos centros son modulados por inervaciones dopaminérgicas y por los medicamentos estimulantes (Joselevich et al., 2003).

Desde sus inicios hasta la fecha, el tratamiento con fármacos ha tenido grandes cambios, actualmente los estimulantes son los medicamentos más

usados para el tratamiento farmacológico del TDAH los hay en corta y larga duración. Los primeros tienden a tener una corta acción y logran un efecto rápido antes de una hora, su máxima acción la tienen entre una o dos horas, su efecto termina entre dos y cinco horas, debido a su acción se tienen que suministrar de dos a tres dosis diarias. Los nombres comerciales conocidos en México son el Ritalin y Tradea.

El nombre comercial de los medicamentos de larga duración son Ritalin-LA de 20, 30 y 40 mg. y Concerta de 18, 27, 36 y 54mg., inician su acción a partir de los treinta minutos a dos horas después de su administración, el Ritalin-LA mantiene su efecto de seis a ocho horas por lo que se recomienda una o dos dosis, el Concerta mantiene su efecto hasta por doce horas. Las dosis recomendadas se exponen en la tabla 2.

**Tabla 2.** Dosificación para estimulantes de larga duración

Nombre	Dosis diarias	Dosis inicial y de mantenimiento
Ritalin-LA	1 a 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Niños pequeños: 20 mg /día, aumentar hasta llegar a 1-2 mg/kg/día.</li> <li>- Niños mayores y adolescentes: 30 mg/día, aumentar semanalmente hasta alcanzar 1-2 mg/kg/día.</li> </ul>
Concerta	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Niños pequeños: 18 mg /día, aumentar hasta llegar a 1-2 mg/kg/día.</li> <li>- Niños mayores y adolescentes: 36 mg/día, aumentar semanalmente hasta alcanzar 1-2 mg/kg/día.</li> </ul>

Los estimulantes de corta duración presentan la desventaja de administrarse dos o tres veces al día, ocasionando que se olvide la administración o se aumente la posibilidad del abandono del tratamiento y existe el riesgo de que los síntomas aparezcan antes de la siguiente dosis.

Los efectos benéficos que produce el metilfenidato son:

- Mejora las relaciones con pares y con adultos.
- Mejora el rendimiento académico.
- Disminuye la inquietud motora.
- Mejora la atención.
- Favorece la actividad cognitiva en las tareas.
- Aumenta el control de la impulsividad.

Los efectos secundarios de los estimulantes por lo general son transitorios ya que desaparecen a las semanas de iniciar el tratamiento o pueden desaparecer hasta que la dosis se regula ó se ajusta; los más frecuentes son: insomnio, disminución del apetito, pérdida de peso, irritabilidad, dolor abdominal, náuseas, pesadillas y mareos (Joselevich et al., 2003).

La pronta identificación del TDAH en preescolares puede prevenir dificultades futuras, incluyendo problemas de conducta, escaso desarrollo académico, conflictos con la familia y en la relación con sus compañeros. El objetivo principal de recetar los estimulantes es el de mejorar el rendimiento escolar aumentando la atención y la concentración. Debido a que la mayoría de los niños preescolares no están en un ambiente escolar no es recomendable la medicación, por lo que el manejo de la familia es básico. En la actualidad aun existe un importante debate sobre la seguridad y la eficacia de la medicación estimulante para los preescolares.

Los niños menores de 5 años experimentan un gran número de efectos secundarios asociados a los estimulantes, debido a que la corteza prefrontal no está completamente desarrollada y los estimulantes generalmente ejercen sus efectos en esta región del cerebro. Aún no es claro si los estimulantes en esta

edad son útiles dado que los órganos que los metabolizan son inmaduros (Rickel & Brown, 2008).

Por lo anterior resulta imprescindible educar a los padres de los niños preescolares con TDAH, sobre las causas del trastorno, posible evolución y habilitarlos en el manejo conductual que se planteara en el siguiente apartado.

En ocasiones los pacientes deben de suspender el medicamento por lo menos una vez al año, para reevaluar la necesidad de la medicación y para inhibir el desarrollo de la tolerancia a los estimulantes, por lo general la suspensión del medicamento se hace durante el verano y se motiva al niño a regresar al inicio del ciclo escolar sin medicación. La suspensión del medicamento esta contraindicada si los pacientes se encuentran en circunstancias estresantes o si la discontinuación de la medicación precipita peligros como accidentes (Rickel & Brown, 2008).

Con frecuencia el TDAH va acompañado por una depresión por lo que son recetados antidepresivos para contrarrestar los síntomas, se debe de tener precaución en que no sean estimulantes. El primer medicamento no estimulante aprobado en el 2002 para el tratamiento de TDAH es la atomoxetina, en la que se ha comprobado su utilidad para el control de síntomas como ansiedad, tics y enuresis (Joselevich et al., 2003).

En el caso de los antihipertensivos la clonidina es la que se utilizó primeramente en el tratamiento de la hipertensión, y ha sido usada en el TDAH con resultados eficaces cuando se observan tics, agresión y trastornos del sueño, sin embargo la sedación impide muchas veces su empleo (Gratch, 2000).

Los anticonvulsivos mas empleados son la carbamazepina y el valproato sódico, los cuales no son útiles en el TDAH, solo se emplean cuando existe ocurrencia de epilepsia o bipolaridad. Los antipsicóticos solamente se utilizan en casos resistentes, los nuevos antipsicóticos llamados olanzapina, risperidona,

ziprasidona y queteapina se han empleado en casos complicados con problemas de la conducta y en caso de bipolaridad (De la Garza, 2005).

Como se menciona anteriormente el medicamento contribuye al control de los síntomas, sin embargo hay que recordar que lo más recomendable es un tratamiento multimodal, a continuación se expondrán otras formas de intervención para disminuir los problemas académicos, aumentar la baja autoestima, mejorar los problemas interpersonales, controlar la conducta oposicionista, y por parte de los padres y maestros implementar estrategias de control y adherencia al tratamiento tanto farmacológico como psicológico.

## **B) TRATAMIENTO PSICOLÓGICO**

La psicoterapia en niños con TDAH va dirigida a aspectos de funcionamiento que tal vez no respondan ante una medicación estimulante, la terapia aborda cuestiones como la baja autoestima y la autoeficacia, muchas formas de intervención enfatizan aproximaciones psicoeducativas. Debido a que las personas afectadas por el TDAH con frecuencia internalizan los mensajes negativos por lo que las intervenciones psicológicas pueden ayudar a encontrar y a corregir juicios equivocados y sus efectos en los esquemas de sí mismos, la terapia cognitiva puede ayudar a reducir los pensamientos negativos y las emociones disfóricas (Rickel & Brown, 2008).

La intervención psicológica en la hiperactividad propone la aplicación de programas 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 a los padres y educadores, esta intervención se apoya en los fundamentos del Análisis Conductual Aplicado. Caballo y Simón (2005) mencionan que los niños que han recibido tratamiento conductual, presentan los siguientes efectos positivos:

- Aumento de la conducta atencional y del rendimiento académico.
- Disminución de la actividad motora excesiva.

- Mejora de las interacciones sociales al tiempo que aumenta la aceptación de los niños por parte sus iguales.

Las técnicas de modificación de conducta más empleadas son: economía de fichas, costo de respuesta, tiempo fuera, contrato de contingencias y refuerzo positivo. Dentro de las técnicas cognitivas o cognitivo-conductuales se destacan: el entrenamiento de autoinstrucciones, solución de problemas y modelos de autocontrol (Caballo & Simon, 2005). A continuación se describirán a profundidad dichas técnicas.

### **Técnicas Conductuales**

a) *Refuerzo positivo*.- Se presentan inmediatamente después de una conducta, lo que hace que esta suceda con más frecuencia o aumente la probabilidad de que ocurra. El término reforzador positivo es sinónimo de la palabra recompensa. Martin y Pear (2005) mencionan que los siguientes factores que influyen para lograr la eficacia del reforzador positivo son:

- Seleccionar la conductas que se quiere incrementar o modificar (conducta blanco), es decir identificar de forma específica los comportamientos que van a ser reforzados.
- Elegir un reforzador.- La mayoría de los reforzadores positivos pueden clasificarse en cinco categorías: reforzadores de consumo, actividad, manipulación, posesión y sociales.
- Privación y saciedad.- Los reforzadores no serán eficaces si previamente el individuo no han sido privado durante un tiempo, cuanto mas largo sea el período de privación mas eficaces son los reforzador. El término saciedad se refiere a suprimir una conducta con la utilización del propio reforzador que la mantiene, aumentando de forma considerable la administración del reforzamiento por lo que el reforzador pierde su valor como tal. De hecho una actividad en principio agradable puede convertirse en aversiva, es decir un reforzador que se presenta con

mucha frecuencia y en grandes cantidades produce saciedad, cansa y pierde su eficacia en el mantenimiento de la conducta.

- Inmediatez.- Para lograr una máxima eficacia, el reforzador debe administrarse inmediatamente después de que se de la respuesta deseada.
- Instrucciones.- Las instrucciones pueden facilitar un cambio de comportamiento a través de varios caminos en primer lugar, las instrucciones específicas aceleran el proceso de aprendizaje.

Si se pretende mantener una conducta recién adquirida el reforzador debe de utilizarse cada vez que la conducta se exhiba. Cuando la conducta recién adquirida alcanza un nivel de frecuencia satisfactorio, se refuerza intermitentemente, este cambio aumenta la probabilidad de que la conducta se mantenga (Walker, 1987).

Un programa de reforzamiento es una regla que denota cuantas respuestas o cuales respuestas específicas serán reforzadas. Los programas de reforzamiento son:

- Programa de reforzamiento continuo.- Implica reforzar la conducta objeto cada vez que ocurra, tiene una tasa más alta de ejecución durante la adquisición o fase de reforzamiento (Kazdin,1996).
- Programa de reforzamiento intermitente.- En este se puede dar el reforzamiento después de algunas respuestas y no en todas, permite la entrega de unos pocos reforzadores para un gran número de respuestas, por lo tanto, hay menos probabilidades de que ocurra la saciedad (Kazdin, 1996). Los programas de reforzamiento intermitente pueden de ser de dos tipos:

1) Programas de razón: La administración del refuerzo depende del número de respuestas emitidas. Son adecuados cuando se requiere generar una tasa de respuesta elevada y se pueden registrar todas las respuestas, es necesario contarlas para saber cuándo emitir el refuerzo.

- Programa de razón fija. Requiere que se realicen un número determinado de respuestas adecuadas, antes de que se refuerce una respuesta (Walter, 1987).
- Programa de razón variable. Especifica que el reforzamiento ocurrirá después de cierto número de respuestas, pero ese número varía impredeciblemente de una acción a otra. Se efectúa en cierto número de respuestas como promedio, antes de que se entregue el reforzamiento. Antes de retirar el reforzamiento se puede desvanecer gradualmente la razón, es decir para desvanecer un programa se incrementa el número de respuestas requeridas para el reforzamiento (Martin & Pear, 2005).

2) Programas de intervalo: La administración del refuerzo se puede basar en un criterio temporal, dependen del transcurso de períodos de tiempo. En estos programas es irrelevante el número de respuestas efectuadas, en tanto que se ejecute una respuesta después de que ha transcurrido el intervalo de tiempo prescrito.

- Programa de intervalo fijo. Requiere que pase un intervalo de tiempo (por lo general establecido en minutos) antes de que el reforzador esté disponible. Se refuerza la primera respuesta posterior al término del intervalo (Walker, 1987).
- Programa de intervalo variable. La duración del intervalo cambia de un refuerzo al siguiente de forma impredecible (Martín & Pear, 2005).

*b) Costo de respuesta.*- Implica quitar cierta cantidad determinada de reforzador tras la ocurrencia de una conducta en particular, por ejemplo: cuando un niño pierde los privilegios de esparcimiento por no terminar la tarea (Rickel & Brown, 2008). Se debe procurar que la persona sometida a un programa de costos respuesta no pierda todos los reforzadores debido a un sistema de costo

respuestas demasiado duro, en caso de que los perdiera, la conducta inadecuada no disminuiría ya que ésta no le costaría nada.

c) *Contrato de contingencias*.- El uso de estos contratos, se basan en principio desarrollado por David Premack (1959, citado en Walker, 1987), este principio señala que una conducta que tiene un alto nivel de ocurrencia puede ser utilizada para incrementar una conducta con un bajo nivel de ocurrencia, es decir “Si haces X, entonces puedes hacer u obtener Y”. El contrato de contingencias es un método que puede utilizarse para individualizar las instrucciones y controlar la conducta que responden a los intereses, necesidades y actividades del niño.

Una de las funciones del contrato de contingencias es lograr que el niño alcance un nivel de desarrollo en el que sea él quien inicie la negociación del mismo sin esperar la sugerencia del adulto. La clave de un contrato exitoso es la sesión de negociación en la que se explica y discute el sistema de contratación, se escribe el contrato y se firma por el niño y el adulto (Walker, 1987).

d) *Economía de fichas*.- Es un programa en que el niño o un grupo pueden ganar fichas por emitir conductas deseables, y cambiarlas luego por reforzadores de apoyo. De acuerdo Olivares y Méndoza (2005) sus principales ventajas son las siguientes:

- Se potencia el valor de los reforzadores. Las fichas se emparejan con varios tipos de reforzadores, lo que hace más fácil su administración efectiva, ya que minimiza el efecto de la saciedad.
- Se reduce la demora en el reforzamiento. Las fichas pueden entregarse inmediatamente después de que la conducta deseable tenga lugar y cambiarse más tarde por el reforzador de apoyo, lo cual es especialmente útil cuando es imposible entregar los reforzadores inmediatamente después de la conducta.
- Se evita la interferencia producida por otras formas de reforzamiento. En otras formas de reforzamiento, es posible que el sujeto interrumpa la conducta deseada para recibir su recompensa, por ejemplo, cuando se

otorgan algunos minutos de juego por permanecer sentado y atento en una clase, al otorgar una ficha por esta conducta no se interrumpiría tal actividad.

- Se individualiza y se flexibiliza el programa de reforzamiento. Cuando la economía de fichas se aplica en un grupo, es posible respetar las diferencias de los sujetos en sus preferencias de distintos reforzadores. Por otra parte, la técnica hace posible la obtención fraccionada de recompensas, en lugar de una pérdida o ganancia total de estas. Por ejemplo, si el reforzador es ver televisión la economía de fichas permite que a más fichas ganadas más tiempo de televisión.

El establecimiento de un programa de economías de fichas según Martin y Pear (2005), requiere de los siguientes pasos:

1. Identificar las conductas objetivo y tener el registro de las líneas base.
2. Elección de los reforzadores de apoyo. Los métodos para seleccionar que ese será el reforzador de apoyo en esencia son los mismos que los manejados para elegir cualquier otro reforzador.
3. Elecciones del tipo de fichas más apropiadas para los sujetos que van a ser tratados como puntos, boletos, marcas, estrellas, sellos, etc. En general, las fichas deben de ser atractivas, ligeras, transportables, perdurables, fáciles de manejar y por supuesto difíciles de falsificar.
4. Identificación de ayuda disponible. Sobre todo cuando la economía de fichas se va a aplicar en ambientes institucionales, es útil explorar la cooperación de las personas involucradas para tener un control sobre la efectividad de la técnica.
5. Especificar las condiciones de canje, es decir el número de fichas que se va a entregar por cada conducta objetivo, el número de fichas que vale cada reforzador de apoyo, el momento, la forma, el lugar, además se decide quién va administrar el reforzamiento y para que conductas.
6. Considerar posibles contingencias de castigo debido a que se pueden generar conductas inapropiadas como efectividad. En este caso en las

que se utilizan con mayor frecuencia son el costo de respuesta que requiere el pago de fichas después de una infracción, y el tiempo fuera del gasto de fichas que consiste en un lapso de tiempo específico durante el cual el niño no podrá cambiar sus fichas.

7. Elaborar un registro de las fichas, donde conste el número de fichas ganadas, canjeadas, extraviadas y ahorradas.

Tras la implementación del sistema de economía de fichas se tiene que proceder a la fase de retirada gradual de las fichas, para lo cual las estrategias serían: 1) aumentar el tiempo entre las entregas de las fichas, 2) incrementar el criterio para la obtención de fichas, 3) reducir el número de fichas ganadas por la ejecución de las conductas objeto, y 4) aumentar el número de fichas necesarias para ganar los reforzadores de apoyo (Olivares & Méndez, 2005).

*e) Extinción.*- El principio de extinción establece que si en una situación determinada alguien emite una respuesta reforzada previamente y la respuesta no se sigue de una consecuencia reforzante, entonces es menos probable que el niño emita la misma conducta, de nuevo cuando se encuentre en una situación similar. Es decir, si una respuesta se ha incrementado con frecuencia mediante reforzamiento positivo, el cese completo de reforzamiento causará una disminución en la frecuencia de la misma (Martin & Pear, 2005).

Este procedimiento es más lento que otros métodos de reducción de conducta, no provoca un efecto inmediato y su rapidez depende del programa de reforzamiento al que se sometió, como se explicó anteriormente los programas de reforzamiento intermitente requieren mayor tiempo para extinguirse que los programas de reforzamiento continuo. Es importante tener en cuenta las siguientes consideraciones:

- Identificar todos los reforzadores que mantienen la conducta que se desea eliminar.
- Tras la reducción o eliminación de una conducta determinada mediante la aplicación de la extinción, suele darse el caso de que dicha conducta

reaparezca de nuevo, fenómeno denominado recuperación espontánea, si esto sucede se debe volver a aplicar la extinción.

- La extinción produce los efectos importantes en el individuo; por un lado se espera que inmediatamente después de poner en marcha un programa de extinción se produzca un aumento de la frecuencia de la conducta que se pretende disminuir, lo que se conoce como “estallido de la extinción”; y por el otro es probable que se produzcan reacciones emocionales como frustración (quejas, reproches, llanto, etc.), y reacciones agresivas (gritos, golpes, etc.). Por lo tanto, se debe aplicar la extinción durante un tiempo suficiente considerando que se produce el “estallido de la extinción”, ya que a menudo sucede que los padres, al darse cuenta que la conducta empeora desconfían de la técnica resistiéndose a seguirla aplicando.
- Resulta muy adecuado combinar la extinción de la conducta inadecuada con el reforzamiento positivo de una conducta alternativa deseable.
- La extinción no debe aplicarse cuando se desea una reducción inmediata de la conducta o si se trata de una conducta peligrosa para el individuo (Olivares & Méndez, 2005).

f) *Tiempo fuera (time out)*.- Consiste en retirar a un niño de un ambiente al parecer reforzante, para colocarlo en otro que no lo es, por un período de tiempo limitado y específico este alejamiento puede en efecto disminuir la conducta blanco. La duración del tiempo varía en general de 1 a 2 minutos por años de vida. Olivares y Méndez (2005), mencionan que existen tres variantes del tiempo fuera:

1. Tiempo fuera de aislamiento: Consiste en trasladar al niño a otro lugar menos reforzante.
2. Tiempo fuera de exclusión: Al niño se le impide el acceso al reforzamiento, aunque permanezca en el mismo lugar.
3. Tiempo fuera observacional: se requiere que el niño permanezca al margen de la actividad y observé el reforzamiento de la conducta

apropiada de sus iguales durante el período correspondiente sin participar en actividades reforzante.

Es importante recalcar que el tiempo fuera resulta una experiencia desagradable para la mayoría de los niños, por lo que es comprensible que algunas veces se resistan a este procedimiento, es posible observar resistencias como: el escape físico, las discusiones y las agresiones verbales. Ante estas resistencias se pueden poner en marcha distintas soluciones como; las sanciones, pérdida de privilegios, utilizar el procedimiento de extinción, iniciar de nuevo el tiempo o agregar más tiempo. Con este procedimiento se reducen conductas como rabietas, peleas, comportamientos desobedientes, conductas destructivas y agresivas, etc. Se tienen que evitar la aplicación de tiempo fuera, en los casos en los que sirva para escapar de situaciones aversivas o desagradables.

### **Técnicas cognitivo-conductuales**

a) *Entrenamiento de autoinstrucciones.* Es una técnica de cambio de comportamiento en la que se modifican las autoverbalizaciones (verbalizaciones internas o pensamientos) que el niño utiliza ante cualquier tarea o problema, sustituyéndolas por otras que son más útiles para llevar a cabo dicha tarea. Estas verbalizaciones son instrucciones u órdenes que el niño se da a sí mismo, dirigiendo su actuación (“voy a ponerme a estudiar”, “no puedo seguir corriendo”, etc.). La meta de la técnica no es enseñar al niño a que tiene que pensar, sino cómo ha de hacerlo.

La idea central del modelo es que el lenguaje de los niños tiene la función de guiar y ordenar su propia conducta externa. Meinchebaum (1971, citado en Moreno, 1997) señala que para ayudar a frenar y a organizar el pensamiento de los niños impulsivos, es necesario pedirles que hagan verbalizaciones en voz alta de sus pensamientos, para después, ayudarles a organizarlos siguiendo una serie de pasos que denomino autoinstrucciones:

- Modelado cognitivo.- Un modelo adulto (terapeuta, maestro, padre,etc) realiza la tarea mientras se habla a sí mismo en voz alta.

- Guía externa manifiesta.- El niño realiza la tarea bajo la dirección de las instrucciones del modelo.
- Autoinstrucción manifiesta.- El niño realiza la tarea mientras se dirige a sí mismo instrucciones en voz alta.
- Autoinstrucción manifiesta atenuada.- El niño lleva a cabo la tarea mientras se susurra asimismo las instrucciones.
- Autoinstrucción encubierta.- El niño realiza la tarea mientras guía su actuación a través instrucciones internas o privadas.

*b) Solución de problemas:* Tiene el propósito de desarrollar una forma adecuada de reaccionar ante distintos problemas y dificultades. Las estrategias o pasos básicos en esta técnica son los siguientes:

- Identificar, especificar el problema y fijar los objetivos.- Se enseña al niño a que identifiquen el problema o los problemas que le afecta.
- Generación de alternativas.- Se debe enseñar al niño a preguntarse cuáles pueden ser las posibles soluciones al problema.
- Evaluación y análisis de las consecuencias de cada alternativa.- Se enseña al niño a calibrar las posibles consecuencias, los pros y los contras, los aspectos positivos y los negativos de cada una de las posibles alternativas que se le hayan podido ocurrir para solucionar el problema.
- Selección de la o las alternativas más adecuadas.- Se le enseña al niño a examinar las consecuencias derivadas de cada alternativa, descartando las inadecuadas o inconvenientes, haciéndole ver los motivos de dicha decisión, poniendo especial énfasis en el hecho de que estas alternativas no conducen a los objetivos marcados inicialmente y que incluso pueden llegar a empeorar la situación. En función de este examen se elegirá la solución aparentemente más adecuada, aunque ello no garantiza necesariamente el éxito.
- Elaboración de la solución.- Enseñar al niño a dar los pasos pertinentes para poner en práctica la solución elegida (Carriobles, 2001).

c) *Autocontrol*.- El objetivo principal del autocontrol es ayudar al niño a resolver el conflicto conductual mediante el control de contingencias que implica el incremento de la tasa de conductas que se desean adquirir y/o disminuir, es decir, los programas de autocontrol no es la eliminación del problema, sino que el sujeto internalice unas técnicas y una metodología de manejo de situaciones que le permita el abordaje de otros aspectos problemáticos. Sólo cuando el niño sea capaz de utilizar las técnicas aprendidas por sí mismo, podemos hablar de autocontrol.

### **C) TRATAMIENTO PEDAGÓGICO.**

El tratamiento pedagógico debe estar orientado en optimizar el rendimiento académico tomando en cuenta problemas de aprendizaje concretos como de lectura, matemáticas, escritura, redacción, hábitos de estudio, fluidez en la expresión oral, y dificultades en la coordinación motriz.

### **D) ORIENTACIÓN A MAESTROS.**

En la vida de un niño los ambientes más importantes son el familiar y escolar, los padres y maestros son las personas que mayor ayuda pueden aportar al niño con TDAH.

Los maestros suelen enfrentarse con el desafío de educar niños con características personales y dificultades de variada índole. Si bien el docente no puede conocer todo el espectro de patologías que pueden presentar sus alumnos, sí es recomendable que conozca los trastornos más frecuentes. Por lo tanto su función trasciende de la transmisión de su conocimiento y del contenido teórico de sus clases a evaluar el proceso de aprendizaje de sus alumnos y el modo como éstos interactúan socialmente. Cuando los maestros tienen información respecto al TDAH, les facilitara manejar las dificultades que surjan durante el proceso de enseñanza.

Gratch (2000) y De la Garza (2005), exponen algunas estrategias escolares que se basan en el intento de contrarrestar los síntomas de los niños con TDAH.

- Los niños con TDAH necesitan un ambiente estructurado, por lo que el profesor debe tener rutinas claras y bien establecidas.
- Establecer reglas de convivencia, los deberes, roles y las obligaciones que cada uno desempeña en el ámbito escolar. Una vez establecidas deben hacerse efectivas, y nunca olvidarlas. Se sugiere discutir las con toda la clase al inicio del curso. Es importante tener siempre visibles las reglas del salón.
- Se debe aclarar con toda la clase cuáles serán las consecuencias en caso de presentar conductas inapropiadas o “mala conducta”. La forma de actuar del maestro en caso de que el niño incurra en una de estas conductas, se sugiere que sea de la siguiente manera:
  1. Acercarse al alumno hasta su asiento.
  2. Tocarle el hombro en forma amable y decirle al oído que se calme o intente controlarse, o bien la conducta que deseamos de él.
  3. Si se va hacer pública la conducta, debe hacerse en forma amable: “ por favor levanta la mano antes de hablar” ó “ no te levantes del asiento y mira el pizarrón por favor”.
  4. Si después de estas advertencias claras el niño continúa con el mismo comportamiento, se implanta una consecuencia, es decir quitar tiempo de una actividad favorita.
- Mantener en orden el aula. Actuar con mucho orden pues el niño aprende más a través de la identificación con sus padres y sustitutos. Al mismo tiempo transmitir al niño la importancia del orden en la realización de las tareas.
- Fragmentar la tarea en subtareas, con el propósito de aprovechar al máximo el periodo de atención y alentar al niño con el propósito de decirle que es capaz de empezar y concluir algo.

- Ubicar al niño en la primera fila para que éste lo más cerca posible del profesor y así poder observarlo para confirmar si está prestando atención o no. Es importante no excluirlo del grupo. Rodearlo con compañeros que sean modelos que deba seguir y pedir a algunos de ellos que lo ayude.
- Al momento de observar al niño inquieto, distraído asignar otra actividad que lo ayude a trasladar su energía, con el propósito de volver a su tarea y pueda concentrarse.
- Las tareas deben ser cortas y simples.
- Cuando se realice una corrección se debe de ser claro para que el niño pueda comprender cuál ha sido su error, y así no dañar su autoestima haciéndole creer que es inútil. Es importante no realizar correcciones humillantes con lápices de colores o inscripciones descalificantes.
- Destacar sus aciertos, mejorías, progresos y esfuerzos.
- Al dirigirse al niño se debe tratar de mantener el contacto visual cuando se está hablando. Las instrucciones por lo general deben de ser claras y cortas, si llegan a ser complejas y largas, tratar de simplificarlas o darlas por partes.
- Dar confianza al alumno para pueda pedir ayuda.
- Otorgar tiempo extra para los exámenes y tareas, ya que estos niños tienden hacerlo más lentamente.
- El maestro debe de recompensar las conductas positivas.

Por otra parte el maestro debe evitar:

- Hacer perjuicios de que el niño “es apático o flojo”.
- Creer que la conducta inadecuada la presenta deliberadamente, recordando que algunas veces hará bien su trabajo y en otras mal, su productividad será inconstante.
- Darse por vencido al intentar técnicas para modificar la conducta.
- Enfocar la atención en conductas inadecuadas.
- Negarse a hablar con los padres del niño.

- Negarse a trabajar en comunicación con los padres y médico.
- Evidenciar y etiquetar de manera despectiva.

No hay que olvidar que los maestros son quienes pasan la mayor parte del tiempo con los niños en edad escolar, observan su desempeño en el aprendizaje, cómo interactúan socialmente con sus compañeros y ante la autoridad. Así pues, es valioso el papel que los educadores pueden desempeñar en el diagnóstico precoz de este trastorno.

### **E) ENTRENAMIENTO A PADRES.**

El entrenamiento de padres es un enfoque terapéutico que consiste en capacitar a madres, padres u otros cuidadores; en principios, técnicas y estrategias que les permitan entender y tratar directamente los problemas de comportamiento de sus hijos. La eficacia del entrenamiento a padres se centra principalmente en dar ayuda estos para establecer una comunicación efectiva y positiva con los niños.

Rey (2006), menciona que el entrenamiento a padres debe tener las siguientes características:

1. El objetivo fundamental es que a la madre, padre u otros responsables legales del niño traten los problemas de comportamiento que este presenta. Se pretende que con el entrenamiento aprendan los principios que rigen el comportamiento y el aprendizaje, de manera que comprendan mejor la conducta de su hijo e implementen las técnicas y estrategias más adecuadas para intervenir sobre sus problemas de conducta.

2. Los programas de entrenamiento a padres tienen una índole fundamental psicoeducativo, no sólo porque permiten a sus usuarios comprender el origen de las dificultades de comportamiento de sus hijos, sino porque se brindan los conocimientos y las habilidades necesarias para afrontar dichas dificultades.

3. Al capacitar a los padres o cuidadores, estos aprenden los principios, técnicas estrategias y lo aplican en el hogar, de manera que puedan actuar directamente en el entorno donde por lo general se originan estos problemas, su costo-efectividad es mayor en relación con la psicoterapia, ya que adquieren los conocimientos necesarios para afrontar las dificultades del comportamiento de sus hijos en el futuro.

4. La duración de los programas de entrenamiento a padres dependen de los componentes que se han incorporado y de la población a la que se dirijan. Por lo común se desarrollan por medio de sesiones semanales de dos horas en promedio, a lo largo de uno o dos meses. Es necesario aclarar que aun cuando estos programas generalmente se desarrollan de manera grupal, es posible entrenar a los padres de manera individual.

De acuerdo con Caballo (1993) la elaboración de un programa de entrenamiento a padres requiere de la siguiente estructura:

1. *Formular objetivos*, tanto general, a corto y mediano plazo.
2. *Seleccionar y distribuir los contenidos del programa*. El orden y los contenidos deben de mantener una secuencia lógica y adaptarse a las necesidades de los padres, por ejemplo: tipos de límites, el rol de la familia en la crianza de los hijos, etc.
3. *Procedimiento*. Consta de los siguientes aspectos:
  - La *evaluación* es un proceso que ha de permanecer abierto en tanto se pueda comprender el funcionamiento de la familia. Se debe evaluar: 1) la existencia real del problema por lo que se solicita intervenir en el niño, 2) los conocimientos del curso evolutivo, habilidades de crianza y estado psicológico de cada uno de los padres; 3) el funcionamiento de los padres en pareja; 4) el funcionamiento y la estructura familiar (déficit en habilidades de

comunicación y de solución de problemas, distorsiones cognitivas, etc.).

- *Formación y tamaño de los grupos.* Los grupos se forman a partir de 4 parejas de padres, es conveniente la participación de ambos padres, aunque con frecuencia las madres son las que acuden por lo que se tiene que involucrar a los padres aplicando las estrategias en el hogar.
- *Desarrollo de las sesiones.* Los contenidos de las sesiones y tareas para casa se deben planificar para su entrenamiento y aplicación en función del nivel de aprendizaje esperado de acuerdo con el número de la sesión de entrenamiento, y en relación con las actividades que permitan responder al interés de los padres por (re)establecer el control sobre la conducta del niño y la suya propia.

La fase del desarrollo de las sesiones son: 1) Educativa, tiene el objetivo principal de transmitir nueva información o reconceptualizar la existente. 2) Entrenamiento de habilidades y destrezas, en esta fase los objetivos y actividades incluyen entrenar en condiciones simuladas y simplificadas, discutir entre los miembros de cada grupo y con el terapeuta sobre las habilidades entrenadas, entregar a los padres un resumen de los contenidos abordados y la propuesta de tareas básicas para casa. 3) aplicar las habilidades y destrezas aprendidas, que tienen como objetivo la consolidación y generalización de lo aprendido.

4. *Valorar la eficacia del programa de entrenamiento a corto plazo.*
5. *Seguimiento de los efectos de la intervención a medio y largo plazo.* Se recogen datos de la persistencia de los efectos del programa cada cierto tiempo después de haber finalizado el entrenamiento y se valora la necesidad de llevar a cabo un entrenamiento adicional.

Chronis (2004, citado en Rey, 2006), menciona dos factores que pueden afectar los resultados del tratamiento por medios del entrenamiento a padres, son los siguientes:

- a) El formato del programa, el diseño de estrategias para el mantenimiento de las ganancias terapéuticas y el sitio en donde implementar el programa,
- b) b) La presencia de psicopatología en alguno de los padres o de problemas maritales.

El principal componente de la mayoría de los programas de entrenamiento a padres consiste en el entrenamiento de técnicas de modificación de conducta dirigidas a afrontar con éxito los problemas de comportamiento de los niños, por lo general se instruye a los padres en técnicas para favorecer conductas apropiadas, disminuir conductas inadecuadas y enseñar a sus hijos adquirir destrezas apropiadas para su nivel de desarrollo, además también es posible entrenar a los padres en procedimientos de registro de conductas, con el fin de que ellos mismos monitoreen los avances de sus hijos.

En los programas de entrenamiento a padres es conveniente que éstos aprendan los principios del aprendizaje y la conducta, no sólo para que entiendan la manera en que sus hijos desarrollan los problemas de conducta que presenta, sino para que puedan comprender cuál fue su papel en dicho desarrollo y vislumbrar de qué manera podrán modificar su comportamiento, para que se refleje positivamente en la conducta de sus hijos.

Las creencias de los padres acerca de las causas del problema, producirá un importante efecto tanto en lo emocional como los métodos de crianza que apliquen con sus hijos. Los pensamientos o creencias disfuncionales y las distorsiones cognitivas pueden venir acompañadas de emociones negativas y funcionan como un obstáculo para avanzar en el programa de entrenamiento (Joselevich et al., 2003).

Conforme progresa el entrenamiento, los padres se van volviendo cada vez más responsables en diseñar y poner en práctica los programas para el control de distintas conductas del niño. Los objetivos a largo plazo del programa de entrenamiento a padres son la prevención secundaria de problemas de conducta graves como la delincuencia, durante la adolescencia (Caballo, 1993).

## CAPITULO 3

### IMPORTANCIA DE LOS PADRES EN NIÑOS CON TDAH

#### 3.1 CONCEPTO DE FAMILIA

Dar una definición exacta sobre la familia es una tarea compleja debido a la enorme variedad de culturas existentes en el mundo, sin embargo la familia es un sistema ya que en ella interactúan diferentes comportamientos individuales, es en este sistema donde se comienzan a dar diversas formas de relacionarse, se establecen los roles y se dan las alianzas, dentro de la familia cada miembro que la integra ocupa un lugar importante. A continuación se describen algunas definiciones de familia.

Newman (1983), define a la familia como un sistema de seres humanos de diferentes edades, interrelacionados biológica y psicológicamente.

Minuchin (1986), considera a la familia como la matriz del desarrollo psicosocial de sus miembros, a través de pautas transaccionales que regulan la conducta de sus miembros, logran acomodarse a la sociedad y garantizan la continuidad de su cultura, considerándose que la familia imprime a sus miembros un sentido de identidad y separación oportuna y así cumple con dos funciones: el crecimiento psicosocial de sus miembros y garantiza la transmisión de la cultura.

Para Novel (2000), la familia es la unidad básica de la sociedad alrededor de la cual se mueven todos los individuos de una forma u otra. Es la más universal de las instituciones, a partir de la cual se ejerce influencia sobre los individuos que la componen.

De acuerdo a Berk (2001), la familia es el primer y más duradero contexto de desarrollo para el infante, lo introduce al contacto con el mundo físico, aprendizaje, habilidades cognitivas, valores morales y sociales de la cultura, al mismo tiempo crea lazos únicos entre sus miembros y le ofrece oportunidades

para ensayar conflictos sociales, lecciones de conformidad y cooperación que le servirán de modelos para relaciones futuras con otros grupos.

Rice (1997), describe a la familia como cualquier grupo de personas unidas por vínculos del matrimonio, sanguíneos, adopción o cualquier relación sexual expresiva, en que las personas compartan un compromiso en una relación.

Son muchas las definiciones que hay de familia pero la mayoría plantea que es una estructura social donde padres e hijos se relacionan. La familia es única y exclusiva, sin embargo cuando se presenta algún problema que afecte a un miembro de la familia, esta problemática incide directa o indirectamente a toda la familia, por lo anterior se dice que la familia es un sistema.

La familia se preocupa de la reproducción y del cuidado físico de sus miembros, está a cargo del bienestar, el desarrollo psicológico y social de cada uno de ellos. Dentro de la familia los padres van conformando un modelo de vida para sus hijos enseñando normas, costumbres, valores que contribuyan en la madurez y autonomía de sus hijos, por lo tanto los padres son el modelo a seguir.

Autores como Minuchin (1986), Rice (1997), Shaffer (2007) clasifican a la familia de acuerdo a su estructura o composición en:

- a) La familia nuclear o conyugal: Se compone de esposo (padre), esposa (madre) e hijos. Estos últimos pueden ser la descendencia biológica de la pareja o miembros adoptados por la familia.
- b) La familia extensa o consanguínea: se compone de más de una unidad nuclear, se extiende mas allá de dos generaciones y esta basada en los vínculos de sangre de una gran cantidad de personas, incluyendo a los padres, niños, abuelos, tíos, tías, sobrinos, primos y demás; por ejemplo, la familia de triple generación incluye a los padres, a sus hijos casados o solteros, a los hijos políticos y a los nietos.

- c) La familia monoparental: es aquella familia que se constituye por uno de los padres y sus hijos. Esta puede tener diversos orígenes, ya sea porque los padres se han divorciado y los hijos quedan viviendo con uno de los padres. La familia de madre soltera, en esta la madre desde un inicio asume sola la crianza de sus hijos. La familia nuclear al momento del fallecimiento de uno de los cónyuges se da origen a la familia monoparental.

Como se mencionó anteriormente lo que afecta a un miembro de la familia se ve reflejado en los demás integrantes, al respecto Walker (1987) menciona que los padres presentan diferentes reacciones emocionales al saber que su hijo presenta TDAH:

- ❖ Pueden reaccionar a los problemas del niño con una duda de sí mismos, por percibirse incapaces de criar a un niño con TDAH.
- ❖ Pueden sentirse culpables.
- ❖ En ocasiones suelen reaccionar negando la existencia del problema.
- ❖ Piensan que pueden encontrar una solución si le dan al problema tiempo lo que en algunos casos esto conduce a la depresión.

### 3.2. RELACIÓN PADRES-HIJOS

El estilo familiar va a definir como son las relaciones en la familia, el estilo se puede definir a partir de dos variables:

- ✓ La forma de ejercer la autoridad por parte de los padres
- ✓ La forma de comunicación y convivencia.

Hertfelder (2005) enlista las maneras de actuar de las familias y sus características más importantes:

- ❖ La familia rígida presenta dificultad en asumir los cambios de los hijos. Los padres brindan un trato a los niños como adultos. Los hijos son sometidos por la rigidez de sus padres siendo permanentemente autoritarios.

- ❖ La familia sobreprotectora, se caracteriza por una preocupación por proteger en exceso a los hijos, no les permiten el desarrollo y autonomía; no saben ganarse la vida, ni defenderse; por lo tanto los padres retardan la madurez de sus hijos y al mismo tiempo, hacen que estos dependan extremadamente de sus decisiones.
- ❖ En la familia centrada en los hijos, en ocasiones los padres no saben enfrentar sus propios conflictos y centran su atención en los hijos; así, en vez de tratar temas de la pareja, traen siempre a la conversación temas acerca de los hijos, como si entre ellos fuera el único tema de conversación. Este tipo de padres, busca la compañía de los hijos y depende de estos para su satisfacción.
- ❖ En la familia permisiva, los padres son incapaces de disciplinar a los hijos, y con la excusa de no ser autoritarios y de querer razonarlo todo, les permiten hacer todo lo que quieran. En este tipo de hogares, los padres no funcionan como padres ni los hijos como hijos y con frecuencia observamos que los hijos mandan más que los padres. En caso extremo los padres no controlan a sus hijos por temor a que éstos se enojen.
- ❖ La familia inestable, no logra ser unida, los padres están confusos acerca del mundo que quieren mostrar a sus hijos por falta de metas comunes se les dificulta mantenerse unidos como resultado de su inestabilidad, los hijos crecen inseguros, desconfiados y temerosos, con gran dificultad para dar y recibir afecto, se vuelven adultos pasivos-dependientes, incapaces de expresar sus necesidades y por lo tanto frustrados y llenos de culpa y rencor.
- ❖ La familia estable, se muestra unida, los padres tienen claridad en su rol sabiendo el mundo que quieren dar y mostrar a sus hijos, lleno de metas y sueños. Les resulta fácil mantenerse unidos por lo tanto, los hijos crecen estables, seguros, confiados, les resulta fácil dar y recibir

afecto, cuando llegan a ser adultos son activos, autónomos, capaces de expresar sus necesidades, por lo tanto, se sienten felices y con altos grados de madurez e independencia.

Desde el nacimiento, los padres influyen en el desarrollo de sus hijos, las actitudes de los niños tienen estrecha relación con las actitudes de los padres, por lo que es importante que la familia determine los roles que desempeña cada uno de sus miembros. Durante los primeros años de vida el niño depende básicamente del cuidado que se le proporcione, poco a poco distingue quien es la persona que satisface sus necesidades.

El rol de ser madre tiene como función básica alimentar física y psicológicamente a sus hijos brindándoles protección y a la vez estimularlos a crecer. Es una tarea conjunta con el padre para ello es importante la organización y previos acuerdos con la pareja para saber cómo y de qué manera se va a criar a los hijos, con qué valores, formas de vida, hábitos, costumbres, etc.

Se piensa que el papel más importante del hombre en el hogar es el de ser figura de autoridad y que debe poner orden, disciplina y tomar decisiones. No obstante una de las responsabilidades mayores de los padres es educar; ésta acción debe ser compartida con la madre y otros miembros de la familia. El establecer límites, reglas y las exigencias de cumplirla es una labor conjunta y compartida por la pareja.

Un papá cercano, abierto al diálogo, afectuoso, va a dar una imagen positiva del mundo, entregándole al niño una sensación de protección durante los años en que es muy importante tenerla. Por el contrario, un padre castigador, lejano y autoritario produce miedo e inseguridad, y en el futuro el niño enfrentará la vida más cargado de ansiedad, temeroso y con una mayor probabilidad de fracaso (Rice, 1997) .

En México, en los últimos años se ha observado un cambio en cuanto a los roles que desempeñan los padres, las mujeres ya no solo se encargan del hogar y

del cuidado de los hijos y su esposo, sino que actualmente algunas trabajan para ayudar al sostén de la familia. Del mismo modo los padres no solo trabajan para sostener a la familia sino que además se involucran en la parte de la disciplina de sus hijos.

Se puede decir que no existe una división clara entre cuales son los roles correspondientes del padre y cuáles de la madre ya que ambos deben de ser parte de la crianza de los hijos. La función primaria de los padres es la crianza de los hijos, sin embargo también deben proporcionar afecto, propiciar el desarrollo de la personalidad y socialización con su medio; tienen la responsabilidad de brindar educación, protección y alimento (Martínez, 2000).

Una forma de conocer la interacción entre padres-hijos son los estilos de crianza, los cuales se detallan a continuación.

a) *Padres autoritarios*

Es un patrón muy restrictivo de crianza en el que los adultos imponen muchas reglas, esperan una obediencia estricta, rara vez o nunca le explican al niño por que es necesario obedecer todas estas regulaciones y a menudo se basa en tácticas punitivas enérgicas, es decir, en la afirmación del poder o retiro del amor, para conseguir la obediencia. Los padres autoritarios no son sensibles a los puntos de vista en conflictos de un niño, esperando en lugar de ello que el niño acepte su palabra como ley y respete su autoridad (Shaffer, 2007).

El ser autoritario se basa en normas de conducta firmes y bien señaladas. El padre autoritario valora la obediencia sobre todo y ejerce todo el poder necesario para someter al niño. Los hijos de hogares autoritarios no tienen ninguna responsabilidad por sus decisiones personales ni participan en el análisis razonado de las normas de la familia. Los hijos de este estilo de padres son apartados, temerosos, irritables (Lefrancois, 2001).

b) *Padres permisivos*

No ponen ninguna restricción a sus hijos, aceptan sus impulsos y acciones sin tratar de moldear su conducta. Algunos de estos padres son protectores y cariñosos, dejan que los niños hagan lo que desean como una forma de evitar la responsabilidad de sus conductas. Estos niños tienden a ser rebeldes, agresivos e impulsivos. La falta de disciplina en el hogar está asociada con agresión social que a su vez se vincula con el rechazo de sus compañeros (Rice 1997).

El ser permisivos es una forma de ser de los padres que no castigan, dirigen ni exigen. Los padres permisivos dejan que los niños tomen sus propias decisiones y rijan sus actividades, no tratan de controlarlos mediante el ejercicio del poder que viene de su autoridad (Lefrancois, 2001).

c) *Padres con autoridad o democráticos*

Es un estilo controlador pero flexible en el que los padres implicados realizan muchas demandas razonables a sus hijos. Tienen cuidado en proporcionar fundamentos para obedecer los límites que establecen, se aseguran de que sus hijos siguen estos lineamientos, son más aceptadores y sensibles a los puntos de vista de sus hijos y en la toma de decisiones familiares. Por lo tanto los padres con autoridad ejercen un control racional, democrático, reconocen y respetan las perspectivas de sus hijos (Shaffer, 2007).

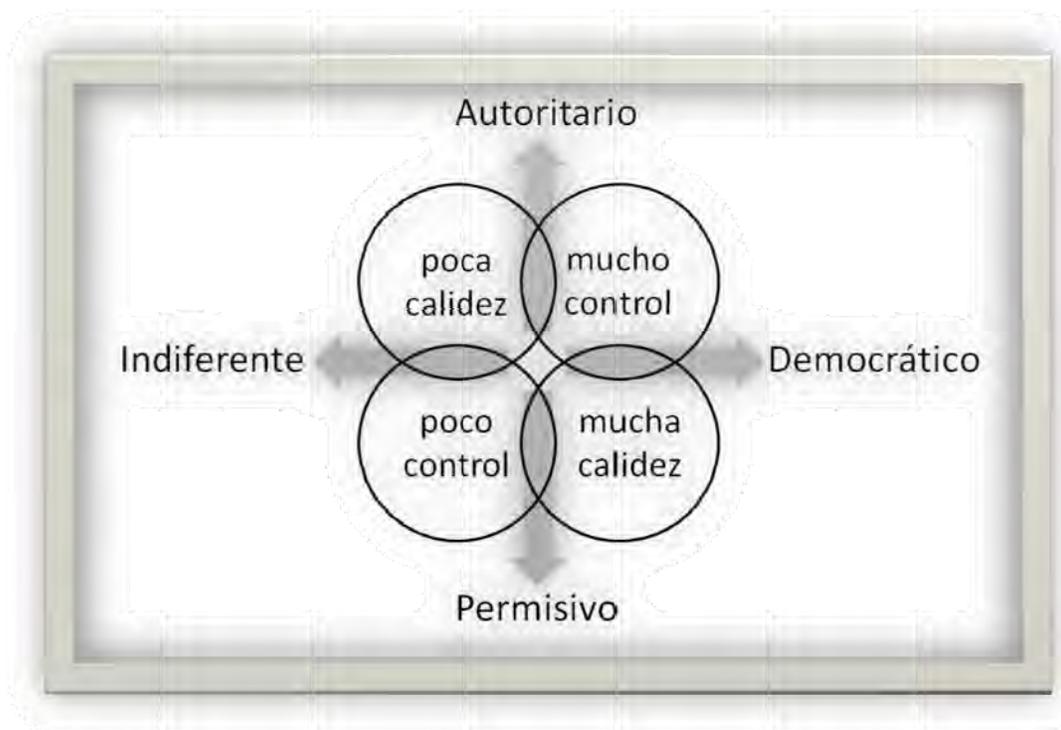
Se encuentran en algún punto entre la permisividad y el control autoritario. Aplica un control firme pero esta abierto al análisis razonado de normas y expectativas, valora la obediencia pero trata de fomentar la independencia, las normas provienen más de la razón (Lefrancois, 2001).

d) *Padres hostiles o indiferentes*

Estos padres no comprenden a sus hijos ni les exigen nada, no controlan las actividades del niño, no les brindan apoyo, suelen dar poca estructura para comprender las reglas sociales, pueden rechazar activamente o ignorar las

responsabilidades de crianza. La permisividad está acompañada de mucha hostilidad, el niño se siente libre, “da rienda suelta” a sus impulsos. No hay límites y existe falta de afecto, los padres se concentran en las tensiones de su propia vida y no les queda energía para sus hijos (Craig, 2001).

En la figura No. 1 muestra un diagrama que simplifica los componentes que determinan cada uno de los estilos de crianza descritos anteriormente.



**Figura 1.** Estilos de paternidad

### 3.3. LIMITES Y REGLAS.

Los niños necesitan ser guiados por los adultos para que aprendan como realizar lo que desean de la manera más adecuada, por lo tanto resulta fundamental establecer reglas para fortalecer conductas y lograr su crecimiento personal. La disciplina no es solo una palabra, una técnica o un conjunto de reglas, depende en gran medida de las habilidades y las conductas de los adultos, como también de la capacidad para combinar el afecto y el control, la buena disciplina no es solamente castigar o lograr que las reglas se cumplan.

Se les llama límites a las reglas que definen quienes participan en la familia y de qué manera deben o tienen que hacerlo. Un límite define hasta dónde puede llegar un niño en su comportamiento. Desde la perspectiva de la educación, la labor de poner límites está basada en una filosofía en la cual los adultos tratan de crear un ambiente propicio para que los menores se desarrollen. Los límites se fijan de manera que no afecten el respeto y la autoestima del niño, se trata de poner límites sin que el niño se sienta humillado, ridiculizado o ignorado; deben de ser claros y definirse con suficiente precisión, y evitar los extremos, es decir "límites difusos" por un lado, y "límites rígidos", por el otro (Verduzco & Murow, 2001).

Satir (2002), define las reglas como una guía o regulación establecida para cualquier acción, conducta, método o disposición; son el conjunto de leyes con el que se va construyendo el sistema familiar. Las reglas son acuerdos que prescriben o limitan los comportamientos individuales en una amplia gama de áreas comportamentales, organizando su interacción en un sistema razonablemente estable.

Cusinato (1992) plantea que las reglas pueden ser de tres tipos:

1. Reglas reconocidas.- Son las que se establecen explícitamente, de manera directa y abierta. Comprenden acuerdos en distintas áreas, como normas de convivencia, asignación de tareas, responsabilidad de ciertos papeles, expresión de necesidades personales, etc.
2. Reglas implícitas.- Estas reglas constituyen funcionamientos sobreentendidos acerca de los cuales, la familia no tiene necesidad de hablar de modo explícito. Se dan en la dinámica de la familia, aunque no se han verbalizado.
3. Reglas secretas.- Son modos de obrar, con los que un miembro de la familia, por ejemplo, bloquea las acciones de otro miembro; son actos

que tienden a desencadenar actitudes deseadas por quien manipula la conducta que los provoca.

Cary (1999), propone una serie de consejos básicos para lograr una adecuada implementación de reglas por parte de los padres y el cumplimiento por parte de los hijos:

- ❖ *Ser objetivos.* Los padres suelen tener expresiones como "Pórtate bien", "Sé bueno", o "No hagas eso", estas expresiones significan diferentes cosas para |cada persona, los niños entenderán mejor si las normas se hacen de una forma más específica y decir exactamente lo que se debe hacer. Por ejemplo: "Habla bajito en una biblioteca "; "Da de comer al perro ahora": "Agarra mi mano para cruzar la calle".
- ❖ *Ofrecer opciones.* En muchos casos se puede dar a los niños una oportunidad limitada de decidir como cumplir las órdenes. La libertad de oportunidad hace que un niño sienta una sensación de poder y control, reduciendo las resistencias. Por ejemplo: "Es la hora del baño. ¿lo quieres tomar con la ducha o en la bañera llena?"; "Es la hora de vestirse. ¿quieres elegir un traje, o lo hago yo?"
- ❖ *Ser firmes.* En cuestiones realmente importantes, cuando existe una resistencia a la obediencia, es necesario aplicar el límite con firmeza. Un límite firme dice a un niño que debe parar con dicho comportamiento, por ejemplo: "Ve a tu habitación ahora" o "¡Para!, los juguetes no son para tirar". Los límites firmes son mejor aplicados con una voz segura, sin gritos, y una seria mirada en el rostro. Los límites más suaves suponen que el niño tiene una opción de obedecer o no, por ejemplo: "¿Porqué no llevas tus juguetes fuera de aquí?"; "¿A qué hora te apuras a hacer la tarea".
- ❖ *Enfatizar lo positivo.* Decirle a los niños que debe hacer "Habla bajo" antes de lo que no debe hacer "No grite", el decir "No", "Comportante"

o "Para" le dicen al niño que es inaceptable pero no explica qué comportamiento se quiere a cambio.

- ❖ *Mantenerse al margen.* Por ejemplo: "Quiero que te vayas a la cama ahora mismo", una buena estrategia es hacer constar la regla de una forma impersonal, "Son las 8, hora de acostarse", enseñándole el reloj. En este caso, algunos conflictos y sentimientos estarán entre el niño y el reloj.
- ❖ *Explicar el porqué.* Cuando una persona entiende el motivo de una regla, como una forma de prevenir situaciones peligrosas para sí mismo y para otros, se sentirá más animado a obedecerla. De este modo, lo mejor cuando se aplica un límite, es explicar al niño el porqué tiene que obedecer. La explicación debe darse en pocas palabras por ejemplo: "No muerdas a las personas, eso les hará daño".
- ❖ *Sugerir una alternativa.* Indicar una alternativa aceptable, por ejemplo "No te puedo dar un dulce antes de la cena, pero te puedo dar un chocolate después". Al ofrecerle al niño alternativas, le está enseñando que sus sentimientos y deseos son aceptables.
- ❖ *Desaprobar la conducta, no al niño.* Es necesario que dejar claro que la desaprobación está relacionada con el comportamiento del niño y no directamente con ellos. Por ejemplo: en lugar de decir "Niño malo" (desaprobación del niño) se puede decir "No muerdas" (desaprobación de la conducta).

Para lograr el cumplimiento de las reglas es importante desarrollar consecuencias, estas tienen el propósito de guiar o de enseñar, deben relacionarse con el comportamiento del niño y algo que se pueda cumplir. Las amenazas no funcionan para lograr el cumplimiento de las reglas, ya que tienen el propósito de asustar o avergonzar al niño, con la amenaza lo que se logra es lastimar o castigar afectando la autoestima del niño.

Las reglas y límites deben adaptarse a la edad y personalidad del niño, aunque los niños son diferentes unos con otros, algunos comportamientos son comunes en cierta edad. Deben de ser claras, sencillas y fáciles de entender, es importante evitar hacer muchas reglas ya que no serán respetadas y los niños se sentirán confundidos (Crary, 1999).

### 3.4 PADRES DE HIJOS CON TDAH

Como se mencionó en el capítulo anterior, existen muchas técnicas que se pueden emplear para ayudar a los niños con TDAH a mejorar su comportamiento; sin embargo, muchas de ellas requieren de esfuerzo, dedicación, constancia y un nivel de motivación por parte de sus padres para poder llevarlas a la práctica. Los niños con TDAH necesitan padres dispuestos a brindar un poco más de atención, ayuda y paciencia en comparación con los padres que no lo tienen.

El doctor Drew Edwards (1999, citado en Mendoza, 2003) propone algunas técnicas que resultan efectivas para la preparación de los padres en el manejo de conductas disruptivas, las cuales se detallan a continuación.

#### I. *Practicar la modificación de la conducta.*

Con frecuencia los padres desarrollan malos hábitos para enfrentar problemas de conducta de sus hijos y resultan difíciles de romper, sin embargo al llevar a la práctica las técnicas conductuales descritas con anterioridad, los padres pueden desarrollar hábitos más efectivos, pero para que funcionen deben de establecer un compromiso personal para que se lleven a la práctica. Al hacer público a los otros miembros de la familia el compromiso, suele ser más efectivo que el mantenerlo en privado, pues los integrantes de la familia pueden ayudar ejerciendo una presión positiva, además de que al mismo tiempo se enseña a los hijos que los padres están tratando también de mejorar algunas conductas.

## *II. Manejar el estrés.*

En ocasiones los esfuerzos que hacen los padres se encuentran limitados por el estrés, ocasionando que los padres reaccionen de manera irritable, impulsiva y poco tolerante. Para poder enfrentar las presiones de la vida cotidiana es aconsejable que los padres aprendan a manejar el estrés utilizando técnicas de relajación.

## *III. Autoplática positiva*

La autoplática, también llamada diálogo interno, es efectiva para controlar las emociones. Muy a menudo, cuando una persona está enojada, tiene un diálogo interno que no es positivo sino que intensifica el sentimiento, por lo que el enojo ayuda poco a la situación, cuando la intensidad emocional paterna se combina con el TDAH las cosas tienden a agravarse. Mantener el control emocional, no es mantenerse pasivo, ni evitar actuar para enfrentar los problemas cuando están ocurriendo, es mantener el control para brindar una acción efectiva; si las emociones negativas están fuera de control, las acciones serán asimismo irracionales.

## *IV. Imágenes mentales*

Esta técnica consiste en anticiparse mentalmente e imaginar lo que sucederá ante una situación, lo que ayudará a mantener a los padres bajo control cuando se enfrenten a la realidad. Es decir, si mentalmente los padres se forman una idea del comportamiento de su hijo ante una situación o idean de antemano la forma de encararla, es probable que al enfrentarse a la realidad y al presentarse las conductas previstas no deseadas, los padres podrán manejar la situación con más facilidad, pues contarán con una serie de estrategias ensayadas mentalmente para hacer frente al momento sin perder el control.

Por otra parte al llevar a la práctica la autoplática positiva y la imaginación de tiempos agradables con los niños, por más difícil que resulte la conducta del

niño, siempre habrá algún momento agradable que evocar en las imágenes, tendrá como resultado una actitud positiva de los padres y al mismo tiempo motivará esa misma actitud a los hijos.

#### *V. Estallidos de cólera.*

En ocasiones la conducta de los niños es reiteradamente negativa o desafiante y resulta difícil para los padres mantener el control emocional para corregirlos de manera objetiva y racional. Ante esta situación es aconsejable evitar perder el control frente a los niños y es conveniente que los padres se retiren por un momento, practiquen técnicas de relajación y una vez tranquilos regresen a enfrentar el problema objetiva y racionalmente.

#### *VI. No pelear*

Al convivir con un niño con TDAH puede haber una gran cantidad de conductas que no le agraden a los padres, sin embargo si se discute con el niño o lo regañan en exceso, él terminara por ignorar a los padres. Ante esta situación es importante que los padres seleccionen cuidadosamente las conductas que son realmente disfuncionales o intolerables en el niño, y que gasten sus energías en modificarlas.

#### *VII. Informarse*

Es de suma importancia que los padres se informen sobre el tema del TDAH y el desarrollo de su hijo, ya que les permitirá formarse expectativas acordes con la edad cronológica de su hijo, con esto se pretende que los padres eviten presionar demasiado a los niños , o bien llegar al otro extremo en el que no se le exige.

#### *VIII. Darse un descanso*

Las conductas que presenta un niño con TDAH en ocasiones no resultan fáciles de controlar por lo que los padres se sienten agotados y piensan en

abandonar todos los esfuerzos y avances hasta el momento logrados, ante esta situación es aconsejable que los padres se dediquen un tiempo de esparcimiento en pareja y/o por separado, con la finalidad de relajarse y olvidarse por un momento de los problemas cotidianos que enfrentan como familia.

Como se observó existen varias técnicas o recomendaciones que los padres pueden hacer para ayudarse a sí mismos con el fin de intervenir más efectivamente con su hijo con TDAH. Entender más los problemas de su hijo, mantener una actitud positiva y serena, establecer prioridades y corregir algunos de sus propios hábitos, constituyen un gran avance en el largo camino de la formación de los padres en su esfuerzo por disciplinar a estos niños.

## CAPITULO 4

### HOSPITAL PSIQUIATRICO INFANTIL “DR. JUAN N. NAVARRO”

El Hospital Psiquiátrico Infantil es una institución única en su género, otorga atención primaria (promoción de salud mental e identificación temprana), secundaria (diagnostico y tratamiento oportuno) y terciaria (rehabilitación), la cual se proporciona de forma continua e integral.

La **MISIÓN** del Hospital es la de ofrecer a la población infantil con trastornos mentales, servicios de atención médico-psiquiátrica especializada, con el más alto sentido humano en un marco de respeto y dignidad de los pacientes de nuestro país. Buscando siempre una operación eficiente, orientada hacia la satisfacción de las expectativas de los trabajadores y el cumplimiento de los compromisos contraídos con la propia población usuaria de los servicios, y autoridades inmediatas y superiores.

Su **VISIÓN** es obtener el reconocimiento nacional e internacional por la eficacia en el tratamiento médico, la rehabilitación y la reinserción familiar, escolar y social de los niños con trastornos mentales; que en nuestros días sigue siendo una de las poblaciones más desprotegidas. Todo ello con la realización de investigaciones en las diferentes áreas; clínica, farmacología, epidemiológica, y administrativa cuyo conocimiento sea aplicable tanto a la formación del talento humano como a la mejora.

Los valores que rigen la vida del Hospital Psiquiátrico Infantil son:

- ❖ Profesionalismo
- ❖ Honradez
- ❖ Solidaridad
- ❖ Dedicación
- ❖ Perseverancia

#### 4.1 MARCO HISTÓRICO

En México la iniciación de las actividades médicas y por ende la atención de los problemas psiquiátricos, se inició en la época virreinal (1521-1821) ya que en los años anteriores el país estuvo envuelto entre guerras y conquistas.

Bernardino Álvarez, fue un soldado español nacido cerca de Sevilla. Llegó a la Nueva España en 1534 cuando tenía 20 años con el ánimo de probar fortuna, tras participar en la guerra contra los indios nómadas del norte de México, fue condenado, pero logró escapar de la cárcel y temeroso de la suerte que le esperaba en el más allá decidió ayudar como enfermero en el Hospital del Marqués del Valle en la ciudad de México, el 28 de enero de 1567 fundó un hospital con el apoyo del Ayuntamiento y del Arzobispado al que llamó "Hospital de San Hipólito" de convalecientes y desamparados para recibir a los más desprotegidos según su propia experiencia: los convalecientes, los ancianos y los locos. Con el tiempo Bernardino Álvarez levantó una red hospitalaria que unió el Atlántico con el Pacífico a través de siete hospitales repartidos en las principales ciudades del camino México-Veracruz y México Acapulco, los dos puertos de entrada a la Nueva España, y sentó las bases para la constitución de la orden de los Hipólitos (Sacristán, 2005).

Otro hospital que también ha sido objeto de atención, fue concebido en 1687 por un carpintero de nombre José Sayago quien acogió en su casa a una prima de su esposa al parecer "demente", hecho que despertó en él cierta sensibilidad motivándolo a recoger a cuantas mujeres, en apariencia "locas", encontró deambulando por las calles. Cuando su casa ya no le permitió seguir albergando a más, obtuvo el patrocinio del arzobispo de México para empezar a construir un hospital, el cual quedó a cargo de la Congregación del Divino Salvador fundada por los jesuitas, de ahí que se le conociera con el nombre de "Hospital del Divino Salvador". Ambos hospitales no fueron cerrados sino hasta 1910 cuando se inauguró el manicomio de "La Castañeda" (Sacristán, 2005).

A principios de siglo XX al parecer las autoridades comenzaron su interés para atender los problemas de salud mental, debido a que existía el rumor de que se construiría un nuevo y moderno manicomio, idea del Ingeniero Porfirio Díaz (hijo). En 1910 en la ciudad de México se inaugura por el presidente de la republica Porfirio Díaz el Manicomio General, como un acto para conmemorar el centenario de la independencia del país. El Manicomio contaba con una extensión de 74 mil 400 metros cuadrados con capacidad para mil 200 internos, ubicado en los terrenos de la antigua hacienda “La Castañeda”, localizada muy cerca del entonces pueblo de Mixcoac, lo que ocasionó que fuera conocido con ese nombre. El doctor José Meza Gutiérrez fue el primer director del Manicomio de la Castañeda (Calderón, 1996).



**Figura 2.** Fachada Manicomio “La Castañeda” (Fototeca Nacional, INAH)

Al parecer cuando el paciente ingresaba al Manicomio, el psiquiatra en turno registraba, además de los datos personales, la forma de hablar, los gestos, los movimientos exagerados y los motivos que habían generado la solicitud del encierro. Al final se diagnosticaba alguna de las afecciones propias de la época. Las más recurrentes eran: epilepsia, psicosis maniaco depresiva, parálisis general progresiva (fase final de la sífilis), paranoia, histeria, demencia precoz (que a partir

de 1920 en México se le llamó esquizofrenia), demencia senil, imbecilidad, idiotismo, alcoholismo, cocainomanía y heroínomanía. Al parecer los pabellones más grandes era el de los alcohólicos (Ríos, 2004).

El manicomio estaba conformado por 23 pabellones donde fueron repartidos los internos de acuerdo a una clasificación efectuada bajo los criterios de la psiquiatría moderna. La distribución se efectuó de la siguiente forma: Enfermos (3.2%), quienes llegaban en avanzado estado de gravedad; Imbéciles (8.6%); Tranquilos A (15.1%) y Tranquilas A (24.2%) albergaban a los indigentes; en Tranquilos B (6.4%) y Tranquilas B (9.2%) estaban quienes pagaban una mensualidad para recibir mejores atenciones; Epilépticos (9.7%), Epilépticas (14.5%) y Peligrosos (9.1%). Sobre este último pabellón hay ciertos aspectos a resaltar ya que 7 de los 9 hombres pacientes:

- 1) Llegaban en condición de reos y habían sido condenados a un tiempo de prisión, pero por su conducta anormal fueron llevados al manicomio. Si no lograban curarse podían seguir internos incluso después de haber cumplido el tiempo de condena.
- 2) Fueron enviado directamente por el gobernador de algún Estado o por jueces que solían obviar los conceptos de los médicos; prolongando el periodo de encierro hasta que la autoridad remitente lo considerara necesario, pese a que el psiquiatra opinara que el paciente era apto para vivir fuera del manicomio.
- 3) Y los que eran de conducta violenta (Ríos, 2004).

El doctor Samuel Ramírez Moreno fue un eminente psiquiatra de esa época, en 1922 con apoyo del doctor Manuel Sunderland, director del Manicomio la Castañeda en ese entonces, integro un pabellón de Neurosífilis en el nosocomio.

Durante la existencia del Manicomio General de México “La Castañeda” surge de la necesidad de dar a los niños con trastornos mentales una atención diferente que a la de los adultos, es entonces cuando un grupo de médicos

encabezados por la Dra. Matilde Rodríguez Cabo, dan inicio a la lucha por la reforma integral del nosocomio, creando un pabellón exclusivamente para niños. En 1964 se derivo el plan “Operación Castañeda”, con la finalidad de sustituir el antiguo Manicomio por cinco unidades hospitalarias y un albergue en donde fueron trasladados más de 2000 pacientes. El 24 de octubre del 1966 es inaugurado el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” para ofrecer atención a la población infantil y adolescente (SAP, 2007).

Entre 1960 y 1970 México vivió el cierre de un ciclo y el inicio de otro en materia de asistencia a los enfermos mentales, pues entre esos años el Estado creó una red de once hospitales a lo largo del país, con el fin de clausurar el viejo manicomio capitalino “La Castañeda”, que durante su larga existencia albergó a 60.000 pacientes, entre hombres, mujeres y niños (Rios, 2004).

En 1968 se clausura de manera definitiva y comienza el traslado de sus internos agudos a hospitales medicalizados bajo terapias farmacológicas, los considerados crónicos fueron enviados a Granjas hospitales basadas en la terapéutica por medio del trabajo, fue visto por sus protagonistas como el fin de la psiquiatría que depositaba la curación del paciente en el aislamiento, y el inicio de otra, la psiquiatría de hospital (Ríos, 2004).

En la actualidad los Servicios de Atención Psiquiátrica es un Órgano Administrativo Desconcentrado que pertenece a la Subsecretaria de Innovación y Calidad de la Secretaria de Salud, entre sus funciones se encuentran, el formular programas, supervisar y evaluar los servicios especializados en salud mental, así como el de coordinar operativa y administrativamente a tres hospitales psiquiátricos (“Fray Bernardino Álvarez”, “Dr. Juan N. Navarro” y “Dr. Samuel Ramírez Moreno”) y tres Centros Comunitarios de Salud Mental (“Iztapalapa”, “Zacatenco” y “Cuauhtémoc”).

En su inicio el Hospital Psiquiátrico Infantil tenía una capacidad de 220 camas, fue diseñado con un área de consulta externa y un área de hospitalización. El área de hospitalización contó en un inicio con cuatro pabellones:

- ✓ Pabellón A: atendía a mujeres con trastornos mentales crónicos.
- ✓ Pabellón B: atendía a varones con trastornos mentales crónicos
- ✓ Pabellón C: atendía a varones con trastornos mentales agudos.
- ✓ Pabellón D: atendía a mujeres con trastornos mentales agudos.

El pabellón A cambió a Hospital de día, en el cual los pacientes ingresaban por la mañana y egresaban por la tarde, las pacientes con trastornos crónicos fueron trasladadas al pabellón D, junto con las pacientes con padecimientos agudos.

Los pacientes crónicos del pabellón B fueron trasladados en su mayoría a un hospital granja y a un orfanato, ya que se trataban de pacientes que fueron abandonados por sus familiares cuando aun existía “La Castañeda”.

En 1990 aproximadamente, separan a las adolescentes con trastornos mentales agudos, quedando en el pabellón D, conocido ahora como la Unidad de Adolescentes Mujeres (UAM). Reúnen a las pacientes mujeres y varones con padecimientos crónicos en lo que ahora se conoce como la Unidad de Cuidados Prolongados (UCP), en este pabellón se encuentran 15 pacientes que presentan como principal diagnóstico Retraso Mental Grave o Profundo, de los cuales algunos llevan dentro de la institución más de 30 años debido a que fueron abandonados por familiares, actualmente los pacientes con estos diagnósticos ya no son hospitalizados con la finalidad de evitar abandonos, salvo casos en donde el paciente se encuentre en alto riesgo.

El pabellón C continúa atendiendo a varones con trastornos mentales agudos y a partir de la creación de PAIDEIA (Programa de atención Integral para adolescentes con trastornos provocado por uso de sustancias adictivas) , en el año de 1994, se amplió su planta física para operar un programa de atención médica integral para adolescentes con trastornos provocados por el uso de sustancias adictivas, el cual opera hasta la fecha; quedando la Unidad de Adolescentes Varones (UAV) y PAIDEIA separados físicamente en dos edificios

distintos. Funcionando la unidad de adolescentes varones como tal a partir de 1992, para la atención de pacientes de sexo masculino menores de 18 años.

A partir de 1994 los pabellones quedan distribuidos de la siguiente manera:

- Unidad de Adolescentes Mujeres (UAM)
- Unidad de Adolescentes Varones (UAV)
- PAIDEIA
- Unidad de Pacientes Crónicos (UCP)

En cuanto al área de consulta externa se inició con una consulta general, sin embargo al pasar el tiempo se vio la necesidad de integrar 7 clínicas para trastornos específicos en base a la población que demandaba atención con un alto grado de subespecialización:

- Clínica del Desarrollo: Atiende a población menor de 18 años con alteraciones del desarrollo (retraso mental y niños con alto riesgo)
- Clínica de las Emociones: Atiende a menores entre los 6 y 12 años, con trastornos del humor como: ansiedad, depresión, fobias o reacciones de adaptación.
- Clínica de los Trastornos de la Conducta: Atiende a menores entre los 6 y 12 años, que presentan trastornos específicos del desarrollo, trastornos hipercinéticos, trastornos del comportamiento social y trastorno disocial.
- Clínica de PAINAVAS (Programa de Atención a Víctimas de Abuso Sexual): Atiende a niños, adolescentes y sus familiares con problemas secundarios al abuso sexual.
- Clínica de Adolescencia: Atiende a menores entre 12 y 17 años, que presentan padecimientos diagnosticados en la adolescencia o en etapas más tempranas como son: Trastornos de ansiedad, depresivos o de la conducta alimentaria, es decir, los pacientes que fueron atendidos en las clínicas de las emociones y conducta al cumplir los 12 años son canalizados a esta clínica
- Psiquiatría Legal: Atiende a menores de edad que son referidos de juzgados para realizar peritajes psicológicos o psiquiátricos.

- Hospital de Día: Atiende a niños con trastornos generalizados del desarrollo, como el autismo.

## 4.2 ORGANIGRAMA

El Hospital consta de tres subdirecciones:

- Administrativa: encargada de coordinar las necesidades en cuanto a recursos humanos y materiales.
- Hospitalaria: responsable de coordinar y supervisar la atención de los usuarios que son internados en los cuatro pabellones existentes.
- Servicios Ambulatorios: supervisa la atención de usuarios que acuden de forma periódica a sus consultas con algún especialista, así mismo coordina al personal encargado de brindar estos servicios.

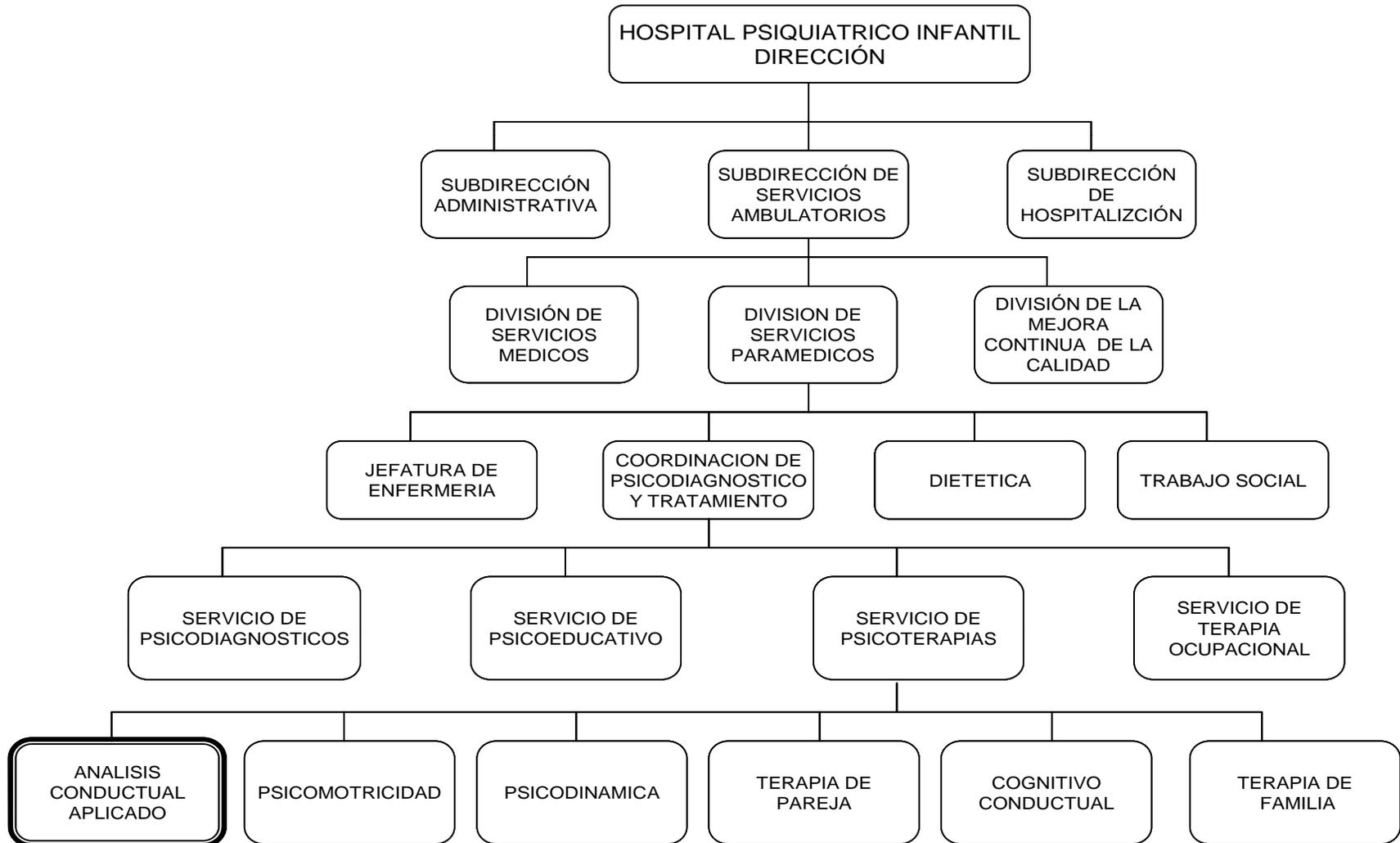
Dentro de la Subdirección de Servicios Ambulatorios se encuentra la División de Servicios Paramédicos a la cual pertenece la Coordinación de Psicodiagnóstico y Tratamientos y tiene a su cargo el trabajo de todas las áreas de la psicología de la institución:

- Psicodiagnóstico; se realizan diagnósticos por medio de valoraciones de desarrollo, procesos cognoscitivos, proyectivas y de observación en juego, y en caso de que una instancia jurídica lo requiera se realizan peritajes.
- Psicoeducativo; se divide en bloques de; educación preescolar, escolar y adolescentes, educación especial, terapia de lenguaje, neuropsicología y educación física.
- Psicoterapia; está conformada por los bloques de terapia psicodinámica, familiar, de pareja, cognitivo conductual, análisis conductual aplicado y psicomotricidad.
- Inserción social; en esta área se atienden exclusivamente a pacientes que se encuentran hospitalizados, cuenta con diversos talleres y terapia ocupacional.

La plantilla del Hospital está conformada por 480 trabajadores especializados en diferentes áreas con la finalidad de proporcionar a los usuarios un tratamiento multidisciplinario:

- ❖ 145 Enfermeras con diferentes especialidades
- ❖ 124 Administrativos
- ❖ 58 Psicólogos
- ❖ 24 Paidopsiquiatras
- ❖ 24 Afanadores
- ❖ 17 Trabajadores de mantenimiento
- ❖ 16 Trabajadores Sociales
- ❖ 11 Cocineros y ayudantes de cocina
- ❖ 9 Rehabilitadores físicos y ocupacionales
- ❖ 9 Chóferes
- ❖ 9 Lavaderos
- ❖ 6 Almacenistas
- ❖ 5 Odontólogos
- ❖ 4 Laboratoristas
- ❖ 3 Farmacólogos
- ❖ 3 Terapeutas de lenguaje
- ❖ 3 Pediatras
- ❖ 2 Neuropediatras
- ❖ 2 Técnicos en electroencefalografía
- ❖ 2 Dietistas
- ❖ 2 Técnicos en radiología
- ❖ 1 Ortopedistas
- ❖ 1 Nutrióloga.

Además de este personal hay que sumar a los altos mandos como director, subdirectores, jefes de división y de servicio. En la figura 3 se muestra el organigrama del Hospital, enfatizando el área de psicología.



**Figura 3.** Organigrama del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro"

### 4.3 FORMAS DE INGRESO

Es importante mencionar que más del 50% de los infantes son referidos por las escuelas, ya que es en éste lugar en donde los profesores se percatan de que los niños presentan dificultades para relacionarse con sus compañeros, son impulsivos, intrusivos, no logran concentrarse, concluir trabajos, etc.; en casa muchas veces son vistos o considerados como niños “inquietos” o “latosos”, pero cuando las conductas llegan a ser incontrolables o ponen en riesgo la integridad del niño, es entonces cuando los padres buscan ayuda de un profesionista, por lo tanto se puede decir que un 10% de los ingresos del hospital son referidos por un médico general, un 20% por otra institución de salud y el resto por iniciativa propia.

Los medios de comunicación (programas televisivos, entrevistas radiofónicas, internet, periódico, etc.) están sumamente involucrados en la difusión de la institución, ya que gracias a estos, los padres se percatan de que su hijo puede tener algún trastorno y que puede ser tratado. Otro medio importante son los familiares, vecinos o conocidos que han tratado a un niño o conocen a uno que ha sido tratado en el Hospital.

A continuación se describen los procedimientos a seguir para el ingreso de pacientes al Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” finalizando en el proceso de ingreso a terapia del Bloque de Análisis Conductual Aplicado, es importante mencionar que dentro de este apartado se mencionan varios formatos, sin embargo por cuestiones de política de la Institución y por los trámites administrativos que se requieren para permitir la publicación de los mismos, se decide no anexarlos en este trabajo. El procedimiento a seguir para que los niños sean atendidos por primera vez en el Hospital es el siguiente:

1. Se presenta el menor acompañado de una persona responsable de él a las 7:00 hrs, ya que a partir de este horario se hace entrega de las fichas.

2. Acudir al área de Urgencias con copia de acta de nacimiento del niño, comprobante de domicilio, credencial de elector del responsable y en caso de que sea referido por la escuela presentar el oficio u hoja de referencias de otra institución de salud, en esa misma área se realiza la recepción de la documentación y se entrega a los padres la orden de pago de consulta de Urgencias.
3. Acudir a la caja a realizar el pago correspondiente, el costo es el mismo para todos los niños que acuden por primera vez.
4. Pasar a enfermería para la toma de signos vitales (talla, peso, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y presión arterial)
5. Esperar su turno para ingresar a consulta.
6. En consulta el médico Paidopsiquiatra llena Hoja Frontal y Nota Inicial.
7. El médico pide a los padres o responsables del niño firmen la Hoja de Consentimiento Informado, en la cual ellos han sido enterados acerca del probable diagnóstico, pronóstico y tratamiento farmacológico, así mismo se les ha explicado los motivos por los cuales se decide preinscribir medicamento, las indicaciones, efectos adversos, etc. Se hace entrega de la Guía de los Derechos Humanos de los Pacientes.
8. En base al posible diagnóstico él Paidopsiquiatra lo canaliza a la clínica de subespecialización correspondiente.
9. Acudir a Consulta Externa a solicitar cita en la clínica a la que fue referido, el tiempo de espera puede variar de 1 día hasta 15 días, dependiendo de las citas programadas con anterioridad, en ocasiones el niño puede ser atendido el mismo día.

Cuando se presenta a la cita de primera vez en la Clínica de subespecialización se siguen los siguientes pasos:

1. Acudir al área de Trabajo Social para realizar Estudio Socioeconómico Inicial, se otorga número de expediente y carnet de citas. Al mismo

tiempo se otorga el nivel socioeconómico (A, B, C, D ó E) para efectuar pagos subsecuentes, del nivel dependerá el costo de las próximas citas, ahora el costo dependerá del servicio al que acuda, ya que no es el mismo costo una consulta en odontología que una de psicología.

2. Pasar a la caja para realizar el pago de su consulta.
3. Reportar en la recepción de Consulta Externa su presencia y esperar su turno para ingresar a consulta.
4. Dentro de la consulta el médico realiza la Historia Clínica.

En esta cita el médico determina si se continua con el mismo tratamiento farmacológico, que se preinscribió en la cita de Urgencias; en caso de ser necesario realiza la referencia para que el niño sea atendido por los demás especialistas, solicita la realización de estudios de laboratorio y de electroencefalograma.

Para brindar cualquier servicio dentro de la Coordinación de Psicodiagnóstico y Tratamientos el usuario debe de ser enviado por el Paidopsiquiatra tratante, como se mencionó anteriormente el médico envía con el paciente una Hoja de Referencia interna en la que indica el área y bloque al que se canaliza y el motivo de referencia.

El procedimiento a seguir para que se otorgue cita en el Área de Psicoterapia es el siguiente:

1. Acudir al Área de Psicoterapias en la cual se tiene un control de la referencias con la finalidad de conocer la demanda de cada uno de los Bloques.
2. Entregar a la coordinación de Psicoterapias la hojas de referencia, a la cual se le otorga un folio.
3. En la hoja de referencia se anota el folio y el nombre del Psicólogo que atenderá al menor.
4. Se regresa la hoja a los padres y se les informa quién los atenderá y en dónde localizar al Psicólogo.

5. Acudir al consultorio del Psicólogo para que éste le otorgue cita de primera vez, cabe mencionar que dependiendo de la disponibilidad de lugares la cita puede tardar de una semana a un mes aproximadamente.

Dentro del bloque de Análisis Conductual Aplicado se atienden menores de 3 a 16 años diagnosticados con Retraso mental leve, moderado y grave, Autismo infantil, Autismo atípico, Trastorno específico del desarrollo mixto, Trastorno disocial desafiante y oposicionista, Síndrome de Asperger y Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

Para iniciar tratamiento en el Bloque antes mencionado, es necesario realizar una entrevista estructurada (Anexo 1) y una valoración conductual, la primera consiste en una entrevista con los padres, en una sesión, que permite detectar el motivo de referencia, se obtiene información referente a la naturaleza del problema, frecuencia, intensidad, duración de conductas y un análisis funcional en el que se identifican los antecedentes y consecuentes de la conducta; la segunda es una valoración observacional con una duración de dos o tres citas semanales.

En ambas se evalúan los siguientes repertorios:

- Conductas básicas: este tipo de conductas son la base para la adquisición de otras conductas más complejas. atención, imitación motora y seguimiento de instrucciones.
- Habilidades sociales y de adaptación: son aquellas que le van a permitir al niño la interacción con los demás.
- Habilidades académicas: son aquellas conductas consideradas como prerrequisito para la conducta académica como: el atender al maestro, seguir instrucciones, levantar la mano para hablar, estar sentado en la banca, etc.
- Conductas problemáticas: son conductas que interfieren con el proceso de socialización del niño como agresividad, hiperactividad, berrinches,

molestar o interrumpir a otros, autodestrucción.

- Repertorios básicos: adquisición del autocuidado (vestirse, bañarse, lavarse las manos, utilizar utensilios para comer, etc.) y control de esfínteres.

Es importante mencionar que la intervención a menudo depende de las conductas que los padres reportan, ya que estas se presentan en la sociedad o grupo en el que se desarrolle el niño, en otras depende de las conductas observadas en la valoración, ó bien, de ambos. Antes de ingresar al menor a una modalidad terapéutica es importante señalar que el psicólogo debe establecer los objetivos terapéuticos que pretende alcanzar con la intervención ya sea a corto o largo plazo y enlistar el orden de prioridades.

Los objetivos están enfocados en la adquisición o incremento de comportamientos adaptativos y a la extinción o disminución de aquellos que no lo son. Se entiende como comportamientos adaptativos aquellos que le van a permitir al niño integrarse a ciertos grupos sociales, ya sea en el ámbito educativo, social, afectivo o emocional. Estos comportamientos se regulan de acuerdo a las reglas tanto implícitas como explícitas que marca la sociedad como buenos o malos.

Posterior a la entrevista inicial y a la valoración se determina el tipo de intervención que se llevará a cabo en el bloque de Análisis Conductual Aplicado se trabaja con 4 modalidades que son:

- Intervención Individual: se da cuando el paciente presenta conductas disruptivas, que impiden el manejo del menor, dentro de un grupo conductual.
- Intervención grupal: cuando el paciente requiera de habilidades sociales, que le impidan interactuar con sus iguales de forma adecuada.
- Orientación: es brindar orientación a los padres acerca del manejo en general del menor, así como para la aplicación de técnicas

conductuales adecuadas, promoviendo conductas adaptativas que permitan el decremento de las conductas disruptivas. Se brinda orientación cuando el niño, presenta conductas disruptivas sólo en casa y esto se deba al mal manejo de los padres, a demás se brinda orientación conjunta a la intervención individual, grupal, y/o entrenamiento.

- Entrenamiento: este tipo de intervención se da cuando los padres no tienen un manejo adecuado con el menor aunque ya se le haya brindado orientación y le sea difícil la aplicación de técnicas, el entrenamiento se divide en 4 fases:
  - 1- Terapeuta – Paciente (T-P).- primero el terapeuta trabaja con el paciente hasta obtener un manejo con el menor, aplicando previamente las técnicas correspondientes para cada conducta.
  - 2- Terapeuta – Paciente - Madre (T-P-M).- en esta fase la madre del menor ingresa a las sesiones en la cuales el terapeuta trabaja con el menor y ella solo observa en qué momento se aplican la técnicas recibidas dentro de la orientación, cómo se le dan las indicaciones y cuál es el manejo en general, explicándole porqué se aplica en ese momento una técnica y no otra, durante 2 o 3 sesiones aproximadamente.
  - 3- Paciente – Madre – Terapeuta (P-M-T).- se integra a la madre poco a poco en las actividades escolares o con material didáctico (rompecabezas, ensamble de cubos, etc.) siendo al principio el terapeuta el modelo para que la madre finalmente tenga el manejo del menor.
  - 4- Paciente – Madre (P-M).- en esta fase el terapeuta solo observa el trabajo de la madre al realizar las actividades antes mencionadas con su hijo y se le brindan comentarios de lo que necesita afinar así como le recuerda detalles en la aplicación de técnicas y/o en la forma de dirigirse al menor.

## CAPITULO 5

### PROPUESTA

#### JUSTIFICACIÓN

En el ámbito familiar los padres buscan diferentes formas de relacionarse con sus hijos, sin embargo en los padres que tienen hijos con TDAH, además de buscar estrategias para una buena crianza se enfrentan a las características del trastorno, se ha observado que con frecuencia los padres que tienen hijos con TDAH se sienten decepcionados por no ser unos “buenos padres”, ya que las conductas que su hijo presentan se salen de su alcance y no logran controlarlas.

El entrenamiento pretende que los padres cuenten con estrategias adecuadas para el control de conductas disruptivas de su hijo, por lo que resulta evidente la necesidad de obtener conocimientos acerca de TDAH y tener herramientas para lograr un adecuado manejo del niño, y al mismo tiempo favorecer un desarrollo integral.

Se propone implementar el taller dentro del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, con la finalidad de que este se vea beneficiado en la pronta atención de los usuarios, ya que de esta manera se evitara la saturación del bloque de Análisis Conductual Aplicado.

Por lo tanto el *taller de entrenamiento para padres de niños preescolares con TDAH atendidos en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”* tiene el propósito de proporcionar a los padres los conocimientos necesarios para el cuidado y crianza de sus hijos con TDAH y a nivel institucional evitar listas de espera.

## **OBJETIVO GENERAL**

Proporcionar a los padres información sobre el TDAH y brindar estrategias para el manejo adecuado de problemas que surgen en la convivencia con su hijo y a su vez promuevan un adecuado funcionamiento en diversos ambientes, además de lograr que los padres disminuyan su ansiedad sobre el que hacer con su hijo que padece TDAH.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- ❖ Informar a los padres sobre el TDAH, sus características, los problemas asociados, así como las diferentes conductas que se presentan de acuerdo a la edad preescolar y escolar.
- ❖ Identificar, comprender y aceptar el diagnóstico de su hijo con la finalidad de buscar un mayor compromiso a los tratamientos.
- ❖ Orientar a los padres acerca del tratamiento del TDAH y sobre los aspectos a considerar en el tratamiento integral para obtener mejores resultados.
- ❖ Sensibilizar a los padres sobre el uso y efecto de psicofármacos dentro del tratamiento del TDAH en caso de requerirlo, al mismo tiempo evitar desinformación y con esto abandono del medicamento.
- ❖ Reconocer la importancia de adoptar límites y reglas claras con el niño para lograr mayor eficacia en el manejo de conductas esperadas en diversos ambientes
- ❖ Aprender técnicas de modificación de conducta e identificar cuales son las conductas que más causan problema a la familia y fomentar alternativas más adecuadas para la solución de problemas, evitando caer en agresión y violencia intrafamiliar.
- ❖ Recabar información para determinar si el niño es candidato para ingresar a una terapia conductual o bien si las conductas pueden mejorar promoviendo en los padres un adecuado manejo conductual y estableciendo límites y reglas.

## DESCRIPCIÓN DEL TALLER

*Población:* El taller está dirigido a padres con hijos en edad preescolar (3 a 6 años) diagnosticados con TDAH o que se tenga la sospecha de que lo padezca. Se sugiere que sean de 20 a 30 padres asistentes en total, tomando en cuenta a las parejas. Antes de que se incorpore a los padres al taller se deben de tomar en cuenta los siguientes criterios de inclusión:

1. Ser paciente del hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”
2. Que el niño haya sido enviado por el paidopsiquiatra al servicio de psicoterapias en específico al bloque de Análisis Conductual Aplicado.
3. Haber sido diagnosticado con TDAH o con probable TDAH.
4. Edad entre los 3 a 6 años.
5. Que los padres hayan acudido a la jefatura de psicoterapias y se les haya realizado entrevista filtro con el objetivo de detectar si es prioritario ingresar al niño a terapia conductual o incorporar a los padres a taller de entrenamiento.

*Escenario:* Se impartirá en el Aula de Psicología del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, cuenta con una dimensión de 4 por 5 metros, una capacidad máxima de 30 personas sentadas en sillas que pueden ser colocadas al gusto del expositor, ventilador, iluminación por medio de lámparas y tragaluz, pizarrón blanco y escritorio con silla.

Se propone que el taller conste de seis sesiones semanales de 2 horas con un horario de 8:00 a 10:00 hrs., se establece este horario para que los padres que trabajan puedan solicitar los permisos correspondientes a tiempo y no se vean afectados en su trabajo, ya que se les informará con ocho días mínimo de anticipación para evitar el ausentismo en el taller por este factor.

### *Materiales*

- ✓ Buzón o caja de plástico o cartón
- ✓ Carnet de citas del hijo de los padres acudirán al taller.
- ✓ Carteles

- ✓ Diurex
- ✓ Hojas blancas media carta para buzón
- ✓ Hojas blancas tamaño carta
- ✓ Lápices
- ✓ Pizarrón blanco
- ✓ Plumas
- ✓ Plumones para pizarrón
- ✓ Rotafolios
- ✓ Tarjetas de ejemplos de actividades cotidianas
- ✓ Tarjetas de participación.
- ✓ Lista de asistencia

### *Procedimiento*

Como se menciona en los criterios de inclusión, para incorporar a los padres al taller es necesario realizar una entrevista filtro al momento de entregar su hoja de referencia, con el objetivo de detectar el motivo de referencia y conocer si la principal prioridad es el entrenamiento de los padres. Cabe mencionar que las hojas de referencias son enviadas por el psiquiatra, especificando que el niño es enviado al bloque de Análisis Conductual Aplicado, este documento es utilizado dentro de la institución y llenado por los médicos, su finalidad es la de canalizar a los pacientes a una de las especialidades terapéuticas con las que cuenta el hospital, es importante mencionar que por fines de política de la institución no es posible anexar este documento. Estas hojas permitirán realizar una lista de asistencia que será utilizada durante las sesiones.

Debido a que el taller se impartirá en el Hospital cada sesión tendrá un costo, por lo que al inicio de cada una el instructor recibirá los carnets, recibos de pago y pasará lista con la finalidad de conocer cuantos padres acudieron, al finalizar se anotará en el carnet la hora y fecha de la próxima sesión.

En la primera sesión se entregará a los padres el *consentimiento informado* (Anexo 2) y lo firmarán, este documento tiene la finalidad de evitar el ausentismo

por parte de los asistentes, además se describe el objetivo general, los temas que se abordarán, los motivos que ameritarán la baja del taller y los pasos que se deberán de seguir en caso ser dados de baja. En esta sesión también se hará entrega del *cuestionario inicial para padres* (Anexo 3) que contiene preguntas que permitirán saber los conocimientos que tienen los padres referentes al TDAH, ambos formatos serán regresados al instructor.

En la última sesión los padres contestarán y devolverán al instructor el *cuestionario final para padres* (Anexo 6) que contiene preguntas que permitirán saber si los padres adquirieron o modificaron sus conocimientos sobre el TDAH.

Además de los formatos antes mencionados, durante las sesiones se utilizarán las *instrucciones de relajación progresiva* (Anexo 4), en donde se enlistan los pasos a seguir para llevar a cabo un ejercicio de relajación con los padres, además se utilizará un *registro de conductas disruptivas* (Anexo 5) que les permitirá a los padres realizarlo y al mismo tiempo identificar las conductas conflictivas que el niño realiza en los diferentes escenarios en el que se desenvuelve, tomando en cuenta el antecedente, consecuente, la frecuencia, duración e intensidad de cada conducta.

A continuación se muestra la carta descriptiva del taller.

## CARTA DESCRIPTIVA

<i>PRIMERA SESION ¿Qué es el TDAH?</i>			
<p><b>Objetivos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Conocer los síntomas, características y posibles factores del TDAH</li> <li>- Identificar como se diagnostica el TDAH.</li> </ul>			
<i>Actividad</i>	<i>Procedimiento</i>	<i>Materiales</i>	<i>Tiempo</i>
1. Presentación del taller	<p>El instructor se presenta y hará la presentación del taller mencionando el objetivo general, número de sesiones, temas que se abordarán en cada una de ellas, horarios y lugar en el que se llevarán a cabo.</p> <p>Se reparten plumas y hojas blancas a los asistentes, y se les invita a traer un cuaderno en las próximas sesiones para hacer sus anotaciones.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Plumaz</li> <li>✓ Hojas blancas</li> </ul>	5"
2. Consentimiento informado	<p>Entregar el consentimiento informado (Anexo 2), uno por niño.</p> <p>Solicitar a los padres que lo firmen y devolverlo al instructor.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Fotocopias de consentimiento informado</li> <li>✓ Plumaz</li> </ul>	15"
3. Dinámica para romper el hielo	<p>A continuación se pedirá a los padres se presenten, tomando en cuenta siguientes puntos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Decir nombre de los padres y del niño (solo nombres)</li> <li>- Comentar una expectativa que tienen del taller.</li> <li>- Mencionar el o los motivos que consideran que los condujo a estar dentro del taller.</li> </ul> <p>Se les anticipará que cuentan con 1" para hacerlo, en el caso de que acudan ambos padres, uno de ellos hará la presentación de ambos.</p>		25"
4. El buzón	<p>Hacer hincapié en que la participación de los asistentes es fundamental y enriquecedora para el taller. Para tal objetivo se llevara a cabo la dinámica del buzón la cual consiste en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Entregar al inicio de cada sesión unas hojas.</li> <li>- Durante el desarrollo del tema los asistentes escribirán las dudas que vayan surgiendo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Hojas de buzón</li> <li>✓ Plumaz</li> <li>✓ Buzón</li> </ul>	10"

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Las hojas serán depositadas en el buzón al final de las 4 primeras sesiones.</li> </ul> <p>En cada sesión se asignará un tiempo para resolver las preguntas, con la finalidad de retomar el tema visto en la sesión anterior, en dado caso que el tiempo no sea suficiente, las preguntas faltantes se retomaran en la quinta y sexta sesión.</p> <p>Aclarar que el buzón será de manera anónima ya que el objetivo principal de la dinámica es aclarar dudas y no evidenciar a los padres o a sus hijos.</p>		
5. Resolver cuestionario	Entregar cuestionario inicial y pedir lo resuelvan	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Cuestionario inicial</li> <li>✓ Plumaz</li> </ul>	15"
6. Desarrollo del tema	<p>Se expondrán los siguiente subtemas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Definición y síntomas del TDAH</li> <li>- Factores que pueden ocasionar el TDAH</li> <li>- Características del TDAH</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Pizarrón blanco</li> <li>✓ Plumones</li> <li>✓ Laminas</li> </ul>	40"
7. Cierre	<p>El instructor dará las gracias por la asistencia, reiterará la hora, fecha y lugar de la próxima sesión.</p> <p>Recordar a los padres depositar sus preguntas en el buzón, en caso de no haber utilizado las hojas devolverlas, para ser utilizadas en las próximas sesiones.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Buzón</li> </ul>	10"

**SEGUNDA SESION**  
*Tratamiento multimodal*

**Objetivos:**

- Identificar y reflexionar sobre la importancia de un tratamiento multimodal
- Sensibilizar a los padres sobre el pronóstico esperado de un niño con TDAH, cuando recibe atención oportuna y se lleva a cabo un tratamiento, y cuando no es atendido de manera adecuada.
- Identificar los efectos de los psicofármacos en el tratamiento del TDAH para evitar desinformación y abandono del medicamento.

<i>Actividad</i>	<i>Procedimiento</i>	<i>Materiales</i>	<i>Tiempo</i>
1. Bienvenida	Dar a los asistentes la bienvenida por acudir a la sesión y repartir hojas limpias para llevar a cabo la dinámica del buzón	✓ Hojas de buzón.	5"
2. Dinámica el buzón	Iniciar la sesión leyendo las preguntas que fueron depositadas en el buzón la sesión anterior y responderlas.	✓ Buzón ✓ Hojas depositas en el buzón	30"
3. Desarrollo del tema	Explicar en qué consiste el tratamiento multimodal, posteriormente dar énfasis en cada uno de los componentes: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Los fármacos, mencionando su importancia y función.</li> <li>- Terapia Psicológica, solo mencionando cuales son los aspectos que se trabajan en ella y sus modalidades.</li> <li>- Apoyo pedagógico, indicar cuál es su objetivo.</li> <li>- Orientación a maestros, referir de que manera los profesores o educadores pueden apoyar en el tratamiento, y sugerir estrategias de trabajo en el aula.</li> <li>- Entrenamiento a padres, enfatizar la importancia del taller.</li> </ul>	✓ Laminas	40"
4. Dinámica lluvia de ideas.	Pedir a los asistentes mencionar algunos de los mitos y rumores acerca de TDAH y la farmacoterapia.  En seguida solicitar a los padres y de acuerdo a la información recibida hasta el momento, si consideran verdadera la información proporcionada por terceras personas y por qué.  Finalizar aclarando las ideas que no hayan quedado claras de acuerdo a lo descrito por los asistentes.	✓ Pizarrón blanco ✓ Plumones	35"

5. Cierre	<p>El instructor dará las gracias por la asistencia, reiterará la hora, fecha y lugar de la próxima sesión.</p> <p>Recordar a los padres depositar sus preguntas en el buzón, en caso de no haber utilizado las hojas devolverlas, para ser utilizadas en las próximas sesiones.</p>	✓ Buzón	10"
-----------	--	---------	-----

### TERCERA SESION

#### Rol de los padres

**Objetivos:**

- Conocer los diferentes estilos de crianza con el fin de detectar las principales dificultades al educar a sus hijos.
- Identificar los errores y aciertos en la crianza de sus hijos.
- Desarrollar habilidades para lograr una mejor convivencia con el niño.

<i>Actividad</i>	<i>Procedimiento</i>	<i>Materiales</i>	<i>Tiempo</i>
1. Bienvenida	Dar a los asistentes la bienvenida por acudir a la sesión y repartir hojas limpias para llevar a cabo la dinámica del buzón	✓ Hojas de buzón.	5"
2. Dinámica el buzón	Iniciar la sesión leyendo las preguntas que fueron depositadas en el buzón la sesión anterior y responderlas.	✓ Buzón ✓ Hojas depositas en el buzón	30"
3. Desarrollo del tema.	<p>Exponer los diferentes tipos de crianza y sus características.</p> <p>Dar a conocer la importancia de los límites y reglas en los niños con TDAH.</p> <p>Brindar a los padres recomendaciones para lograr el seguimiento de indicaciones de sus hijos.</p> <p>Mencionar la diferencia entre castigo y consecuencia.</p> <p>Reflexionar él porque en ocasiones los limites y reglas no son acatados.</p> <p>Exponer la importancia del autocontrol y relajación en los padres para mejorar la dinámica familiar con su hijo con TDAH.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Laminas</li> <li>✓ Pizarrón blanco</li> <li>✓ Plumones</li> </ul>	45"
4. Dinámica de relajación progresiva	<p>Mencionar a los padres que se llevará a cabo una dinámica de relajación, para lo cual es importante su participación y colaboración para que logren obtener los resultados esperados.</p> <p>Esta actividad basada en la técnica de Jacobson la cual dada su amplitud se describirá en el anexo 4.</p> <p>Al concluir el ejercicio pedir a los padres compartan la sensación que vivieron durante la dinámica.</p>	✓ Hoja de relajación muscular progresiva	30"

5. Cierre	<p>El instructor dará las gracias por la asistencia, reiterará la hora, fecha y lugar de la próxima sesión.</p> <p>Recordar a los padres depositar sus preguntas en el buzón, en caso de no haber utilizado las hojas devolverlas, para ser utilizadas en las próximas sesiones.</p>	✓ Buzón	10"
-----------	--	---------	-----

CUARTA SESION Modificación de conducta			
<p><b>Objetivos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar las conductas disruptivas del niño, su frecuencia, duración e intensidad.</li> <li>- Reconocer la diferencia entre consecuencia y castigo.</li> <li>- Conocer técnicas de modificación de conducta.</li> </ul>			
Actividad	Procedimiento	Materiales	Tiempo
1. Bienvenida	Dar a los asistentes la bienvenida por acudir a la sesión y repartir hojas limpias para llevar a cabo la dinámica del buzón	✓ Hojas de buzón.	5"
2. Dinámica el buzón	Iniciar la sesión leyendo las preguntas que fueron depositadas en el buzón la sesión anterior y responderlas.	✓ Buzón ✓ Hojas depositas en el buzón	30"
3. Medir conductas	Explicar la relación entre antecedente-conducta-consecuente, enseñar a medirla las conductas tomando en cuenta la frecuencia, duración e intensidad de cada una.	✓ Formato registro de conductas disruptivas ✓ Pluma	10"
	Repartir y pedir a los padres comenzar a llenar el formato de registro conductas disruptivas. (Anexo 5)		10"
	Preguntar y resolver las dudas que surgieron. Mencionar que la próxima sesión tendrán que traer lleno el formato, ya que este formato es un instrumento para valorar la situación conductual del niño.		10"
4. Desarrollo del tema	<p>Exponer las técnicas de modificación de conducta como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Refuerzo positivo</li> <li>- Costo respuesta</li> <li>- Contrato de contingencias</li> <li>- Economía de fichas</li> <li>- Extinción</li> <li>- Tiempo fuera</li> </ul> <p>Es importante explicar paso por paso como se lleva a cabo la aplicación de cada una de ellas</p>	✓ Pizarrón blanco ✓ Plumones ✓ Carteles	45"
5. Cierre	<p>Recordar a los padres:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Depositar sus preguntas en el buzón, en caso de no haber utilizado las hojas devolverlas.</li> </ul>	✓ Buzón	10"

	<ul style="list-style-type: none"><li>- Observar y medir las conductas de sus hijos.</li><li>- Llenar el formato de registro de conductas disruptivas y no olvidarlo para la próxima sesión ya que lo entregaran para ser revisado.</li></ul> <p>El instructor dará las gracias por la asistencia, reiterará la hora, fecha y lugar de la próxima sesión.</p>		
--	---	--	--

**QUINTA SESION**  
**Primer seguimiento**

**Objetivos:**

- Describir las estrategias que fueron utilizadas en casa.
- Discutir las dificultades que se presentaron durante la aplicación de técnicas conductuales.
- Fomentar entre los padres el desarrollo de hábitos, responsabilidades y rutinas de su hijo.

<i>Actividad</i>	<i>Procedimiento</i>	<i>Materiales</i>	<i>Tiempo</i>
1. Bienvenida	Dar a los asistentes la bienvenida por acudir a la sesión.		5"
2. Dinámica "el buzón"	Iniciar la sesión leyendo las preguntas que fueron depositadas en el buzón la sesión anterior y responderlas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Buzón</li> <li>✓ Hojas depositas en el buzón</li> </ul>	20"
3. Desarrollo	Exponer la importancia de establecer horarios y fomentar orden en las actividades desempeñadas por el niño con TDAH, asignar responsabilidades en el niño acorde a su edad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Pizarrón blanco</li> <li>✓ Plumones</li> </ul>	25"
4. Dinámica "Trabajar con el registro de conductas"	<p>Antes de iniciar la sesión se colocaran 5 tarjetas de participación al azar debajo de las sillas de los asistentes.</p> <p>Al iniciar la dinámica el instructor revisará de manera rápida que los formatos de registros de conductas hayan sido llenados de forma correcta, en caso de existir errores se indicaran de manera personal a los padres para que puedan corregirlos, ya que será el instrumento de trabajo que se utilizará en esta actividad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Tarjetas de participación</li> <li>✓ Pizarrón blanco</li> <li>✓ Plumones</li> <li>✓ Hojas de registros conductas</li> <li>✓ Plumones</li> <li>✓ Hojas blancas o cuadernos</li> </ul>	20"
	<p>Una vez corregido el formato informar al grupo que tendrán que revisar la hoja en parejas con la finalidad de identificar y comentar que técnica conductual pueden aplicar en la o las conductas disruptivas del formato.</p> <p>En caso de que acuda el matrimonio, trabajarán entre ellos, ya que esta actividad les servirá para llegar a acuerdos.</p> <p>Sugerir hacer anotaciones en una hoja aparte o en su cuaderno, ya que las hojas de registro de conductas las entregarán al final de la sesión para revisarlas con detenimiento.</p>		20"

	<p>Mostrar una tarjeta de participación pedir al grupo que revisen si debajo de sus asientos se encuentra una tarjeta igual.</p> <p>Explicar que las personas acreedoras a las tarjetas expondrán un ejemplo de las conductas de sus hijos y qué estrategia implementaran para disminuir o corregir la conducta.</p> <p>Aclarar que los padres serán una guía para ejemplificar algunas conductas, sin embargo todos podrán participar, comentando sus dudas, sugerencias o describir lo que han trabajado y los resultados obtenidos.</p>		20"
5. Cierre	<p>Recordar a los padres continuar implementando las estrategias aprendidas.</p> <p>Pedir las hojas de registro con los datos de su hijo, estas hojas serán revisadas durante la semana para detectar a los niños que presentan conductas que probablemente no puedan ser manejadas por los padres, por lo que existirá la probabilidad de ingresar al niño a terapia.</p> <p>Dar las gracias por la asistencia, reiterará la hora, fecha y lugar de la próxima sesión.</p>	✓ Hojas de registro de conductas	10"

**SEXTA SESION**  
**Segundo seguimiento**

**Objetivos:**

- Brindar seguimiento a los padres en la implementación de lo aprendido en el taller.
- Determinar si el niño requiere ingresar a terapia
- Mencionar y describir las estrategias o técnicas conductuales implementadas en casa y como ha sido su funcionamiento.

<i>Actividad</i>	<i>Procedimiento</i>	<i>Materiales</i>	<i>Tiempo</i>
1. Bienvenida	Dar a los asistentes la bienvenida por acudir a la sesión		5"
2. Dinámica "reforzar lo aprendido"	<p>Pedir a los padres formar grupos de 4 integrantes, en caso de ir en pareja se sugiere trabajar por separado.</p> <p>Entregar 2 tarjetas en las cuales se ejemplifican situaciones cotidianas que presentan los niños con TDAH, las tarjetas se duplicaran entre los equipos con la finalidad de escuchar dos puntos de vista diferentes.</p> <p>Explicar que en equipo discutirán cada ejemplo y tendrán que llegar a una conclusión de acuerdo a lo revisado en el transcurso de las sesiones, es decir cuál sería la mejor manera de resolver la problemática planteada. Al finalizar nombraran a un representante que explicará al resto del grupo como solucionaron los ejemplos.</p>	✓ Tarjetas de ejemplos	30"
	<p>Al iniciar el primer equipo y al terminar de comentar su primer tarjeta, se preguntará a que equipo le toco la misma y se pedirá que comente sus conclusiones.</p> <p>Seguir la misma dinámica hasta que cada equipo exponga sus dos tarjetas.</p> <p>En caso de haber tiempo el resto del grupo podrá comentar sobre el caso.</p>		40"
3. Dinámica "el buzón"	Retomar la dinámica solo si quedaron preguntas pendientes en las sesiones anteriores.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Buzón</li> <li>✓ Hojas depositadas en el buzón</li> </ul>	10"
4. Cuestionario final	Repartir el cuestionario de evaluación final y solicitar sea contestado. (Anexo 6)	✓ Cuestionario final	10"

5. Valoración	<p>Previa revisión de las hojas de registro, mencionar el nombre de los niños que probablemente ingresarán a terapia.</p> <p>Pedir a los padres de los niños que fueron nombrados esperar al finalizar el taller.</p> <p>Al terminar el taller se hablará con los padres de forma particular, con el objetivo de conocer a fondo las conductas del niño y cómo las han trabajado en casa.</p> <p>De acuerdo a la información obtenida en esta plática se determinara si es necesario valorar al niño de forma individual y grupal, para tal efecto se agendara una cita para observar las conductas referidas y determinar si requiere ser ingresado a una terapia.</p>	<p>✓ Registros de conductas disruptivas lleno</p> <p>✓ Carnet</p>	15"
6. Cierre del taller	<p>Comentar brevemente la importancia de aplicar lo aprendido.</p> <p>Informar en que área podrán encontrar al instructor en caso de tener alguna duda en cuanto a los temas vistos en el taller.</p> <p>Entregar carnet a los padres que no fueron mencionados.</p>	<p>✓ Carnet</p>	10"

## **ALCANCES, LIMITACIONES Y SUGERENCIAS**

El Servicio de Análisis Conductual Aplicado, es un servicio de alta demanda, llegando a tener listas de espera de alrededor de 150 pacientes, los cuales son atendidos un par de meses después de haber sido enviados al servicio. Se han implementado diversas estrategias para solucionar la saturación, sin embargo no se han obtenido los resultados esperados, ya que muchos de los pacientes son reenviados para que se les brinde la atención.

Con frecuencia se ha detectado que los padres llegan con muchas confusiones referente al diagnóstico de sus hijos, además de que las conductas que refieren durante la entrevista pueden ser trabajadas en casa previa orientación o entrenamiento, sin necesidad de ingresar al niño a terapia. Ante esta situación surge la inquietud de plantear el Taller, provocando que los padres logren un adecuado manejo de sus hijos y al mismo tiempo se agilice su atención conductual.

Como se ha mencionado en el desarrollo de este trabajo, el taller es una propuesta que se implementara dentro del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, tanto el hospital como los padres de los niños que son atendidos en la institución obtendrán beneficios, no obstante existe algunas limitantes importantes a considerar:

- La deserción por parte de los padres debido a la resistencia que presentan al cambio y la apatía al mencionar que por el momento sus hijos no serán atendidos, ya que de cierta manera se rompería con el esquema que ellos tienen de acerca de la psicoterapia, a la cual llegan con la idea de que el niño saldrá de la terapia siendo “un niño nuevo”.
- El vivir en delegaciones lejanas al hospital o el provenir del Estado de México puede ocasionar la inasistencia de los padres debido a las distancias tan largas y al tiempo que tienen que invertir para trasladarse.

- Lo ideal sería que la pareja se presentará al Taller, sin embargo es común que sean las madres quienes acuden debido a que los padres trabajan y en ocasiones no cuentan con los permisos para acudir a las sesiones, o bien puede existir la posibilidad de que ambos padres trabajen y se ven imposibilitados para asistir.
- En ocasiones el desinterés por parte de los padres ocasiona su inasistencia, ya que en muchos casos se continua responsabilizando a las madres de la crianza y educación de los hijos, por lo tanto son las madres las que acuden a las platicas de padres que ofrece la institución, además de que son las que con frecuencia acompañan a los niños a sus citas.
- Cuando los hijos de los asistentes, ya sea el niño con TDAH o hermanos acuden a la escuela, el horario puede ser inaccesible para algunos debido a que puede interferir con la entrada a la escuela.

Como se puede observar se ha pensado en diversas limitantes y que tal vez durante la implementación del taller surjan otras más, sin embargo existe la posibilidad de que esta propuesta se vaya modificando en su estructura, al ir solucionándolas con la finalidad de perfeccionarse.

Tal vez se podría pensar en implementar el taller los fines de semana para resolver algunas limitantes, sin embargo debido a la falta de personal dentro de la institución esta alternativa se vería obstaculizada.

El incorporar al taller una sesión con un terapeuta familiar, para enseñar a los padres a establecer acuerdos entre pareja y aprender a solucionar problemas sin llegar a discusiones frente a los niños sería favorecedor, ya que recordemos que el ambiente familiar es un factor que puede desencadenar diversos trastornos como la depresión, adicciones, etc.

En esta propuesta se plantea un registro conductual, sin embargo a pesar de que se proponen dos sesiones de seguimiento conductual, tal vez por el tiempo estas resultarían insuficientes para poder realizar otro registro conductual y conocer que tanto se han modificado las conductas de los niños a partir de que los padres han comenzado la aplicación técnicas conductuales y a establecer límites y reglas con su hijos. Sería conveniente programar una o dos sesiones mensuales para obtener esta información y ver los resultados del taller a largo plazo.

Resultaría de gran utilidad plantear un taller dirigido a profesores, con la finalidad de sensibilizarlos sobre el TDAH y el manejo conductual dentro del aula, pues padres y maestros bien informados y dispuestos a apoyar a estos niños, darán como resultado un pronóstico positivo, sin olvidar el tratamiento psicológico, pedagógico y médico.

Debido a que el entrenamiento es una de las intervenciones que involucra a los padres de forma más directa, podría plantearse la posibilidad de extender estos talleres a padres con hijos en edad escolar y adolescentes con TDAH, de la misma forma podrían ampliarse a otros trastornos como el retraso mental, retraso en el desarrollo y autismo, que son los principales trastornos vistos dentro del Servicio de Análisis Conductual Aplicado.

## CONCLUSIONES

El TDAH ha sido estudiado a través del tiempo, ha pasado por varias denominaciones, se ha discutido su etiología sin llegar hasta el momento a una conclusión al respecto, a la fecha se conocen que intervienen factores de tipo biológico-sociales que influyen en su manifestación, el niño con este trastorno se caracteriza por presentar un alto grado de impulsividad, hiperactividad y problemas de conducta.

Resulta importante la detección e identificación del trastorno para evitar en lo posible que el niño sea dañado como consecuencia de éste, ya que puede ser rechazado tanto en el interior de la familia como en el ámbito escolar y social generando baja autoestima, en el ambiente escolar además puede presentar problemas académicos.

En niños preescolares resulta difícil diagnosticar el TDAH e intervenir con tratamiento farmacológico, aunque algunos síntomas son observados desde edades tempranas pasan desapercibidos por los padres, es hasta que los niños comienzan a desarrollar sus habilidades sociales y al incorporarse a la vida escolar (de 4 a 6 años), cuando los padres y maestros se percatan de que existe un problema en realidad, quienes ignoran que el mejor tratamiento para estos niños es un tratamiento multimodal, basado en una intervención psicológica, pedagógica, farmacoterapia en caso de ser necesario, orientación y entrenamiento a padres y maestros, siendo el entrenamiento a padres el mejor instrumento que pueden tener para ayudar a su hijo.

Para que sea efectivo cualquier tratamiento en el TDAH es importante la participación de los padres independientemente del tipo de tratamiento que se decida implementar; en el caso de la Terapia Conductual resulta relevante el apoyo por parte de los padres en cuanto a la aplicación de técnicas disciplinarias, planeación de actividades y adquisición de hábitos. La intervención de los padres

es fundamental ya que de ellos dependerá en gran medida la evolución o retroceso de los síntomas.

Existen padres que creen que el ejercer autoridad sobre sus hijos consiste en actuar de manera rígida, inflexible e incluso ofensiva, utilizando el maltrato con el fin de lograr su obediencia, por otra parte hay padres permisivos, ambas formas de crianza no favorecen el trabajo con los niños diagnosticados con TDAH, el establecer límites claros en estos niños serán de gran importancia ya que les proporcionarán estructura. Es común escuchar de los padres que lo han intentado todo para lograr que su hijo sea obediente y sin embargo nada les ha dado resultado, esta situación recae en una desesperación y desesperanza reflejando una actitud pesimista.

La presente propuesta, responde a la necesidad de orientar a los padres en el difícil camino que tienen que recorrer con sus hijos, el taller ayudará a disminuir la tensión, ansiedad y los sentimientos de fracaso de los padres, permitiéndoles descubrir en sus hijos otras cualidades que no habían podido percibir, por no comprender lo que estaba pasando en su hijo y compartir sus experiencias e inquietudes con otros padres que están viviendo situaciones similares.

Además de las ventajas que los padres obtendrán al tomar el taller, a la par el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” en especial el área de psicoterapia se verá beneficiada, ya que con los talleres se evitará la saturación del servicio y por lo consiguiente no habrá lista de espera.

Aunado a las ventajas que obtendrá la institución al impartir el taller, surge la preocupación sobre la información que brinda el paidopsiquiatra a los padres, pues estos comentan que reciben poca información u orientación referente al diagnóstico de sus hijos, ocasionando confusión en ellos, por lo tanto surge la inquietud de sensibilizar a los profesionistas para proporcionar información clara, evitando tecnicismos que en ocasiones no son entendidos por los padres, a su vez esta información ayudará para evitar el abandono de los tratamientos.

## REFERENCIAS

- Avila, M. (2002). *Niños hiperactivos: comportamiento, diagnóstico, tratamiento, ayuda familiar y escolar*. México: Alfaomega.
- Barkley, R. (2002). *Niños hiperactivos: como comprender y atender sus necesidades especiales* (2ª Ed.). Barcelona: Paidós Ibérica
- Bejerano, F. (2009). *Características generales del niño y la niña de 0 a 6 años*. Cuadernos de educación y desarrollo [en línea], N°5. Recuperado el 26 de abril de 2010 en <http://www.eumed.net>
- Berger, K. & Thompson, R. (1997). *El desarrollo de la persona: desde la niñez a la adolescencia* (4ª Ed.). Madrid: Médica Panamericana.
- Berk, L. (2001). *Desarrollo del niño y del adolescente*. (4ª Ed.). España: Prentice Hall.
- Caballo, V. & Simon, M. (2005). *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente*. Madrid: Pirámide.
- Caballo, V. (1993). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. (2ª Ed.). Madrid: Siglo XXI
- Calderón, G. (1996) *La psiquiatría en México. Principios del siglo XX*. Arch Neurocién Mex [en línea] N°1. Recuperado el 08 de mayo de 2010 en <http://www.imbiomed.com.mx>
- Calderón, G. (1997) *La psiquiatría en México. Epoca Virreinal*. Arch Neurocién Mex [en línea] N°4. Recuperado el 08 de mayo de 2010 en <http://www.imbiomed.com.mx>
- Carriobles, J. (2001). *Escuela de padres: guía práctica para evitar problemas de conducta, mejorar el desarrollo infantil*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Cartilla Nacional de Salud (2009). *Niños y niñas de 0 a 9 años*. México

- Cautela, J. (1985). *Técnicas de relajación: Manual práctico para adultos, niños y educación especial*. Barcelona: Martínez Roca.
- Cerdas, J., Polanco, A. & Rojas, P. (2002). *El niño entre 4 y 5 años: características de su desarrollo socioemocional, psicomotriz y cognitivo-lingüístico*. Revista Latinoamericana de Psicología [en línea] N°001. Recuperado el 29 de abril de 2010 en <http://redalyc.uaemex.mx>
- CIE-10: Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico* (1994). Madrid: Meditor
- Cobos, P. (1996). *El desarrollo psicomotor y sus alteraciones. Manual práctico para evaluarlo y favorecerlo*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Craig, G (2001). *Desarrollo psicológico* (8<sup>a</sup> Ed.). México: Pearson
- Crary, E. (1999) *Amor y límites: una guía para ser padres creativos*. Estados Unidos: Parenting Press Inc.
- Cubero, C. (2006). *Los trastornos de la atención con o sin hiperactividad: una mirada teórica desde lo pedagógico*. Revista electrónica "Actualidades investigativas en educación" [en línea] N°001. Recuperado el 29 de abril de 2010 en <http://redalyc.uaemex.mx>
- Cusinato, M (1992). *Psicología de las relaciones familiares*. Barcelona: Herder.
- Danoff, J., Breitpart, V. & Barr, E. (1994). *Iniciación con los niños: Para quienes se interesan en la educación de los niños de edad temprana*. México: Trillas
- Davis, M. (2002). *Técnicas de autocontrol emocional* (2° Ed.). Barcelona: Martínez Roca.
- De la Garza, F. (2005). *Hiperactividad y déficit de atención en niños y adultos*. México: Trillas.
- Delval, J. (2008). *El desarrollo humano*. México: Siglo XXI

- Díaz, J. (2006). *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Perspectiva biopsicosocial*. Recuperado el 26 de mayo de 2010 en <http://www.paidopsiquatria.com>
- DiCaprio, N. (1989). *Teorías de la personalidad* (2<sup>a</sup> Ed.). México: McGraw-Hill.
- DSM-IV Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (1995). México: Masson.
- DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (2002). Barcelona: Masson.
- Elias, Y. (2005). *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: bases neurobiológicas, modelos neurológicos, evaluación y tratamiento*. México: Trillas.
- Erikson, E. (1983). *Infancia y sociedad* (9<sup>a</sup> Ed.). Buenos Aires: Horme
- Feldman, R (2008). *Desarrollo en la infancia* (4<sup>a</sup> Ed.). México: Pearson Educación.
- Flores, J. (2009). *Características de comorbilidad en los diferentes subtipos de trastorno por déficit de atención con hiperactividad*. *Psicothema* [en línea] N° 4. Recuperado el 02 de mayo de 2010 en <http://www.psicothema.com>
- Goleman, D. (2002). *Inteligencia emocional*. México: Suma de letras.
- Good, T (2000). *Psicología educativa contemporánea*. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Gratch, L. (2000). *El trastorno por déficit de atención, ADD-ADHD: clínica, diagnóstico y tratamiento en la infancia, la adolescencia y la adultez*. Buenos Aires: Panamericana.
- Hernandez, A. (2006). *Subsistema cognitivo en la etapa escolar*. *Aquichan* [en línea], N° 001. Recuperado el 26 de abril de 2010 en <http://redalyc.uaemex.mx>

- Hertfelder, C. (2005). *Cómo se educa una autoestima familiar sana*. Madrid: Palabra.
- Jiménez, J. & Jiménez, I. (2003). *Psicomotricidad: teoría y programación*. Barcelona: CISSpraxis.
- Joselevich, E., Quirós, G., Moyano, M. y Scandar, R. (2000). *Síndrome de déficit de atención con o sin hiperactividad en niños, adolescentes y adultos*. México: Paidós
- Joselevich, E., Quirós, G., Moyano, M. y Scandar, R. (2003). *A.D./H.D.: que es, que hacer : recomendaciones para padres y docentes*. México: Paidós.
- Juarez, T. & Villalpando, T. (2002). *Desarrollo emocional de niños preescolares: Estudio comparativo de los hijos de madres asalariadas y madres dedicadas al hogar*. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
- Kazdin, A. (1996). *Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas* (2ª Ed.). México: Manual Moderno.
- Lefrancois, G. (2001) *El ciclo de la vida*. (6ª Ed.). México: Thomson.
- López, D. (2001). *Las ideas de la madre acerca del desarrollo y la educación de sus hijos*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM
- Maier, H. (1976). *Tres teorías sobre el desarrollo del niño: Erikson, Piaget y Sears*. (3ª Ed.) Argentina: Amorrortu.
- Martín, G. y Pear, J. (2005). *Modificación de conducta: qué es y cómo aplicarla* (5º Ed.). Madrid: Prentice Hall.
- Martínez, G. (2000) *Las razones de la educación*. México: Noriega.
- Martínez, N. (2006). Psicopatología del trastorno por déficit atencional e hiperactividad. *Revista International Journal of Clinical and Health*

*Psychology*. Recuperado el 20 de mayo de 2010 en [www.redalyc.uaemex.mx](http://www.redalyc.uaemex.mx)

Medina, M., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., et.al. (2003). Prevalencia de los trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26 (4).

Mendoza, M. (2003). *¿Qué es el trastorno por déficit de atención?: una guía para padres y maestros*. México: Trillas.

Minuchin, S. (1986). *Familias y terapia familiar*. (3ª Ed). México: Gedisa Mexicana.

Miranda, A., Amado, L. & Jarque, S. (2001). *Trastornos por déficit de atención con hiperactividad: una guía práctica*. Málaga: Aljibe.

Miranda, A., Jarque, S. & Soriano, M. (1999). Trastorno de hiperactividad con déficit de atención: polémicas actuales acerca de su definición, epidemiología, bases etiológicas y aproximaciones a la intervención. *Revista de neurología*. Recuperado el 27 de mayo de 2010 en <http://www.reveneurologia.com>

Miranda, A., Uribe, L., Gil, M. & Jarque, S. (2003). Evaluación e intervención en niños preescolares con manifestaciones de trastorno por déficit de atención con hiperactividad y conducta disruptiva. *Revista de Neurología*, 36 (Supl.1), 85-94.

Moraleda, M., (1999). *Psicología del desarrollo: infancia, adolescencia, madurez y senectud*. México: Alfaomega.

Morales, M., Quezada, E. (2001). *Influencia de la música en el desarrollo psicomotor del niño en edad preescolar*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM

Moreno, G. (1997). *Hiperactividad*. (2ª Ed.). Madrid: Ediciones Pirámide.

- Morris, C. (2005). *Psicología*. México: Pearson Educación.
- Newman, B. y Newman, P. (1983) *Desarrollo del niño*. México: Limusa.
- Novel, G., Lluch, M. & López, M. (2000) *Enfermería psicosocial y salud mental*. España: Masson
- Núñez, J., Polanco, A. & Rojas, P. (2002). *El niño entre 4 y 5 años: características de su desarrollo socioemocional, psicomotriz y cognitivo-lingüístico*. Educación [en línea] N° 001. Recuperado el 26 de abril de 2010 en <http://redalyc.uaemex.mx>
- Olivares, J. & Méndez, F., (2005). *Técnicas de modificación de conducta* (4° Ed.). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Orozco, K. (2004). *La comunicación asertiva en la interacción familiar: su influencia en el desarrollo psicosocial del preescolar*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM
- Papalia, D., Wendkos, S. & Duskin, R. (2005). *Desarrollo humano* (9ª Ed.). México: McGraw-Hill Interamericana.
- Pascual, I. (2008). *Hiperactividad: ¿existe frontera entre personalidad y patología?* Madrid: Díaz Santos.
- Peralta, J. (2000). *Adquisición y desarrollo del lenguaje y la comunicación: una visión pragmática constructivista centrada en los contextos*. Revista Limite [en línea] N°007. Recuperado el 12 de mayo de 2010 en <http://redalyc.uaemex.mx>
- Polaino, L. & Ávila, C. (2005). *Como vivir con un niño hiperactivo*. Madrid: Narcea.
- Rey, A. (2006). *Entrenamiento de padres: Una revisión de sus principales componentes y aplicación*. Revista de infancia, adolescencia y familia. [en

[línea] No.01. Recuperado el 11 de junio de 2010 en <http://redalyc.uaemex.mx>

Rice, F. (1997) *Desarrollo humano: estudio del ciclo vital* (2ª Ed.). México: Prentice Hall.

Rickel, A. & Brown R. (2008). *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños y adultos*. México: Manual Moderno.

Ríos, A. (2004). *Locos letardados frente a la psiquiatría mexicana a inicios del siglo xx*. Frenia. Revista de la historia de la Psiquiatría [en línea] N° V-4. Recuperado el 05 de mayo de 2010 en <http://www.frenia-historiapsiquiatria.com>

Sacristán, C (2005). *Historiografía de la locura y la psiquiatría en México*. Frenia. Revista de la historia de la Psiquiatría [en línea] N° V-1. Recuperado el 05 de mayo de 2010 en <http://www.frenia-historiapsiquiatria.com>

Santrock, J. (2007). *Desarrollo infantil*. México: McGraw-Hill Interamericana.

Satir, V. (2002) *Nuevas relaciones humanas en el núcleo familiar* (2º Ed). México: Pax.

SAP, Servicios de Atención Psiquiátrica. Secretaria de Salud (2007). Recuperado en <http://www.sap.salud.gob.mx>

Schaffer, R. (2000). *Desarrollo social*. México: Siglo XIX

Serrano, G. (1992) *El proceso de la adquisición de la lectura y escritura en el niño preescolar*. Tesis licenciatura inédita. Universidad Pedagógica Nacional: México.

Shaffer, D. & Kipp, K. (2007). *Psicología del desarrollo: infancia y adolescencia* (7ª Ed.). México: Thomson.

Uriarte, V. (1998). *Hiperquinesia* (2ª Ed.). México: Ed. Trillas

- Vázquez, M. (2001). *Técnicas de relajación y respiración*. Madrid: Síntesis.
- Velasco, R. (2000). *El niño hiperquinético*. México: Trillas
- Verduzco, M. & Murow, E. (2001) *Cómo poner límites a tus niños sin dañarlos: respuestas a los problemas de disciplina más frecuentes*. México: Pax
- Walker, J. (1987). *Manejo conductual: un enfoque para educadores* (2° Ed.). México: Manual Moderno
- Woolfolk, A. (2006). *Psicología educativa* (9ª Ed.). México: Pearson Educación.

# *Anexos*

**Anexo 1**  
**HOSPITAL PSIQUIATRICO INFANTIL "DR. JUAN N. NAVARRO"**  
**ANALISIS CONDUCTUAL APLICADO**  
**INGRESO**

Nombre: \_\_\_\_\_ Exp: \_\_\_\_\_  
 Edad: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_ F. de entrevista: \_\_\_\_\_ F. de ingreso: \_\_\_\_\_  
 Diagnostico: \_\_\_\_\_ Tratamiento farmacológico: Si No \_\_\_\_\_  
 Motivo de consulta: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**EVALUACION**

**ATENCION**

Fase	Si	No	Selectiva
Contacto			
Seguimiento			
Fijación			

**IMITACION**

Persona	Conducta

**AGRESION**

Ambiente	Conducta	Frecuencia	Duración	Intensidad	Selectivo
Casa					
Escuela					
Consultorio					
Otros					

Antecedente: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Consecuente: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**EJECCUCION DE ORDENES**

Ambiente	Si	No	Frecuencia
Casa			
Escuela			
Consultorio			
Otros			

**CONTROL DE ESFINTERES**

	Si	No
Enuresis		
Encopresis		
Prob. De estreñimiento		

Antecedente: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Consecuente: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### DIFICULTAD PARA RELACIONARSE

Ambiente	Se Integra	No se integra	Es rechazado	Selectivo
Casa				
Escuela				
Consultorio				
Otros				

Antecedente: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Consecuente: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### AUTOAGRESION

Ambiente	Conducta	Frecuencia	Duración	Intensidad	Selectivo
Casa					
Escuela					
Consultorio					
Otros					

Antecedente: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Consecuente: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### BERRINCHE

Ambiente	Conducta	Frecuencia	Duración	Intensidad	Selectivo
Casa					
Escuela					
Consultorio					
Otros					

Antecedente: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Consecuente: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### AISLAMIENTO

Ambiente	Momento	Frecuencia	Duración
Casa			
Escuela			
Otros			

### HIPERQUINESIA

Ambiente	Postura	Actividad	Tiempo	Observaciones
Casa				
Escuela				
Consultorio				
Otros				

OTRAS: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### DIAGNOSTICO CONDUCTUAL

Déficits: \_\_\_\_\_

Excesos: \_\_\_\_\_

### INTERVENCION TERAPEUTICA

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

PSIC. NORMA ANGELICA SANCHA MARTINEZ.

## Anexo 2

HOSPITAL PSIQUIATRICO INFANTIL "DR. JUAN N. NAVARRO"  
ANÁLISIS CONDUCTUAL APLICADO  
**CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL TALLER DE ENTRENAMIENTO**

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

El servicio le comunica del compromiso que existe entre usted y el terapeuta el cual firmaran de conformidad. Tras una revisión del caso del menor se determina que la necesidad imperante es el manejo conductual en casa, por lo que se ingresa a los padres al taller con el objetivo de proporcionar información sobre el TDAH y brindar estrategias para el manejo adecuado de problemas que surgen en la convivencia con su hijo y a su vez promuevan un adecuado funcionamiento en diversos ambientes, además de lograr que los padres disminuyan su ansiedad sobre el que hacer con su hijo que padece TDAH.

El taller consta de 6 sesiones, con 2 horas de forma semanal, los temas que se abordan en las sesiones son:

- 1) ¿Qué es el TDAH?. Informar sobre el TDAH, sus características, los problemas asociados, así como las diferentes conductas que se presentan de acuerdo a la edad preescolar y escolar.
- 2) Tratamiento multimodal. Orientar acerca del tratamiento del TDAH y sobre los aspectos a considerar en el tratamiento integral para obtener mejores resultados y sensibilizar a los padres sobre el uso y efecto de psicofármacos en caso de requerirlo evitando desinformación y el abandono del medicamento.
- 3) Rol de los padres. Reconocer la importancia de adoptar límites y reglas claras con el niño para mayor eficacia en el manejo de conductas esperadas en diversos ambientes.
- 4) Modificación de conducta. Aprender técnicas de modificación de conducta e identificar cuales son las conductas que más causan problema a la familiar y fomentar alternativas más adecuadas para la solución de problemas evitando caer en agresión y violencia intrafamiliar.
- 5) Primer seguimiento. Describir y discutir sobre las estrategias implementadas en casa.
- 6) Segundo seguimiento. Recabar información para determinar si el niño es candidato para ingresar a una terapia conductual.

Es importante entregar su carnet para notificar su asistencia, sea puntual para comprender a detalle el tema y evitar interrupciones. La asistencia es fundamental para concluir el taller, al incurrir en la segunda inasistencia se dará de baja.

En caso de haber sido dado de baja el médico deberá enviar nuevamente la hoja de referencia y se incorporara a un nuevo taller, ya que se tiene que concluir satisfactoriamente esta etapa para poder determinar si el menor requiere otro tipo de intervención.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del padre

Psic. Norma Angélica Sancha Martínez  
Análisis Conductual Aplicado

*Anexo 3*

HOSPITAL PSIQUIATRICO INFANTIL "DR. JUAN N. NAVARRO"  
ANÁLISIS CONDUCTUAL APLICADO  
CUESTIONARIO INICIAL PARA PADRES

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del niño: \_\_\_\_\_

Este cuestionario pretende obtener información acerca de los conocimientos que los padres tienen sobre el TDAH y sobre el cómo actúan con sus hijos que probablemente fueron diagnosticados con este trastorno.

1. ¿Qué es el TDAH?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. ¿Cuáles son las posibles causas de este trastorno?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. ¿Qué tratamiento es el indicado para el TDAH?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Considera que cuando se suministrar medicamento a los niños con TDAH, este crea dependencia física.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. Considera que el castigo es el mejor medio para controlar la conducta del niño con TDAH.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. Para corregir las conductas de su hijo es necesario gritarle, pegarle o intimidarlo.

---

---

7. Que hace para que su hijo preste más atención a lo que se le dice y obedezca sus indicaciones.

---

---

---

---

Escoja una dificultad o problema que tiene con su hijo y conteste las siguientes preguntas pensando en ese problema.

a) Describa el problema

---

---

---

---

---

b) ¿Qué ha hecho o dicho para resolverlo?

---

---

---

---

---

c) ¿Qué resultados ha obtenido, con cada una de las formas que mencionó en la pregunta anterior?

---

---

---

---

---

d) Cuando no logra corregir ese comportamiento, ¿Qué es lo que usted siente y que es lo que piensa en ese momento?

---

---

---

---

---

*Gracias por su participación*

## Anexo 4

### RELAJACIÓN MUSCULAR PROGRESIVA

Jacobson, Edmund

Instrucciones: Pedir a los padres tomar una posición cómoda en su asiento y cerrar los ojos para lograr una mejor concentración. Es importante aclarar que para llevar a cabo el ejercicio se les hablara de “tú”.

Si ya te has puesto cómodo, vamos a comenzar los ejercicios de relajación. Para ello vamos a iniciar la respiración profunda; debes introducir lentamente aire por la nariz y al mismo tiempo, vas dilatando lentamente el abdomen, y cuando tengas los pulmones llenos sueltas también el aire muy despacio por la boca. Vamos a hacerlo varias veces (3 ó 4 veces). Vamos a centrarnos ahora en grupos de paquetes musculares y los iremos relajando progresivamente.

-- *1er grupo muscular:*

Concéntrate en tu puño izquierdo, apriétalo fuerte y céntrate en los puntos de mayor tensión. Basta. Céntrate ahora en el alivio que experimentas y fíjate en la diferencia que sientes entre tensión y relajación. Repite el ejercicio otra vez.

Ahora vas a hacer lo mismo con tu puño derecho. Aprieta fuertemente..., ahora relaja los músculos y céntrate en el alivio que experimentas.

Repite el ejercicio. Céntrate en la diferencia entre tensión y relajación.

Ahora vas a trabajar con tu brazo izquierdo, para ello llévate la muñeca hasta el hombro, aprieta. Siente la tensión... basta, deja el brazo caer lentamente. Céntrate en el alivio que experimentas. Repite el ejercicio.

Trabaja ahora con el brazo derecho, haz lo mismo... y siente el alivio que se produce cuando aflojas los músculos. Repite el ejercicio.

-- *2do grupo muscular:*

Ahora trabajamos los hombros, para ello levanta los hombros hacia las orejas..., basta, afloja los músculos, siente el alivio. Repite.

Trabajamos el cuello, intenta tocarte el pecho con la barbilla... aprieta... basta, relaja el cuello y siente la sensación de alivio que se produce. Repite.

---

Aprieta la cabeza hacia atrás para trabajar con la nuca, aprieta... vale, ahora deja de apretar y céntrate en el alivio. Repite.

Trabajamos la frente, levanta las cejas hacia arriba, siente la tensión...basta, ahora relaja la frente, siente el alivio que experimentas. Repite.

Cierra fuertemente los párpados para trabajar los músculos de los ojos , aprieta...basta, céntrate en el alivio. Repite.

Ahora trabaja las mejillas, para ello simula una risa forzada, las comisuras de tus labios se clavan en tus mejillas, aprieta... basta, relajalas, siente el alivio que experimentas. Repite.

Trabaja ahora la mandíbula, aprieta los dientes... basta, ahora relaja la mandíbula y siente el bienestar que se produce. Repite.

Trabajamos ahora la lengua, colócala contra el paladar y aprieta fuertemente... basta, ahora afloja la tensión, siente el alivio y céntrate en la diferencia entre tensión y relajación. Repite.

Aprieta los labios fuertemente (sin moderarlos)... basta, relájalos, siéntelos flojos, muy flojos. Repite.

-- *3er grupo muscular:*

Hacemos un arco con la columna, saca el tronco hacia fuera y céntrate donde notas mayor tensión... afloja el tronco. Repite.

Trabajamos ahora el pecho. Toma aire, retiene el aire 3 segundos y expúlsalo despacio, céntrate en el alivio que sientes. Repite.

Ahora trabaja el abdomen, para ello intenta tocarte con el ombligo la parte trasera de tu cuerpo... basta, afloja. Repite.

-- *4to. grupo muscular:*

Levanta la pierna izquierda dirigiendo la punta del pie hacia tu cuerpo...basta, dejala relajada, siente el bienestar que experimentas. Repite.

Haz lo mismo con tu pierna derecha. Repite.

Para finalizar vas a realizar de nuevo la respiración abdominal profunda, toma aire lentamente, nota como se hincha el abdomen, y expúlsalo muy despacio. Repite varias veces (3 ó 4 veces).

---



*Anexo 6*

HOSPITAL PSIQUIATRICO INFANTIL "DR. JUAN N. NAVARRO"  
ANÁLISIS CONDUCTUAL APLICADO  
**CUESTIONARIO FINAL PARA PADRES**

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del niño: \_\_\_\_\_

Este cuestionario pretende conocer si la información y las estrategias brindadas en el taller, han servido para mejorar la relación con su hijo y si la información sobre el TDAH ha despejado y aclarado las dudas sobre trastorno.

1. ¿Qué es el TDAH y Cuáles son las posibles causas de este trastorno?

---

---

---

2. ¿Qué tratamiento es el indicado para el TDAH?

---

---

---

3. Considera que el castigo, los gritos, el pegarle o intimidarlo son los mejor medios para controlar la conducta del niño con TDAH.

---

---

---

4. Considera que los hábitos son fundamentales para los niños con TDAH.

---

---

---

5. Actualmente que hace para que su hijo preste más atención a lo que se le dice y obedezca sus indicaciones.

---

---

---

---

---

---

6. De las estrategias vistas en el taller, ¿Cuál considera de mayor utilidad para Usted o qué le haya sido más funcional para establecer límites y reglas a su hijo?

---

---

---

---

---

---

7. Describa una situación dentro del hogar en donde haya aplicado una de las estrategias aprendidas en el taller.

---

---

---

---

---

---

8. A partir de la información proporcionada considera Usted que ha cambiado:

- a) Su opinión sobre el TDAH (SI) (NO)
- b) El comportamiento de su hijo (SI) (NO)
- c) La relación o dinámica familiar (SI) (NO)

9. En términos generales que observaciones haría al taller.

---

---

---

---

10. Que sugerencias podría indicar al taller.

---

---

---

---

*Gracias por su participación.*