



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

CURSO PSICOEDUCATIVO DE MANEJO DE LA CONDUCTA

INFANTIL PARA PADRES DE NIÑOS DE 6 A 8 AÑOS

DIAGNOSTICADOS CON TDAH

R E P O R T E L A B O R A L

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

MARICRUZ RODRÍGUEZ ARÉVALO

DIRECTOR DEL REPORTE LABORAL:

MTRO. FERNANDO VÁZQUEZ PINEDA



Ciudad Universitaria, D.F.

Octubre, 2013



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

Dedicatoria

A todas las personas que con su apoyo, paciencia, entusiasmo, pero sobre todo confianza, ayudaron a que este proyecto se concluyera de manera satisfactoria, permitiéndome crecer de manera personal y profesional, Muchas gracias!

Gracias también a la Institución que me permitió obtener que me ha dado tantas enseñanzas, y con ello lo necesario para lograr este objetivo.

Y gracias a la vida que me dio la oportunidad de ver concluida una de las metas profesionales, más importantes.

RESUMEN

El objetivo del presente reporte laboral es dar a conocer el Curso psicoeducativo para el manejo de la conducta infantil para padres de niños de 6 a 8 años diagnosticados con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) en un hospital del sector público, proporcionando estrategias; oportunas, claras y eficaces con el propósito de que logren hacer un adecuado manejo de las conductas problemáticas que presentan sus hijos, derivado de la sintomatología del Trastorno; como la hiperactividad, inatención e impulsividad, condiciones que alteran la calidad de vida de los pacientes y de sus familias; por lo que acuden en busca de tratamientos que coadyuven a aminorar las dificultades.

A través de 5 citas en las que se abordan temas como, relaciones padres e hijos, manejo de conflictos, límites, reglas, detección de conductas problema y estrategias conductuales, se logró que 331 pacientes en los últimos 3 años, se atendieran con mayor rapidez para poder hacer un manejo más adecuado de las conductas causantes de dificultades en la adaptación. Lo que ayuda no sólo a dar prontitud a las necesidades de los usuarios; también a agilizar los tiempos de tratamiento, y a disminuir la afluencia de los pacientes que son derivados al programa de Análisis Conductual Aplicado para ser atendidos de manera individual en psicoterapia.

Palabras Clave:

TDAH, conductas problemáticas, sintomatología, impulsividad, inatención, hiperactividad y dificultades de adaptación.

ÍNDICE

Resumen	3
Introducción	7
Contexto Laboral	10
Capítulo 1 El TDAH	21
1.1 Etiología del TDAH	23
1.2 Epidemiología del TDAH	25
1.3 Criterios Diagnósticos del TDAH, DSM-IV y CIE- 10	26
1.4 El TDAH y su afectación en el desarrollo social, escolar y familiar	30
1.5 Modelos de Tratamiento	33
Capítulo 2. Desarrollo familiar cuando hay menores con TDAH	40
2.1 Conciencia de enfermedad en la familia	42
2.2 Estrés parental y necesidad de información	43
2.3 estilos de crianza predominantes en familias con TDAH	44
2.4 Disciplina y familia	46
Capítulo 3 Estrategias conductuales de intervención	49

3.1 Estrategias para establecer relaciones positivas	49
3.2 Observación y análisis de la conducta	50
3.3 Psicoeducación a padres respecto al TDAH	52
3.4 Técnicas de modificación conductual	54
3.5 Conductas esperadas en el TDAH y estrategias de corrección	58
3.5.1. Hiperactividad	60
3.5.2. Impulsividad	61
3.5.3 Inatención	62
Capitulo 4 Procedimiento del Curso	64
4.1 Manejo Institucional	64
4.2 Componentes Conductuales de Curso	69
4.2.1. Componentes de la primera cita, psicoeducación a padres	70
4.2.2. Componentes de la segunda cita, Farmacoterapia	72
4.2.3. Componentes de la tercera cita Crianza	73
4.2.4. Componentes de la cuarta y quinta cita, estrategias conductuales	73

Capitulo 5 Resultados	76
5.1 Resultados por Productividad en la Institución	76
5.2 Resultados por experiencia vivencial	82
Conclusiones	87
Sugerencias	90
Bibliografía	92
Anexo	96

INTRODUCCIÓN

El propósito de este reporte laboral es describir, los fundamentos, el desarrollo y la aplicación de Curso psicoeducativo para el manejo de la conducta infantil dirigido a padres de niños de 6 a 8 años diagnosticados con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). (Se utilizará la mayúscula en la palabra para nombrar a dicho curso en el transcurso del reporte).

La formación de estos grupos ocurre en el contexto específico de las necesidades del área de Análisis Conductual Aplicado (A.C.A.) en un hospital al sur de la ciudad de México. Por dos condiciones principalmente, la primera por la excesiva demanda de atención psiquiátrica, psicológica y de cualquier otra área que pueda favorecer a los pacientes con ese padecimiento. La segunda corresponde a las necesidades de los padres, de conocer lo suficiente sobre el diagnóstico y las estrategias cognitivas y conductuales para poder afrontar de manera más apropiada las complicaciones conductuales con sus hijos.

El TDAH actualmente es considerado en algunos países Europeos como un problema de salud pública e incluso política, esto, derivado de las graves complicaciones generadas por los síntomas de los que se compone el trastorno.

En México se sabe que el 44% de la población infantil y juvenil que acude a solicitar atención psiquiátrica presentan el diagnóstico y frecuentemente son diagnosticados o por un médico de primer contacto o por los profesores de las escuelas.

Tomando en cuenta que la condición que desencadena la necesidad en la atención, son principalmente las dificultades comportamentales de los niños dentro del contexto educativo, familiar y social, parece prioritaria la atención en este sentido, primero para informar oportuna y verazmente a la familia sobre las condiciones generales que debe tomarse en cuenta cuando un miembro de la

familia es diagnosticado con TDAH. Segundo brindar herramientas o estrategias que permitan al menor integrarse en los diversos medios en los que se desarrolla.

Es por esto que, los estudios recientes muestran la relevancia del trabajo sumamente cercano con los padres y/o cuidadores puede favorecer enormemente las condiciones generales del menor.

Durante el desarrollo del presente reporte laboral, se describirá el concepto y desarrollo del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en los menores en la etapa escolar, tanto en el ámbito escolar, social y familiar y sus repercusiones en la vida.

Así mismo se puntualizara en las condiciones que se desarrollan en las familias en las que existe uno o más miembros con un diagnóstico de TDAH, las consecuencias a nivel sistémico derivadas de esta misma condición, tales como el estrés parental causado por la sintomatología propia del diagnóstico, la dificultad de aplicación de límites, reglas pues se debe tener en cuenta las diversas formas de ejercer la autoridad y cuáles de estas podrían generar mejora en la dinámica familiar. Generando cambios en los miembros componentes de la familia, respecto a la conciencia de la enfermedad dentro del grupo.

Proseguir con una explicación breve de lo que las estrategias de modificación conductual pueden lograr en beneficio del menor y la familia, así como estrategias cognitivas que coadyuven a sensibilizar a los padres respecto al diagnóstico y la necesidad de cambios en el estilo de vida para buscar la mejora en la calidad de vida de los pacientes y sus familias.

Con esto se da pie a que la institución en la cual se tratan a los menores con diagnóstico de TDAH, generó un Curso Psicoeducativo para padres en el que se puede abarcar la totalidad de las condiciones para que obtengan conocimiento y estrategias de modificación de la conducta derivados del TDAH.

Para dar término con el presente reporte laboral se darán las conclusiones obtenidas en la aplicación del “Curso psicoeducativo de manejo de la conducta infantil para padres de niños de 6 a 8 años diagnosticados con TDAH”. Así como sugerencias de condiciones que pueden mejorar la aplicación del Curso y con esto lograr resultados mayormente eficaces.

CONTEXTO LABORAL

La respuesta profesional a las necesidades de atención para los trastornos psiquiátricos de la población, ha sufrido cambios con el avance del conocimiento sobre el comportamiento y sus trastornos.

La atención a la salud mental en nuestro país, en la época contemporánea, comienza con la construcción del Manicomio General de México, en 1910, en él se albergaban hombres, mujeres y niños, sin una diferenciación clara de acuerdo a la edad y proceso patológico. Fue la Dra. Matilde Rodríguez Cabo en 1930 quien inició los esfuerzos para lograr la separación de los niños en este antiguo manicomio, logrando crear el "Pabellón de Psiquiatría Infantil" lo cual representa un paso determinante en el progreso de la atención psiquiátrica de los niños. Lo que fue el antiguo pabellón de Psiquiatría Infantil del Manicomio de la Castañeda se transforma en el Hospital Psiquiátrico Infantil "Juan N Navarro", fundado el 24 de octubre de 1966.

El hospital psiquiátrico infantil "Dr. Juan N. Navarro" es el primer hospital creado bajo el proyecto "Operación Castañeda", el cual se desarrolló por la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia, durante el periodo de 1966 a 1968.

El principal objetivo del proyecto fue el de recibir a la población de menores de edad que se encontraban internos, en el pabellón infantil del Manicomio General de la Castañeda. Sin embargo también comenzó a prestar, de manera conjunta atención hospitalaria y ambulatoria a la población menor de edad para el control de los trastornos mentales y del comportamiento, que no pertenecía al Manicomio.

Administrativamente desde su inicio y hasta 1983 el Hospital dependió de la Dirección General de Salud Mental de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. En ese año se transfiere la responsabilidad técnica y administrativa a la Dirección General de los Servicios de Salud Pública en el Distrito Federal, bajo la cual se mantiene hasta 1997. En ese mismo año se crea la Coordinación de Salud

Mental, de la cual depende hasta la actualidad. Durante el año de 1994 se amplió la planta física del hospital al construirse una unidad de internamiento para operar un programa de atención médica integral para adolescentes con trastornos provocados por el uso y abuso de sustancias adictivas, con un total de 30 camas en operación.

Desde esa época se han reubicado la mayor parte de los enfermos crónicos y se han modernizado los servicios ambulatorios a través de la creación de clínicas de atención interdisciplinaria para niños y adolescentes. A partir de esta especialización de los servicios, se han fortalecido las áreas de rehabilitación psicosocial, enseñanza e investigación y capacitación en un marco de trabajo multi e interdisciplinario, apegado al marco de legalidad con el seguimiento de la NOM-025, que rige el adecuado funcionamiento de los Hospitales Psiquiátricos.

Actualmente el hospital cuenta para su funcionamiento con una superficie construida de 6,000 metros cuadrados, cuatro salas de hospitalización para población menor de edad y una capacidad instalada para 90 camas.

La plantilla de 465 empleados, entre los cuales se encuentran médicos psiquiatras, psicólogos, pedagogos, licenciados en comunicación humana, especialistas en educación especial, terapeutas, fisiatras, pediatras, neurólogos, dentistas, trabajadores sociales, enfermeros y personal administrativo; que participan directa o indirectamente en la atención de los usuarios.

El tener la posibilidad de contar con un equipo tan completo de especialistas en diversos campos como: Paidopsiquiatría, Neurología, Psicología en modalidades de Psicodiagnóstico y Psicoterapia, Dental, Psicopedagogía, Terapia ocupacional, Psiquiatría y Psicología legal, Dental, Pediatría, Neurología, ha permitido incidir en la mejoría de los pacientes y sus familias, atendiendo una gama muy amplia de las comorbilidades a las que se enfrentan los menores que presentan algún padecimiento mental.

En convenio con instituciones educativas, la Universidad de las Américas, Instituto Politécnico Nacional, Universidad Nacional Autónoma de México, entre otras, acuden al hospital residentes en Paidopsiquiatría, tanto de diferentes regiones del País y como del extranjero; además de contar con pasantía en Psicología, Especialistas en Psicopedagogía, y en cada una de las disciplinas con las que el hospital cuenta.

Cada año se realizan cursos tanto para capacitar al personal de Hospital, como para la formación de nuevos profesionales en diversas áreas, Psicoterapia, Psicodiagnóstico y cursos para padres impartidos por las diferentes clínicas que conforman la consulta externa. A partir de este año se fortaleció este campo creando el 1° congreso de psicología del Hospital Psiquiátrico Infantil y el 1° congreso Nacional de Psiquiatría Infantil. Así mismo año con año desde su fundación el Hospital presenta las Jornadas Académicas con motivo del Aniversario del Nosocomio.

Este hospital cuenta con los mayores avances relacionados con la atención al proceso salud-enfermedad mental en la infancia y la adolescencia. A esto se suma la formación de recursos humanos altamente capacitados que contribuyen a nivel nacional con el modelo de atención moderno y respetuoso de los derechos de los usuarios.

En el año 2011 se han atendido un total de 3320 pacientes de primera vez solo en la consulta externa, los principales diagnósticos atendidos fueron Trastorno por déficit de atención con hiperactividad tipo mixto, con 957 pacientes en ese año, seguido por Episodios depresivos moderados con 512 consultas y Otros trastornos Hiperkinéticos con 166 pacientes atendidos. Dos de estas categorías presentan como problemas comórbidos, dificultades conductuales. El 78.3 % son derivados al tratamiento psicológico en la tercera o cuarta consulta en paidopsiquiatría. (Fuente, División de Mejora continua de la Calidad).

MISIÓN

La institución tiene como misión proporcionar servicios interdisciplinarios a la población infantil y adolescente con trastornos mentales, a través de la intervención de personal especializado en un marco de excelencia, respeto y ética profesional, (Fuente: división de Mejora Continua de la Calidad).

Así mismo al ser un hospital escuela, con infraestructura adecuada y la posibilidad de ampliar sus servicios, es referente de investigación y formadores de profesionales en salud mental, por lo que desarrolla nuevos modelos de acuerdo a datos epidemiológicos nacionales.

VISIÓN

Con una visión de ser el modelo de referencia de en la prestación de servicios psiquiátricos para niños, adolescentes y sus familias en el sector público, con base en los resultados, la ética, la constante innovación y la calidad, comentados en el compromiso, el profesionalismo, la sólida formación del equipo humano y la investigación.

VALORES

Vocación de servicio, Trato digno, Respeto, Trato Humano, Responsabilidad y Ética.

CÓDIGO DE ÉTICA DE LOS SERVICIOS PÚBLICOS

De acuerdo a la ética de los servicios públicos el Hospital Psiquiátrico Infantil se apega a códigos que preservan los siguientes valores:

- **Bien común**

Asumir un compromiso irrenunciable con el bien común, entendiendo que el servicio público es patrimonio de todos los mexicanos y mexicanas, que sólo se justifica y legitima cuando se procura por encima de los intereses particulares.

- **Integridad**

Ceñir la conducta pública y privada, de modo tal que las acciones y palabras sean honestas y dignas de credibilidad, fomentando una cultura de confianza y de verdad.

- **Honradez**

Nunca usar el cargo público para ganancia personal, ni aceptar prestación o comprensión de ninguna persona u organización que pueda llevar a actuar con falta de ética en las responsabilidades y obligaciones.

- **Imparcialidad**

Actuar siempre en forma imparcial, sin conceder preferencias o privilegios indebidos a persona alguna.

- **Justicia**

Ceñir los actos a la estricta observancia de la ley, impulsando una cultura de procuración efectiva de la justicia y de respeto al Estado de Derecho.

- **Transparencia**

Garantizar el acceso a la información gubernamental, sin mas límites que el que imponga el interés público y los derechos de privacidad de particulares, establecidos por la ley, así como el uso y transporte de los recursos públicos, fomentando su manejo responsable y eliminando su indebida discrecionalidad.

- **Rendición de Cuentas**

Promover la eficacia y la calidad en la gestión de la administración pública, contribuyendo a su mejora continua y a su modernización, teniendo como principios fundamentales la optimización de sus recursos y la rendición de cuentas.

- **Entorno Cultural y Ecológico**

Adoptar una clara voluntad de comprensión, respeto y defensa por la preservación del entorno cultural y ecológico del país.

- **Generosidad**

Actuar con generosidad especial, sensibilidad y solidaridad, particularmente frente a los chiquillos, las personas de la tercera edad, nuestras etnias y las personas con discapacidad y en especial a todas aquellas personas que menos tienen.

- **Igualdad**

Hacer regla invariable de actos y decisiones al procurar igualdad de oportunidades para todos los mexicanos y mexicanas, sin distinto de sexo, edad, credo, raza, religión o preferencia política.

- **Respeto**

Respetar sin excepción alguna la dignidad de la persona humana los derechos y las libertades que le son inherentes, siempre con trato amable y tolerancia para todos y todas las mexicanas.

- **Liderazgo**

Apoyar y promover estos compromisos con ejemplo personal, abonando a los principios morales que son base y sustento de una sociedad exitosa en una Patria ordenada y generosa, permite un desempeño íntegro de los quehaceres diarios en el campo laboral del Hospital Psiquiátrico Infantil.

El cumplimiento riguroso del Código de Ética de los Servidores Públicos permite brindar una atención eficaz, con calidad y sobre todo con calidez a los pacientes menores de edad y sus familias, que son su razón de ser.

ORGANIGRAMA

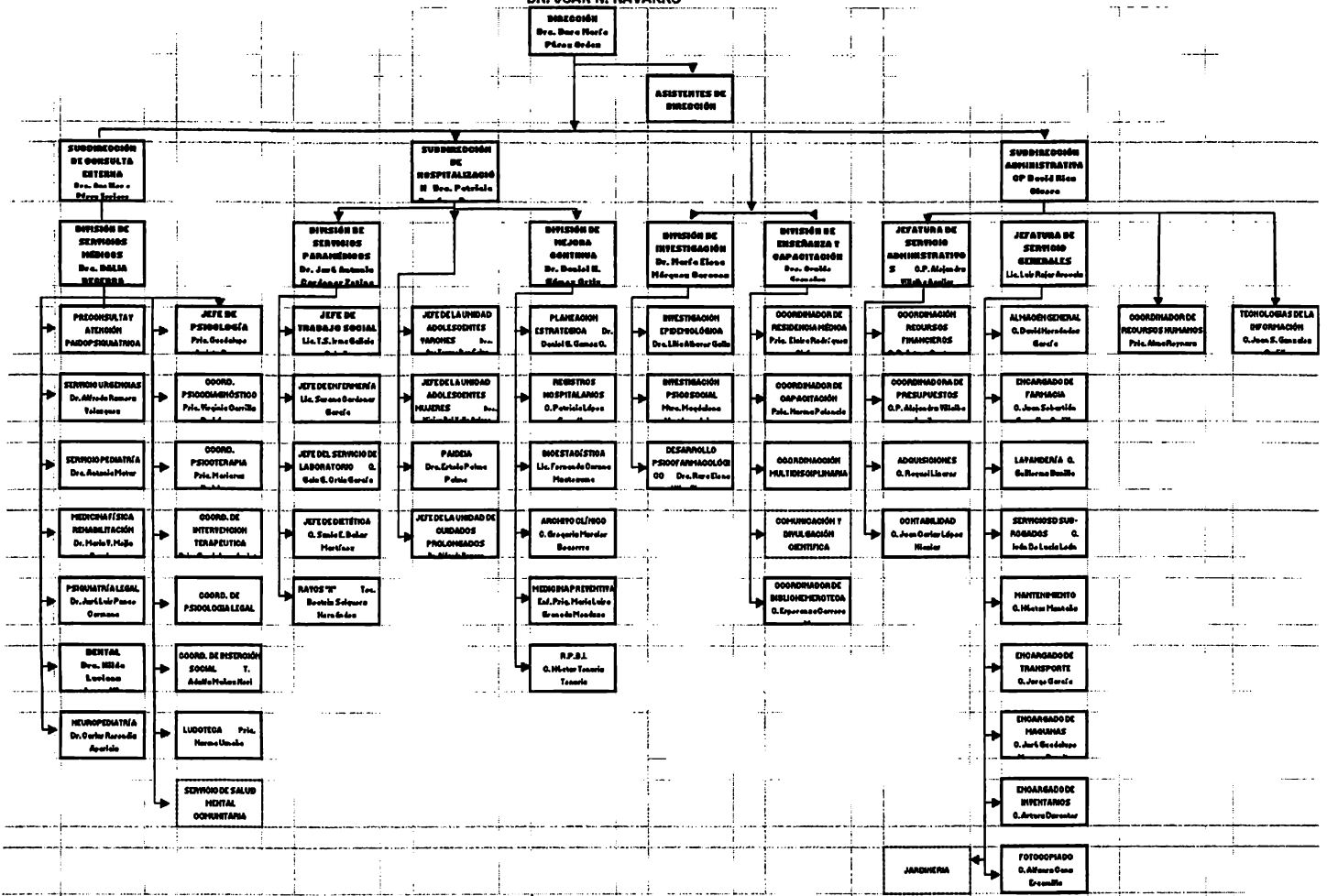
El siguiente organigrama muestra el flujo actual de los puestos, en los cuales encontramos cada servicio que presta actualmente la institución.

Se muestra la Dirección General, de la cual dependen tres Subdirecciones encargadas del área operativa del Hospital, de estas se desprenden 7 Divisiones o Jefaturas de Servicios, encargadas de la escucha y solución de las demandas de las Jefaturas. La jefatura de Psicodiagnóstico y Tratamientos depende directamente de esta.

La Jefatura de Psicodiagnóstico y Tratamientos se encarga de gestionar a la Coordinación de Psicoterapias de la cual se desprende el proyecto de los grupos Psicoeducativos, Formados en el programa de Análisis Conductual Aplicado, que tiene como objetivo el trabajo Psicoterapéutico con pacientes menores de edad que presentan problemas de conducta, al poner en riesgo su integridad o la de terceros, así como implementar repertorios básicos de etapas del desarrollo y brindar habilidades sociales para la mejor inserción del menor a su medio.

Cada una de los servicios que se muestran en el organigrama cumple con una función particular en el tratamiento de los pacientes de manera directa o indirecta. Realizando el trabajo multi e interdisciplinario y para la reinserción del paciente de manera más adecuada en la sociedad.

**ORGANIGRAMA
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL
DR. JUAN N. NAVARRO**



NOTA: LAS LINEAS PUNTEADAS ESTAN EN PROYECTO DE INNOVACIÓN

COORDINACIÓN DE PSICOTERAPIAS

La Coordinación de Psicoterapias cuenta con una plantilla de 30 psicólogos adscritos, asignados en los 5 programas psicoterapéuticos con que cuenta esta coordinación, cada programa cuenta con diferente cantidad tanto de recursos materiales como humanos para el desarrollo de sus actividades. Sin embargo todos ellos están dedicados a brindar atención psicológica a los pacientes menores de edad, con diversos diagnósticos sin perder de vista la misión del servicio de psicoterapia que es proporcionar atención psicoterapéutica especializada, oportuna y de calidad, que ofrece oportunidades de mejoría y una adecuada rehabilitación psicosocial. El logro de estas metas de atención se hace por medio de acciones específicas, a cargo de profesionales organizados en equipos interdisciplinarios, que cubren las demandas de atención.

Durante el periodo 2011 se realiza un total de 70,042 actividades en la coordinación de psicoterapias, se estiman 6203 entrevistas, 34,150 Intervenciones de Psicoterapia individual, 15,529 en Terapia grupal y 4503 en Terapia familiar. El número de actividades no se distribuye de manera uniforme en cada programa de la coordinación de psicoterapias. Es el médico responsable del caso, el Paidopsiquiatra encargado de hacer la distribución al programa psicoterapéutico tomando en cuenta las necesidades de tratamiento del paciente. Como se mencionó, los problemas conductuales, son una de las principales condiciones comorbidas del Trastorno Por Déficit de Atención, es por esto que la prioridad en la atención psicoterapéutica se dirige al programa de Análisis Conductual Aplicado, pues los programas realizados tanto en la terapia individual, grupal o cursos Psicoeducativos para padres con la finalidad de reducir o incrementar los déficits y excesos en el comportamiento son las herramientas diarias de trabajo.

Análisis Conductual Aplicado recibe el 38.8% de la demanda total de la coordinación. Es decir, que 5 de cada 10 solicitudes son canalizadas a ese programa.

El funcionamiento de la consulta del Hospital se puede describir como sigue: Una vez que el Paidopsiquiatra considera la necesidad de ingreso a tratamiento psicológico, envía una hoja de referencia interna con la sugerencia de tratamiento a la Coordinación de Psicoterapias para su registro y asignación de terapeuta. Es la Coordinadora del Servicio de Psicoterapias quien determina, el cumplimiento de las políticas y criterios para ser enviado al programa sugerido. En ese Servicio se determina cuales pacientes serán enviados a los grupos psicoeducativo que se imparten por personal del programa de Análisis Conductual Aplicado, una vez que cumplen con las características de edad y diagnóstico.

En el tiempo de duración del grupo psicoeducativo los padres del menor deberán entregar recibos de pago para justificar su asistencia, misma que se registra en el expediente clínico para conocimiento del médico tratante. Al concluir el número de sesiones el resultado es variable. Los padres pueden ser dados de Alta por mejoría si han acudido a sus cuatro sesiones del grupo y se han observado avances significativos en el manejo de la conducta de sus hijos, lo cual es valorado por la Psicóloga responsable del grupo. Alta Voluntaria si acudieron a solo dos o tres sesiones con avances en el trabajo conductual, con el compromiso de acudir en un siguiente grupo a las sesiones faltantes y Baja al no presentarse a ninguna de las sesiones programadas; en este caso se requerirá que acudan al siguiente grupo realizando nuevamente el procedimiento de ingreso.

La estructura de la institución, permite a los profesionistas en cualquier ámbito de la salud, desarrollar habilidades de crecimiento profesional y personal en el campo de su especialidad, ya que cuenta con un diseño organizacional único que admite la apertura de de diversos programas o modalidades de diagnóstico y

tratamientos. La experiencia clínica que se obtiene con el trabajo en diferentes servicios permite la innovación permanente buscando estrategias para la mejor atención de los usuarios y de manera indirecta esa misma oportunidad se logra personalmente un ejemplo de esta condición es el desarrollo de los grupos Psicoeducativos para padres.

La experiencia clínica que se obtiene con el trabajo en diferentes servicios, permite la innovación permanente buscando estrategias para la mejor atención de los usuarios y de manera indirecta esa misma oportunidad se logra personalmente.

Desde su creación en el año 1966, el Hospital ha buscado medidas de adaptación a una población cada vez mayor y con necesidad de solucionar los padecimientos mentales que presentan. Es por esto que los profesionistas de la salud deberán buscar mejores estrategias de tratamiento que permitan dar soluciones óptimas a esta demanda de atención.

Capítulo 1. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)

El objetivo de este trabajo es analizar los elementos que componen una parte importante del tratamiento en menores que padecen TDAH y que presentan problemas de conducta, las repercusiones en la dinámica familiar a partir de los estilos de crianza; así como herramientas que pueden ser de gran utilidad para los padres para manejar las conductas problema que presentan sus hijos, brindando un panorama más amplio en las expectativas y soluciones.

La decisión de concebir un hijo, formula expectativas generalmente irreales de lo que se espera de él, Freixa, (1993). La mayoría de los padres espera que sus hijos consumen esa perspectiva en todas las áreas de su vida futura, p.ej., buen promedio en el nivel educativo, ser socialmente aceptado, desarrollo de hábitos adaptativos sin complicaciones etc.

Ésta es la razón por la que se agudizan los problemas en el ámbito familiar, cuando un miembro comienza a presentar dificultades a edades tempranas en el desarrollo. El tipo e intensidad de las dificultades puede variar, entre otras podemos citar el déficit de atención de atención, pobre contacto social, imposibilidad de auto control, y la desobediencia. Problemas que de no ser tratadas adecuadamente puede generar tensión, frustración así como dificultades en la convivencia con él menor. (Avila de Encío y Polaino-Lorente, 2001)

Las complicaciones en el desarrollo del menor, fomentan en los padres la necesidad de utilizar estrategias, para manejar las conductas "problema" haciendo uso de las herramientas más familiares o socialmente conocidas. Esto es, aquellas empleadas con mayor frecuencia cuando ya se tiene experiencia con hijos previos; o a través de la crítica o dirección de familiares extensos, que a decir del resto de el sistema considera más eficaz en el manejo de la conducta problema (Barkley, 2002).

Es decir, lamentablemente, buscar ayuda profesional suele ser una de las últimas opciones de los padres o responsables. Esto generalmente se debe a la culpa y desconocimiento, de que los problemas de conducta pueden ser susceptibles de un manejo farmacológico elegido por un profesional en salud mental así como de tratamiento psicológico para el manejo de conductas que generan problemas en la vida diaria, pero también por el estigma asociado a los tratamientos mentales, a la cual se enfrentan los padres (Barkley, 2002), pues de manera común son criticados por las conductas problemáticas de sus hijos limitando con esto la conciencia de que existe una posible enfermedad y que éstas condiciones del menor no son las esperadas o “normales”, requiriendo la evaluación de un experto.

Es generalmente hasta que las dificultades en otros ambientes como la escuela son tan exacerbadas, que los padres se ven en la necesidad de buscar alternativas profesionales. A pesar de que existe mayor apertura de las condiciones psiquiátricas y en particular, del Trastorno Por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), no es sencillo para los padres tomar la decisión de acudir a un tratamiento especializado.

Por otra parte cuando un menor es diagnosticado con TDAH, los padres nuevamente generan expectativas, generalmente encaminadas a que las dificultades del menor disminuyan de forma inmediata o bien a obtener una “cura” que lleve a los menores a cumplir con un desarrollo normal. Por lo que se requiere bríndales información clara y precisa del trastorno para evitar generar expectativas poco realistas.

Por lo que, es necesario comenzar el trabajo de los especialistas con intervenciones orientadas a mejorar la información sobre el trastorno y la solución práctica de los problemas inmediatos. Una estrategia útil es la psicoeducación a los tutores o responsables, en particular la referente a la sensibilización para un adecuado manejo de las conductas problemáticas en el menor y el papel

preponderante que los padres tienen en este proceso. Así mismo, la intervención profesional procura un mayor conocimiento del diagnóstico y tratamientos alternativos multidisciplinarios, en el que se incluye además del trabajo con los padres, medicamentos cuando así lo requieran, y psicoterapia individual para el menor (Ruiz, 2012). Esta forma de intervención ayuda a que la angustia de los padres disminuya así como a que desarrollen mejores estrategias de afrontamiento hacia las dificultades de comportamiento del menor.

Como se mencionó, el cuidar de un menor con diagnóstico de TDAH hace estragos en la dinámica familiar, pues la condición general de los miembros, se ve afectada. Por lo que es importante tomar en cuenta elementos como: dificultades de control en los padres por sus propias condiciones, (pues es común que ellos también presenten una condición similar a la de su hijo) como la impulsividad, desatención y desorganización, criar más de un hijo con o sin diagnóstico psiquiátrico es un elemento más para ser tomado en cuenta, para generar un plan de tratamiento.

Es por esto que, como resultados de un análisis del contexto de expectativas, las complicaciones conductuales, afectivas y cognitivas en el manejo de la conducta, en el ambiente familiar, de un menor con TDAH, se vuelve trascendental, con intervenciones directas a la familia para un mejor manejo de las conductas problemáticas, involucrando también al resto de los integrantes del medio familiar. Así la meta de la intervención será mejorar las condiciones para el desarrollo del niño y de su familia. Partiendo de esta premisa, el comienzo será a partir de conocer más a fondo la afectación que causa el TDAH a los niños y a la población en general.

1.1 Etiología del (TDAH)

A pesar de que el diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) parece relativamente reciente, ya desde el siglo XIX se

comenzaban a identificar los síntomas predominantes. Maudsley y Bourneville Ruíz y Saucedo, 2012 comenzaron su descripción de niños sin retraso mental pero con movimientos no controlados y dificultad para mantener la atención. Posteriormente Tregold en Ruiz y Saucedo, 2012 continúa la descripción encontrando además de los problemas de inatención e hiperactividad, lo que suponía eran complicaciones mentales mínimas y proclives a la criminalidad. Pero es hasta 1960 que los síntomas se engloban en criterios diagnósticos comenzando a describirse el síndrome Hiperactivo, que actualmente se conoce como Trastorno por Déficit de Atención e hiperactividad.

Las investigaciones sobre las bases biológicas del TDAH, dejan clara la vulnerabilidad genética y neurobiológica de quienes padecen el trastorno, principalmente en áreas del cerebro inhibitorias de respuestas (Barragán cap. 23 en Ruiz y Saucedo, 2012). Los neurotransmisores implicados principalmente en la hiperactividad, inatención e impulsividad características de los síntomas del TDAH son principalmente, norepinefrina y dopamina principalmente.

Estudios revelan que entre el 75 y 80% de los casos encontrados de este padecimiento están relacionados con la herencia que produce una alteración en el lóbulo frontal, con un aumento importante en el riesgo cuando los padres también presentaron TDAH, (Barragán cap. 23, en Ruiz y Saucedo, 2012)

Sin embargo, estudios recientes comprenden al TDAH como un trastorno multicausal por lo que el ambiente es parte de la etiología, complicaciones como el tabaquismo, consumo de alcohol y niveles elevados de plomo en la sangre de los menores puede ser un detonante al cual se le atribuye influencia para el desarrollo de el TDAH. (Barkley, 2002; Avila, 2001).

1.2. Epidemiología del TDAH en el mundo y en México

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es la condición psiquiátrica más frecuente en niños pre escolares y escolares. Se estima que la prevalencia mundial se encuentra entre el 3% y 5% de la población infantil, la encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (2003) describe que en México el 44% de los pacientes que acuden a los Servicios de Atención Psiquiátrica presentan dicho diagnóstico. (Guías de Práctica Clínica, Secretaría de Salud 2007- 2012).

Caballo en (2002) afirma que en Europa se vive de manera diferente la hiperactividad que en países como Estados Unidos en los cuales, el interés por comprender la hiperactividad no solo como un problema de discapacidad; sino como un problema social y hasta político; pues existen numerosas asociaciones de padres que cuentan con apoyo sociofamiliar, clínico y educativo beneficiándose por "Public Law 94-142" de 1975. En el continente Europeo la investigación al respecto del desorden del TDAH es mucho menor y solamente es abordado como un problema de orden social.

El TDAH se define como una serie de síntomas que engloban dificultades para mantener la atención, el control de los impulsos y dificultad para mantener un adecuado nivel de actividad. Generando con esto déficits y excesos comportamentales que imposibilitan el mejor desempeño del menor en cualquier ambiente (Barkley, 2002)

El 60% de los menores formalmente diagnosticados con TDAH presentan comorbilidad en comparación con los que presentan otro tipo de diagnóstico, principalmente con trastornos afectivos, de ansiedad, tics, trastornos de conducta y trastornos del aprendizaje. (Guías de Práctica Clínica, Secretaría de Salud 2007-2012).

Palacios-Cruz et. al., (2011) afirman que en México el acudir con un especialista para la detección oportuna del TDAH puede tardar hasta 15 años, aun cuando se tiene el registro de que más de 1.5 millones de niños y adolescentes pueden ser diagnosticados con este trastorno.

Es por eso que no contar con un diagnóstico y tratamiento oportuno desencadenan dificultades significativas como fracaso escolar, social y familiar. Por tanto, es fundamental buscar estrategias que ayuden a realizar un diagnóstico temprano y un tratamiento eficaz para mejorar el pronóstico de los menores. La detección temprana de casos inicia, de manera general, a partir del primer contacto con los médicos de primer nivel, tales como médicos familiares, médicos generales, pediatras o neurólogos, reciben la mayor demanda de estos pacientes en sus primeros síntomas. Posteriormente, a través de las canalizaciones de dichos médicos acuden a solicitar atención de especialistas en salud mental; tales como: psiquiatras, paidopsiquiatras y psicólogos (Catalogo maestro SSA-158-09). Para lograr que se comprenda como es que se realiza el diagnóstico por los especialistas es necesario conocer los criterios con los que se debe cumplir.

1.3. Criterios Diagnósticos del TDAH, DSM IV –R y CIE-10

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado (DSM IV-TR, 2002) se encarga de agrupar los criterios sintomatológicos de los trastornos mentales para lograr mayor confiabilidad en la realización de los diagnósticos y así buscar un adecuado tratamiento.

El Paidopsiquiatra a través de entrevistas clínicas, la interpretación del electroencefalograma, y otros métodos determinan la condición particular de cada paciente. En ocasiones es importante el concurso del neurólogo para precisar el

diagnóstico. A partir de la clasificación del DSM IV-TR (2002), en la que el TDAH es considerado como un trastorno en el que predominan tres subtipos, TDAH tipo combinado F90.0, TDAH tipo con predominio del déficit de atención F90.8 y TDAH tipo con predominio hiperactivo-impulsivo F90.0, y que debe cumplir con una prevalencia de por lo menos en 6 meses en los síntomas que se describen a continuación, así como desadaptación significativa al medio con relación al nivel esperado por desarrollo. La desadaptación incluye:

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 comportamientos negativista o 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 requieran 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.

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 esperar turno
- c) A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p.ej., se entromete en conversaciones o juegos).

La cualidad de frecuencia de los síntomas, en ocasiones, puede ser confusa. Por ejemplo, ¿Qué tan a menudo tiene que ocurrir el síntoma para calificarlo como tal? Esto es variable, sin embargo, lo importante es que con la frecuencia que ocurra llega a interferir con el desarrollo del niño en la mayoría de los contextos y actividades.

Los criterios diagnósticos como la hiperactividad, la impulsividad y la inatención causantes de alteración están presentes antes de los 7 años, y suelen

presentarse en dos o más ambientes (p.ej., casa, escuela). Es importante tener claridad sobre que estos rasgos de desadaptación hayan causado deterioro significativo en la vida social, académica o familiar.

Ahora bien por su parte, la Clasificación Internacional de las Enfermedades en su décima revisión (CIE 10) hace una clasificación diagnóstica del mismo padecimiento descrito como un trastorno del comportamiento y de las emociones de inicio habitual en la infancia y adolescencia (F90). Se describen cuatro subtipos de los Trastornos Hiperkinéticos:

- a) Trastorno de la actividad y la atención.
- b) Trastorno hiperkinético disocial.
- c) Otros trastornos Hiperkinéticos.
- d) Trastornos Hiperkinéticos sin especificación.

La CIE 10 incluye entre sus descripciones para determinar el diagnóstico, el inicio temprano de los síntomas, falta de persistencia en actividades que requieren la participación de los procesos cognoscitivos y tendencia a cambiar de actividad a otra sin terminarlas, actividad desorganizada, con síntomas característicos hasta la edad adulta. Descuido e impulsividad, desconocimiento de reglas, aislamiento, retrasos del desarrollo motor y del lenguaje.

Esta clasificación no utiliza el término de TDAH ya que considera que este debe implicar el conocimiento de procesos psicológicos del que se carece de manera común y se podrían incluir niños con padecimientos ansioso, apáticos o soñadores.

Estas clasificaciones permiten a los padres o responsables de los menores ya diagnosticados con TDAH, lograr una forma más eficaz de manejar las consecuencias que se presentan en la vida al tener a su cuidado a un paciente con dicho diagnóstico

1.4. El TDAH y su afectación en el desarrollo social, escolar y familiar de menores.

Existen diferencias en las condiciones de desarrollo en los menores, éstas dependen principalmente del ámbito sociocultural en el que se desenvuelve. Sin embargo, existen también condiciones en las que se tiene similitudes por edad y desarrollo, esto permite hacer un parámetro que ayude a determinar y comprender el desarrollo normal o patológico en la en la infancia.

Papalia (1999), describe al desarrollo humano como cambios cuantitativos y cualitativos, esperados para cada etapa cronológica en la que se encuentra el ser humano. Es entonces, cuando no se cumple con criterios de los parámetros establecidos, es que se sospecha de que el desarrollo puede presentar una patología. A partir de esto es cuando la intervención de los especialistas comienza, pues a través de pruebas psicológicas, pruebas de desarrollo, electroencefalogramas, entrevistas, registros del comportamiento etc., se puede detectar la condición real de los menores, realizando un diagnóstico diferencial. Particularmente en el TDAH los menores presentan condiciones alteradas desde la infancia temprana; por ejemplo los niños que presentan un diagnóstico psiquiátrico como el TDAH exhiben, aún antes de los 12 meses de edad, cambios significativos en el temperamento o estado de ánimo, son más irritables en comparación con los menores que no lo padecen, suele tener dificultades para socializar, así como inquietud excesiva y problemas para conciliar o mantener el sueño. (Hernández, cap. 6 en Ruiz y Saucedo, 2012). Se tiene registro incluso de que las madres reportan complicaciones durante el embarazo y nacimiento, complicaciones que se agudizan cuando las madres son menores de 20 años, el primer embarazo, problemas para establecer rutinas durante la infancia y problemas de salud en general (Barkley, 2002).

A partir de los 2 y hasta aproximadamente los 5 años de edad, se agrega desobediencia, inatención e impulsividad, a la sintomatología ya descrita, en

ocasiones el niño se torna destructivo, brusco en los juegos, con predominio de la irritabilidad que desencadena múltiples berrinches intensos. Además se muestran difíciles de controlar para los cuidadores, suelen ser demandantes y confrontar frecuentemente a los otros sin hacer distinción en pares o autoridad, a los problemas de sueño suele agregarse pesadillas. Todas estas condiciones generan importantes complicaciones en el ámbito familiar, escolar y social. (Hernández, cap. 6 en Ruiz y Saucedo, 2012)

Los niños entre 6 y 10 años de edad se encuentran en la etapa escolar, período que se determina por el desarrollo de habilidades de integración con pares, aprendizaje y adaptación, además del desarrollo de autoestima positiva, las cuales son fundamentales para la adecuada integración de los menores a su medio ambiente; sin embargo, si durante esta etapa se presentan dificultades en alguna de las áreas necesarias para la adaptación óptima, se concebirá un problema que puede ser sujeto de atención especializada.

Chaparro y Morales en 2011; refieren que los niños de segundo grado de primaria (entre 6 y 8 años) invierten más tiempo en interactuar con sus compañeros que en las actividades académicas, lo cual es parte esencial a desarrollar en esta etapa, y además que aun presentando conductas problema como chiflar, cantar, gritar, patear o hacer ruidos el aprendizaje se completaba; pues la interacción con los compañeros influía positivamente con ello. Sin embargo el TDAH compromete las metas que esta etapa del desarrollo espera cumplir, los problemas de inatención impedirían que esos distractores no generaran conflictos más graves o que aun cuando intenten tener un relación más cercana con los pares, estos los rechacen.

La afectación en la autoestima se presenta primeramente por que los menores se percatan de sus deficiencias generadas por los síntomas como impulsividad, inatención e hiperactividad en su desempeño escolar que incluso los lleva a pensar que sus capacidades intelectuales no son equiparables con el resto del grupo, y posteriormente por que las complicaciones en la conducta limita sus

relaciones con pares y con la autoridad (Barragán, cap. 5 en Ruiz y Saucedo, 2012).

Durante la etapa escolar el desconocimiento que pudiera llegar a tener el profesor respecto a la condición diagnóstica del TDAH, es otro componente que genera dificultades para el manejo en el ambiente escolar; ya que con frecuencia los retos a la autoridad y el incumplimiento de la disciplina se agravan. Los maestros culpan a los padres de no saber poner límites ni educar adecuadamente a los menores y es entonces cuando el inconveniente es aun mayor; ya que los padres comenzaran a ser más estrictos, incluso agresivos y los problemas se presentaran con mayor frecuencia e intensidad. (Ávila y Polaino- Lorente 1999).

Con la información anterior se aclara el panorama del deterioro que va viviéndose en el autoconcepto y la autoestima positiva del menor; el refuerzo negativo constante y el rechazo social dan un vuelco a lo que debería ser la etapa de desarrollo encargada de favorecer la socialización y cercanía afectiva así como el desarrollo personal adecuado para enfrentar los retos de la vida futura.

Las dificultades suelen exacerbarse con el paso del tiempo pues los escolares entre los 10 y 12 años suman a los síntomas ya mencionados, dificultades para ser responsables con deberes en casa y escuela, frecuentemente pierden o rompen cosas y los problemas entre pares se presentan con mayor frecuencia. Todo esto, sin duda, detona conductas de rechazo y agresión (Barragán, cap. 5 en Ruiz y Saucedo, 2012). Lo último, suele ser la causa de acudir urgentemente con un especialista (asumiendo la disponibilidad del servicio), y es en este momento que se puede hacer un diagnóstico eficaz del trastorno.

En etapas avanzadas, la movilidad, y la inquietud aumentan de manera importante y se sabe que existe un ligero retraso en las habilidades motoras finas. Así mismo, aunque no se tiene evidencia científica rigurosa, se han encontrado mayores complicaciones de oído como infecciones y de visión. Lo que está más establecido es que los niños con TDAH a menudo son agresivos física y/o

verbalmente, y en algunos casos comienzan las conductas disociales como robos, mentiras o escapes de casa (Barkley, 2002).

En cuanto al desarrollo emocional de los menores que presentan TDAH, se observan dificultades importantes. Son constantes las riñas con pares, las complicaciones de conducta, el rechazo social, el fracaso escolar. A su vez, las constantes reprimendas de los padres complican la formación adecuada del auto concepto y la autoestima, pues en la etapa escolar se gestan dichos conceptos, y que será la condición necesaria para una sana inclusión en el ámbito social.

Los problemas de conducta son evidentes para más personas y en más ambientes y cada vez más difíciles de controlar, es un gran esfuerzo sostener la atención y la integración a grupos sociales; por ejemplo, suelen no ser invitados a fiestas, recibir múltiples quejas en la escuela que culminan en suspensión de clases. Sin embargo, como los menores son conscientes de estas dificultades, hacen un gran esfuerzo para compensar sus deficiencias, con promesas de mejorar que por su condición psiquiátrica no podrán cumplir, regalando objetos propios y haciendo cosas por los demás aún cuando esto sea un detonante de más problemas. Todas estas condiciones propician en el menor un desarrollo inadecuado. El panorama no es muy prometedor cuando padres e hijos con trastorno se involucran en intercambios progresivamente más inadecuados, violentos y menos saludables.

1.5. Modelos de Tratamiento: Farmacoterapia y Psicoterapia.

Para poder dar soporte a los cuidadores de menores que tienen contacto cercano con un paciente con un diagnóstico de TDAH, los investigadores han generado modelos de atención que resulten eficaces para a estas demandas.

Desde el inicio del siglo XX se pensaba que los problemas de los pacientes que con la sintomatología que hoy se conoce como TDAH, eran producto de la falta de control moral y que no había aprendido a regular el comportamiento así que la

primera recomendación era aplicar castigos principalmente físicos (Sánchez y Ruiz, cap. 19 en Ruiz y Saucedo, 2012).

Posteriormente de manera casual se descubre que los síntomas provocados por el trastorno se pueden atenuar a partir de la toma de medicamentos como el metilfenidato que aun en nuestros días es sumamente empleado en el manejo de los síntomas del TDAH.

Sin embargo con el paso del tiempo los investigadores se percataron de que el abordaje terapéutico del TDAH debe ser multimodal e interdisciplinario, pese a la eficacia mostrada por los fármacos estimulantes y los no estimulantes para reducir los principales síntomas del TDAH, inatención, hiperactividad e impulsividad.

Tratamiento farmacológico

Existen evidencias científicas importantes que avalan la efectividad del tratamiento basado en fármacos a corto y largo plazo, así como de los efectos colaterales que dicho tratamiento implica.

A principios del siglo XX se tenía poca información de lo que hoy conocemos como TDAH y sus implicaciones en la conducta, se pensaba que estas dificultades correspondían al orden de la moral por lo que la manera de controlar las complicaciones presentes era a través de restricciones y castigos más severos (Sánchez y Ruiz, cap. 19 en Ruiz y Saucedo, 2012). Es hasta la década de los 50's que se detecta que anfetaminas o metilfenidato podía decrementar los síntomas como hiperactividad e inatención, es entonces cuando se deja de pensar en la moralidad como causa de inicio y se piensa entonces en una enfermedad.

Sin embargo, es recientemente, en los años 90 cuando el tratamiento farmacológico se convierte en el principal componente para tratar a los pacientes

con TDAH; mostrando mayor eficacia en el decremento de algunos de los síntomas, pero algunos otros permanecían sin mejora; es por lo cual que se opta por utilizar un tratamiento multimodal (Barkley, 2002).

Tomando en cuenta que el tratamiento farmacológico ha sido de gran utilidad para el manejo de las implicaciones sintomatológicas, no se puede perder de vista que es un elemento que debe valorarse de forma primordial en el trabajo multimodal; pues logra hacer un decremento de los síntomas de manera rápida. Por ejemplo la inatención que los menores presentan en la escuela y que como consecuencia tiene el bajo rendimiento escolar; se favorece en corto tiempo con la toma regular de medicamento; lo que disminuye es estrés de los padres respecto a la posibilidad de reprobación el año. Otro ejemplo se ve claramente cuando la inquietud exacerbada durante las horas que permanecen en la escuela, muestra un decremento evidente cuando se utilizan los fármacos.

De manera común en el tratamiento en la institución preferentemente se utilizan 2 grupos de fármacos principalmente, los estimulantes como el metilfenidato y las anfetaminas y por otro lado los no estimulantes; antidepresivos tricíclicos, (De la Peña et al, 2009).

El tratamiento con fármacos genera un gran avance en casos en que los pacientes están padeciendo condiciones extremas propiciadas por los síntomas desencadenados del TDAH; es decir, cuando están constantemente en riesgo en la integridad física por conductas impulsivas como subir a lugares muy altos o cruzar las calles sin cuidado, etc. Aun cuando el tratamiento con el paciente no puede sólo basarse en medicamento únicamente, si debe considerarse para mejorar la condición general de los menores y con esto disminuir las complicaciones a las que se enfrenta la familia y el ambiente en general.

En épocas recientes y a partir del segundo Congreso Latinoamericano del TDAH en el 2008, se tiene la necesidad de generar algoritmos en el tratamiento, para el abordaje del TDAH (De la Peña Olvera et al, 2009). Es decir instrucciones claras

y precisas de la forma más adecuada para brindar tratamiento a los pacientes con TDAH, por ejemplo; a) brindar estrategias psicoeducativas a los padres para mejor conocimiento del trastorno, b) brindar estrategias a los profesores para mejorar el rendimiento académico de los pacientes; c) realizar exámenes de laboratorio etcétera.

Es así que se realizan estudios pertinentes para determinar cuáles de los tratamientos farmacológicos pueden generar mayor beneficio y menores costos en la salud en menores escolares, encontrando entonces que el metilfenidato y las anfetaminas se han evaluado como mayormente eficaces y seguras en comparación con la atomoxetina. Sin embargo los estudios realizados con otro tipo de medicamento como los antidepresivos tricíclicos, determinan que hay una eficacia parcial tanto de los síntomas propios del trastorno como de la comorbilidad.

Es por esto que Sánchez y Ruiz, cap. 19 en Ruiz y Barragán, (2012) proponen tomar en cuenta ciertos criterios para el uso y consumo de los medicamentos:

1. Los medicamentos deben ser aprobados por la secretaría de salud para ser administrados a los menores.
2. Sólo los médicos pueden prescribir medicamentos.
3. La dosis debe justificarse con base en el peso, iniciando con una fracción del medicamento y posteriormente hacer aumentos graduales.
4. Debe haber una estricta vigilancia médica una vez que está instalado el medicamento.
5. Debe hacerse la aplicación del medicamento individualizada, por las condiciones del paciente.

Aun con estudios recientes y novedosos respecto a los fármacos y su eficacia, aún es clara la necesidad de contar con otros elementos adyuvantes para mejorar la calidad de vida de los pacientes con TDAH. (De la Peña Olvera et al, 2009).

Tomando en cuenta esta necesidad y que en algunas ocasiones la respuesta del medicamento no es la esperada o deseada por los especialistas y los cuidadores, es que se genera entonces una siguiente etapa en el trabajo con el TDAH. Una alternativa es la psicoeducación a padres o cuidadores en la que se da información ampliada de otros tratamientos farmacológicos como alternativa, así como de la participación de la familia en el trabajo con el paciente, estrategias de afrontamiento para que las conozcan y las practiquen los responsables y los pacientes; y material de psicoeducación para maestros (De la Peña Olvera et al, 2009; Chaparro Caso López, 2001, 1996).

No obstante se recomienda que se capacite a los padres en el manejo de las condiciones problemáticas generales del paciente con TDAH. Es decir, de forma exhaustiva revisar la psicoeducación y poner en práctica los modelos de entrenamiento en la que se puede aplicar las estrategias aprendidas tanto conductuales como de afrontamiento, involucrando a la familia completa con el objetivo de dar mayor estructura al tratamiento (Guías de Práctica Clínica, Secretaría de Salud 2007- 2012). Aún así, es importante continuar con la toma de fármacos para agilizar la mejora de los síntomas del trastorno y en caso de que esto continúe aún con eficacia parcial, se deberá revalorar el diagnóstico del TDAH. En caso de confirmar el diagnóstico entonces se podrá solicitar una intervención de mayor intensidad, por ejemplo de tipo psicoterapéutica individual o grupal para el paciente. (Guías de Práctica Clínica, Secretaría de Salud 2007-2012).

Tratamiento Psicoterapéutico

El tratamiento psicoterapéutico tiene como objetivo primordial realizar una valoración ya sea clínica o a través de pruebas psicológicas para determinar la necesidad de abordaje del paciente y con esto hacer un tratamiento más eficaz. Las habilidades de afrontamiento, mejorar la atención y concentración, y trabajo con autoestima suelen ser condiciones prioritarias para el trabajo psicoterapéutico.

Sin embargo, la terapia de conducta y emocional son condiciones básicas para mejorar la calidad de vida del paciente.

Guías de Práctica Clínica, Secretaría de Salud 2007- 2012, proponen que la psicoeducación a los padres debe ser la alternativa prioritaria para brindar a los padres y que estos cuenten con estrategias eficaces y que han probado su funcionalidad, para dar paso de manera expedita a resolución de los conflictos generados por las dificultades de conducta que presentan los menores. Posteriormente y sólo en caso de que estas estrategias no logren el decremento de las conductas problema, se toma como alternativa una psicoterapia directa con el paciente.

También existen tratamientos alternos que pueden mejorar la calidad de vida de los pacientes cuando lo que se requiere está dirigido a problemas en el aprendizaje, lo que se observa de manera frecuente en los pacientes con este trastorno. Por lo que las terapias psicopedagógicas podrían ser una adecuada estrategia, la terapia de psicomotricidad para desarrollar mejores condiciones motoras como torpeza e incoordinación, terapias de lenguaje ya que se tiene claro que el no desarrollar un lenguaje adecuado con relación a la edad y etapa del desarrollo frecuentemente se asocia con problemas en el aprendizaje; terapias ocupacionales y de integración sensorial con la finalidad de mejorar la interacción social, solución de conflictos en la vida diaria, desarrollar patrones de hábito, etc. Estos tratamientos complementarios fomentan la inclusión y pertenencia a un grupo (Reséndiz y de Santillana Verdín, cap. 20 en Ruiz y Saucedo, 2012; Guías de Práctica Clínica, Secretaría de Salud 2007- 2012).

Desde una perspectiva multidisciplinaria se entiende entonces, que es preponderante la necesidad de hacer un diagnóstico adecuado en tiempo y condición. A partir de esto, capacitar a un número mayor de personas que están involucradas con la atención primaria de los menores, coadyuvaría a un mejor manejo del caso y aun pronóstico más favorable.

Con una detección desde los primeros indicios de la presencia del TDAH y un tratamiento oportuno, se busca reducir las afectaciones a las cuales se enfrenta tanto el menor como el resto de los miembros de la familia y mejore la calidad de vida del entorno familiar.

Sin embargo, el trabajo necesario para lograr mejores resultados y obtener optimas condiciones de vida para estos menores, no solo involucra a los especialistas en salud, pues la comorbilidad psiquiátrica es muy amplia, también implica a los padres, maestros y sociedad en general. Atender los distintos contextos del desarrollo es un elemento clave para lograr estos objetivos, lo que hace necesario desarrollar intervenciones dirigidas a sensibilizar y capacitar para hacer frente a las déficits y excesos de los menores. Los programas de intervención deben procurar incluir todos los recursos materiales, humanos y tecnológicos con los que se cuenta para mejorar el estado general de los pacientes que padecen TDAH.

Capítulo 2. Familias con hijos con TDAH

La necesidad de pertenecer a un núcleo familiar es una de las condiciones humanas más primitivas, un grupo, en el que los mayores se comprometan, a guiar y transmitir los valores, reglas y costumbres de la sociedad en la que viven, a los miembros más pequeños del clan sería fundamental para una adecuada inclusión de los integrantes a la colectividad.

Más aun cuando se trata de un integrante que presente complicaciones para ser incluido. La familia constituye un elemento fundamental para guiar y dar fortaleza e incluir a los miembros del grupo.

2.1. Desarrollo familiar cuando hay menores diagnosticados con TDAH

La convivencia de las personas en un sistema familiar cualquiera, no es una condición sencilla; cada miembro de ésta, tiene un lugar especial y único en la familia; por lo cual cuando uno de los integrantes no cumple adecuadamente con su labor se generan sesgos en el sistema; desajustes que de no ser observados incrementan consecuencias negativas para todos en el grupo, con el paso del tiempo.

Los desacuerdos entre los miembros respecto la forma que se debe o no educar, marcar límites y reglas; quién debe ejercer la autoridad y cómo debe ser ejercida son consideraciones que se deben tomar en cuenta en el desarrollo de los sistemas familiares.

Para conocer que tan funcional es una familia, es necesario aclarar la manera en que el grupo responde a una condición de conflicto, cómo lo soluciona; a partir de ese momento se observará si la familia utiliza estrategias estabilizadoras para

salvaguardar al resto de los integrantes del grupo o por el contrario se efectuará una dificultad mayor al encontrarse en estrés, en un caos (Gómez, 2008).

La Organización Mundial de la Salud, en Gómez 2008, refiere que "La familia puede ser un grupo fundamental para el concepto de salud- enfermedad" ya que en esta, se generan los hábitos, costumbres, valores y estilos de cuidado para tener mejores condiciones de salud; por lo tanto la mejoría también parte de este sistema pues puede significar un camino de mejora en las condiciones afectadas cuando hace frente a estas, de forma temprana.

Las familias son los agentes más apreciados dentro de la sociedad para transmitir las competencias humanas de generación en generación, entonces, cuando hay algún miembro con necesidades especiales, todos los componentes de la familia nuclear y extensa, así como los servicios sociales se verán afectados. Freixa, (1993).

Continuando con esta línea Cirillo, Selvini y Sorrentino, (2004) de igual forma consideran a la familia como un recurso, que tiene la tarea de recibir ayuda para las crisis de desarrollo, como un elemento necesario y central en la evolución de los pacientes en los servicios de atención psiquiátrica particularmente. Incluso consideran necesario ingresar los familiares a los grupos, ya que su participación es sumamente importante para los aspectos de inserción de los pacientes

El TDAH no es la excepción, requiere que las familias estén alertas respecto a las necesidades que presenta el menor desde edades tempranas, de la manera en que se van a tomar las decisiones y cómo se integrará al grupo o sistema al menor que padece el trastorno y deberá buscar elementos que ayuden a fortalecer a todo el grupo familiar, nuclear y extenso con la finalidad de mejorar la calidad de vida de todos sus miembros o de lo contrario podría colapsar hasta la destrucción.

2.1. Conciencia de enfermedad en las familias con miembros con TDAH

La mayoría de los padres que presenta el reto de tener un hijo con TDAH con frecuencia desconoce el trastorno y las implicaciones que esto tendrá en su vida futura. Las primeras experiencias son de desconcierto y culpabilidad por ser ineficaces en la crianza (Jaimes, cap. 17 en Ruiz y Saucedo, 2012).

Cuando los problemas de conducta son tan evidentes desde el inicio de la vida, la mayoría de los padres no logran percatarse de cómo se han mantenido los excesos comportamentales, condiciones que al paso del tiempo serán inevitablemente dificultades de adaptación en los menores y de estrés en los padres. Garry, (2005)

La información es la herramienta más eficaz para conocer la realidad diagnóstica y con esto comenzar a utilizar estrategias óptimas para la aceptación y el compromiso que conlleva la crianza de un hijo. En la actualidad existen un sin número de fuentes de información de las cuales se pueden obtener conocimientos fidedignos respecto al TDAH.

Conocer el impacto del trastorno en la sociedad, la mejor manera de actuar, la importancia de conocer los déficits y excesos de cada uno de los niños que padece TDAH, así como los métodos más adecuados de control de la sintomatología desprendida del diagnóstico ayudarán no solo a entender la condición del menor; también la de los padres y la de la familia con el objetivo de lograr integrar más hábilmente el conocimiento en beneficio del sistema familiar, Barkley, (2002).

Para garantizar un ambiente de crianza más propicio los padres deben asumir el compromiso de involucrarse con el tratamiento del menor; asumir la necesidad de conocer más y mejor acerca de la condición psiquiátrica que se está presentado. Además, asumir el rol de familia en tratamiento ayuda al especialista en salud

mental para mejorar las condiciones de vida que se están presentando en el menor durante y al término del tratamiento para que la mejoría no sea limitada.

2.2. Estrés parental y necesidades de información para la solución de problemas para los padres

Los efectos que se manifestaran a partir de la necesidad de atención especializada con un hijo en la unidad familiar pueden tener dos vertientes, por un lado son conflictivos para algunas familias, manifestando estrés, hasta el punto de llevar al divorcio o separación, mientras otras salen fortalecidas de esta experiencia. Freixa, (1993).

Para detener el impacto que genera la noticia de tener un miembro en el sistema de familia, que requerirá atención especial, es importante hacerse cobijar por las redes sociales con las que se cuente dentro de la sociedad; redes que coadyuven a desarrollar tratamientos, faciliten las relaciones entre pares y autoridades y provean de información útil para la mejora de los niños con TDAH en la inclusión a su ambiente. Barkley, (2002).

Si el impacto para los padres al percatarse de los déficits y excesos derivados de la sintomatología del TDAH, y posteriormente tener el diagnóstico confirmado para uno de sus hijos, genera ciertas expectativas y creencias. Los demás miembros de la familia como hermanos, primos, abuelos etc., de la misma forma se verán afectados; ya sea por la constante necesidad de acudir a tratamientos, dedicar un mayor número de horas en el cuidado de el menor identificado o administrar medicamento que reduce la capacidad económica por su alto costo, entre un sin número de condiciones más que modificarán la manera en que se desarrolla un sistema familiar, por lo que esto, no es una condición no esperada ni aceptada con facilidad. Así el hacer partícipe a la familia de la condición diagnóstica y de la información fidedigna que se va obteniendo con el trascurso del tratamiento es

preponderante; con esto colaboramos a una mejor comprensión del diagnóstico en la familia pero a un largo plazo también es una forma de involucrar a la sociedad.

2.3. Estilos de crianza predominantes con menores con TDAH

Al hablar de crianza de los hijos invita a tomar un gran número de caminos al que cada padre podrá hacer referencia dependiendo de su propia estructura de vida, su escala de valores entre otros aspectos; sin embargo, existen reglas que si bien no son universales pueden ayudarnos o guiarnos en el camino de algunos factores generales en la educación.

(Sauceda y Maldonado, cap. 8 en Ruiz y Saucedo, 2012), plantean que sin importar que exista un trastorno psiquiátrico, alguna enfermedad, o condición particular en los niños; la supervisión, la estructura, la aceptación y el afecto son elementos necesarios para mejorar la condición de vida.

La supervisión se refiere mostrar congruencia entre lo que se puede y lo que se quiere; es decir, que el menor decida tomar en sus manos un objeto punzocortante; no quiere decir que pueda tenerlo. Querer no debe ser igual que poseer y esto se debe valorar dependiendo de la etapa de desarrollo del niño.

La estructura hace énfasis en implementar límites y reglas claras con expectativas específicas reforzadas positivamente y que incluyan cuando es necesario un castigo; siempre cuidando que el respeto como persona no se desvanezca.

La aceptación está presente cuando los padres aceptan y respetan como persona y responden adecuadamente a sus necesidades, incluyendo pasar tiempos juntos, conocer sus gustos y comprender y asumir sus fortalezas y debilidades.

El afecto implica mostrar el cariño y las emociones abiertamente en forma espontánea, regular y genuina así como de manera incondicional.

Una de las creencias más arraigadas es que para ser respetados por los hijos los padres deben mostrar su poder y autoridad para controlar, dirigir, y educar a sus hijos. Sin embargo, Gordon (2001) afirma que la mayoría de los padres que tienen aún dificultad para entender a los límites como significado de demarcar o de limitar un territorio. Esta duda genera utilizar la autoridad indiscriminadamente y en algunas ocasiones no saben que más hacer y cometen errores que los llevan a dejar la autoridad total a los hijos (Chávez, 2012).

De acuerdo a Miguez, (2001) todo comportamiento de cada niño o adolescente esta sostenido por un motivo, el papel de los padres entonces, es marcar los bordes de lo permitido, eso es poner límites.

Cuando existe un diagnóstico como el TDAH la condición no es tan distinta; se trata entonces de generar condiciones de respeto, supervisión, aceptación, orden y afecto con las condiciones necesarias para fomentarlo pero sin perder de vista la individualidad que caracteriza a cada menor; en caso de que las condiciones con un menor con este trastorno sean más exacerbadas se debe tomar en cuenta alguna de estas tres condiciones: 1) permanencia de conflictos padres e hijos, castigos severos, peleas constantes, discusiones y desaprobación franca, son los elementos idóneos para que los menores reacciones de forma inadecuada. 2) inadecuada supervisión; no conocer lo que hacen, como están resolviendo sus conflictos , no poner atención a las necesidades y explicaciones que requieran se concierte en un problema que agrava constantemente; y 3) pobre involucramiento emocional; no hay refuerzo positivo de forma consistente, no existen condiciones emocionalmente adecuadas para aceptar y reconocer logros en el menor. (Sauceda y Maldonado, cap. 8 en Ruiz y Sauceda, 2012).

Una crianza prudente en la que no se requiera llegar a la autoridad como poder ni a la contraparte permisiva puede estar compuesta de ciertas estrategias sumamente útiles: Buscar soluciones en conjunto con el menor; esperar a que la

emoción preponderante se regule para hablar del tema; planear por adelantado; acordar entre padre y madre; no recordar errores pasados una y otra vez; pasar por alto errores pequeños, favorecer la relación de los padres con los hijos. Maldonado y Saucedo, cap. 8 en Ruiz y Saucedo, (2012).

2.4. Disciplina en las familias con menores con TDAH

Ejercer nuestra autoridad adecuadamente se basa también en la aplicación de disciplina; Bruguera Mexicana de Ediciones; en Chávez, (2010) define el concepto de disciplina como; “la capacidad de actuar ordenada y perseverantemente para conseguir un bien”. Visto de esta forma nuestro compromiso como ejecutor de esa autoridad la finalidad será buscar el bienestar de nuestros hijos; con o sin un diagnóstico psiquiátrico; valiéndonos de la disciplina.

La mayoría de los niños con TDAH presentan problemas con la aceptación de la disciplina; en diferentes ambientes; esto es; puede ser en casa, en escuela, en actividades extraescolares, artísticas, deportivas o en casa de terceros. Se les dificulta responder de manera fácil a las órdenes que se le solicitan; así mismo cuando una orden la consideran injusta o inapropiada, la cuestionan sin importar de que persona se trata; situación que para los padres, maestros, familia etc.; suele ser una forma de desobediencia: (Avila y Polaino- Lorente, 1999).

La disciplina es vista en la actualidad como un problema en el ser estricto o tolerante, rígido o flexible, es decir como una lucha de poderes en la que ambos quieren ganar; esto, imposibilita el aprendizaje y la comprensión de la importancia que tiene la disciplina a lo largo de la vida. (Gordon, 2001).

Para los menores que padecen TDAH con frecuencia esta intolerancia a la disciplina parece tener picos exacerbados; tomando en cuenta lo comprendido en el párrafo anterior, los padres consideran que la guerra es para ser ganada por ellos, sin embargo el precio por obtener el triunfo es siempre muy alto; tal como

resentimiento de los hijos en contra de los padres, mayor rechazo a la imposición de nuevas disciplinas etc. (Gordon, 2001).

Es por esto que se ha dado la necesidad de encontrar estrategias que ayuden a la obediencia de la disciplina para un mejor funcionamiento global, pero evitando que esto deteriore la relación padres e hijos.

Barkley (2002) propone entonces utilizar por lo menos un periodo de tiempo específico para dedicarlos a la obediencia en la que solicite ayuda constante al menor reforzando las conducta positivamente y con esto ir implementando la cooperación como parte de la vida del niño y evitar con esto, darle un peso de lucha o guerra a la obediencia.

Existen 3 pasos particulares que pueden ayudar de forma importante a desarrollar el hábito de la obediencia. 1) Mostrar aprobación inmediata, 2) Especificar claramente lo que se quiere y 3) Evitar comentarios irónicos.

El que se haga un manejo de la conducta adecuado en la familia de los menores que padecen TDAH, va a permitir a los miembros del sistema familiar que logren una interacción más cordial, con menos dificultades de aceptación y rechazo por los conflictos que se generan derivados de los síntomas del trastorno. La modificación de la conducta no se limita a niños pequeños como preescolares; pueden ser escolares, adolescente e incluso adultos los individuos beneficiados con conductas socialmente aceptadas.

Actualmente existen diversos métodos en los que podemos encontrar estrategias para el manejo de la conducta problema, manejando de algunas condiciones generadas por el TDAH Carballo, (2011). Por ejemplo a través de estrategias como el coaching en el que se hace uso de las fortalezas y necesidades con las que cuenta los niños y se generan guías particulares para su tratamiento.

Por otra parte Mendoza, (2008) propone que además del uso de técnicas de modificación de la conducta que son realmente funcionales para estos niños, se

puede valer de técnicas de relajación para manejar de forma mas contundente y adecuada el estrés.

En el manejo del comportamiento infantil, el contexto de una familia con un menor con TDAH, debe buscar un conjunto de prácticas de crianza, que fomenten la cercanía afectiva y que logren determinar cuáles son las conductas que realmente son objeto de observación y posteriormente de cambio. Esta es una tarea que los padres deben realizar de manera constante, de esta forma, las conductas problemáticas no darán lugar, en el menor, a deficiencias significativas que pongan en riesgo un óptimo desarrollo a lo largo de sus vidas.

Mendoza, (2008), refiere que es necesario que los padres siempre tengan en consideración que el TDAH afectará: la capacidad de poner atención, el autocontrol de las emociones, el autocontrol de la conducta.

Al fomentar prácticas de crianza positivas, e información oportuna y realista a la familia, logrará que esta se involucre activamente en la búsqueda y comprensión de la condición diagnóstica del menor, haciendo participe a la familia de estas condiciones siempre buscando que los menores que padecen TDAH tengan a futuro una mejor calidad de vida.

Capítulo 3. Estrategias de intervención conductuales

En este apartado del reporte laborar se profundizará en las estrategias utilizadas para la modificación de conductas problemáticas. Estas estrategias se proporcionan durante las intervenciones en el Curso. El programa tiene como objetivo que los padres aprendan un conjunto de estrategias sencillas y flexibles en su aplicación, que les permita un manejo adecuado de conductas que generan desadaptación al medio ambiente en el que se desarrollan sus hijos, debido a la presencia de un padecimiento psiquiátrico como es TDAH.

Las técnicas de modificación de la conducta has sido definida como un conjunto de estrategias deducibles, derivadas de la psicología experimental, ya que ha sido el propio desarrollo que ha ido aportando elementos para la teorización de las mismas. Vallejo, (1998).

A continuación se presentan las principales estrategias de manejo conductual de la que se compone el programa:

3.1. Estrategias para establecer una relación positiva entre padres.

Constituir una relación positiva padres – hijos, es el primer elemento, debe establecerse como una prioridad siempre y cuando no exista un riesgo para la integridad física del menor. Este aspecto de la misma forma que las técnicas de modificación de la conducta, es de gran utilidad para que los padres logren un mejor manejo de la conducta problema de los menores que presentan TDAH, son estrategias que deben tomar en cuenta para ejercer autoridad adecuada.

Barkley (2002) menciona 4 pasos con los cuales la conducta de los niños mejora sin poner en riesgo la relación con sus padres y estos son:

- 1) Fortalecer la relación padre- hijo a través del respeto mutuo, la cooperación y el aprecio con una relación más cariñosa y cordial.
- 2) Reducir al máximo las peleas, riñas y conflictos tanto propios como del menor.
- 3) Aumentar la gama de conductas apropiadas y socialmente aceptadas a través del refuerzo positivo de las conductas; poniendo más atención a los positivo.
- 4) Integrar al infante en la sociedad, cada vez incluyéndolo en labores que implique confianza en el menor, responsabilidades sociales y familiares a través de fomentar la cooperativa en su grupo social.

Así mismo el Dr. Thomas Gordon (2001) hace referencia a este aspecto y su relevancia, en la que describe la incomodidad que se genera en los padres por un conflicto, y cómo esta incomodidad pone gran distancia entre los padres e hijos; es por esto que propone un cambio en la visualización de los conflictos, no como una lucha de poder, sino como una oportunidad de mejora en la relación y del medio ambiente, en el que se fomente la escucha y la confianza con énfasis en la búsqueda de relaciones más positivas.

3.2. Observación y análisis funcional de la conducta

Para poder definir cuál es la realidad de la conducta que se requiere modificar, se deben de tomar en cuenta ciertos criterios que nos permitan identificar las variables que está controlando una conducta problemática. Garry, (2005). No sólo se trata de utilizar estrategias de modificación de la conducta, por considérala problemática. Se trata de, verificar a través de la observación que tan disfuncional o desadaptativas son las conductas, el contexto en el cual se desarrolla y las consecuencias que esta conducta le trae al menor. Kazdin, (2000).

Sin embargo la observación no sólo coadyuva a ser consciente de las deficiencias conductuales, también es una herramienta de gran utilidad para observar cuales son los reforzadores positivos que puedan ser propuestos para la mejora de estas deficiencias. Walker & Shea, (1987).

Un ejemplo de lo anterior sería cuando el menor está realizando la tarea durante el periodo en que aún debe permanecer atento al pizarrón por nuevas explicaciones, la conducta en sí misma, no sería un problema pues realiza labores escolares adecuados, lo que nos permite observar es que el momento no es el adecuado para la realización de dicha actividad.

Es por esto que la observación y realización del análisis funcional de la conducta van a permitir mejores resultados, tanto en la detección de la necesidad como en las consecuencias que se tenga de la aplicación de estrategias de modificación.

Siguiendo esta línea kazdin, (2000), define al análisis funcional como el esfuerzo sistemático para identificar la relación entre conducta, el antecedente y el consecuente con el que se asocia.

Por su parte Garry (2005), propone este mismo concepto pero como un análisis descriptivo de la conducta, en el que se observan cuidadosamente los antecedentes y consecuencias de las conductas emitidas.

Particularmente en la institución psiquiátrica, éste, es el método primordial para determinar la conducta que se va a modificar pues permite tener claramente los estímulos de procedencia de las conductas y las consecuencias que le siguen. Así podemos evaluar de manera final si existe un cambio en la presentación de la conducta después de determinado tiempo, realizando un nuevo análisis funcional.

3.3. Psicoeducación sobre el diagnóstico a los padres.

La forma en que el TDAH afecta a cada niño, tiene que ver con características individuales y el entorno de crianza. Si bien, la mayoría de los niños que son diagnosticados con TDAH suelen compartir algunas condiciones diagnósticas específicas, algunos de ellos presentan hiperactividad importante, otros están mayormente afectados en la atención; algunos no logran concluir tareas o pierden cosas importantes con frecuencia entre otras. Pero eso no implica que no deba comprenderse a cada uno de los menores como un ser individual y único que requiere atención particular. Es importante no reaccionar a la etiqueta diagnóstica sino a las condiciones del niño, (Rosemond, 1992).

Igualmente no se puede perder de vista que los menores propiamente por desarrollo van a generar una serie de conductas esperadas, solamente por esa condición. Por ejemplo, cuando a los 2 o 3 años de edad los menores lloran por qué no lograron alcanzar un objeto que deseaban, están actuando en concordancia con los estándares esperados para su edad; (Papalia, 1999). Otro claro ejemplo es cuando se desarrolla a partir de los 2 años la agresión en los menores principalmente como una forma de comunicación, que al presentarse en esta etapa del desarrollo; no necesariamente se habla de un problema agravado; puede ser parte de la normalidad por la edad y esto se puede mejorar a través de estrategias personalizadas que se utilizan para decrementar la conducta problemática de manera natural.

Las conductas que caracterizan a los menores por su desarrollo, son para los niños diagnosticados con TDAH en muchas ocasiones extremas, que desarrollan problemas adicionales en su desempeño diario, Barkley, (2002); por lo que conocerlas ayudada a tener un mejor control de las condiciones generadas por estos comportamientos. El TDAH es una condición diagnóstica que se presenta en la niñez caracterizada por problemas de inquietud, sueño, inatención, dificultad para aceptar los límites y reglas, irritabilidad entre otras; que de forma general, están fuera de los parámetros establecidos dentro de la normalidad en el

desarrollo (Ávila de Encino y Polaino- Lorente, 1999). Por lo cual es sumamente importante que los padres conozcan estrategias para modificar conductas problemáticas que puedan ser de utilidad cuando estas se presenten y evitar mayores complicaciones futuras.

Sin embargo no solo hace falta conocer estrategias para fomentar conductas más adaptativas, es igualmente imprescindible que los padres de los niños diagnosticados con TDAH conozcan los retos a los cuales se enfrentan a lo largo de la vida con sus hijos, (Sauceda García y Ruiz García, 2012), las conductas esperadas y las posibles comorbilidades del diagnóstico.

De la misma manera es necesario informar a los padres de la amplia gama de posibilidades que se tienen para afrontar con dicha problemática psiquiátrica. Saucedá García y Ruiz García, 2012, consideran al TDAH como una condición crónica que puede estar presente durante todo el desarrollo y perdurar hasta la adultez; por lo que obtener información fidedigna y oportuna resulta ser una tarea vital.

Algunos temas que pueden ser blanco de mitos e irrealidades son los factores ambientales con los que interactúa el infante, la predisposición genética, las complicaciones en el parto, consumo de sustancias durante el embarazo entre otros. Por lo cual es imprescindible conocer, a través de la entrevista, cuales son los prevalentes en cada caso y aportar información científica que coadyuve a la comprensión del diagnóstico a la familia De la Peña et al., (2009).

Es por lo anterior que brindar psicoeducación respecto al desarrollo normal y patológico de la infancia particularmente del TDAH es un tema preponderante. De la Peña et al. (2009), propone 5 objetivos que aporta la psicoeducación a los padres:

- 1) Mejorar el conocimiento del TDAH y tener en cuenta las implicaciones del trastorno en la vida diaria.

- 2) Ofrecer posibilidades de ajuste en el medio ambiente, conforme al nivel de funcionamiento.
- 3) Ofrecer una guía para facilitar y promover interacción de conducta positiva, entre padre e hijos.
- 4) Ofrecer introducción de cómo debe aplicarse la modificación de conducta en el manejo de problemas conductuales.
- 5) Guiar e informar sobre los apoyos sociales, educativos y de salud disponibles.

La información además debe incluir como propone Bunge, Gomar y Mandil, (2009) cómo prevenir recaídas para evitar que conductas sean del repertorio anterior o generadas actualmente, se conviertan en un problema. Anticipar en la medida de lo posible los eventos desencadenantes y evitar que sea un conflicto mayor.

La información fidedigna y oportuna a los padres logra generar avances significativos en el tratamiento integral de los menores, es por esto que el Curso recurre a esta información de manera primaria.

3.4. Técnicas de modificación de conducta

(Rodríguez y Parraga, 1991). Definen las técnicas de modificación de la conducta como una serie de estrategias que se aplican con la finalidad de hacer un manejo adecuado del ambiente.

Para elegir una de las múltiples estrategias de la modificación de conducta que se conocen es necesario tener muy claro cuál es la conducta que se desea modificar y por otro lado de qué forma se requiere realizar dicha modificación: aumentando o disminuyendo la respuesta de frecuencia; creándola o desapareciéndola. Para

llegar a la conclusión final es necesario realizar un Análisis Funcional de la Conducta. Pineda, (2009).

Las estrategias principales que utilizaremos en el presente reporte laborar referirán a aquellas que presentaron mayor beneficio en los pacientes con TDAH.

Refuerzo positivo: Es un evento que cuando se presenta inmediatamente después de una conducta, provoca que la frecuencia en esta aumente. Méndez et al. (2005). Es decir; si al presentar una conducta deseada el niño es reforzado de forma inmediata con un estímulo positivo como un elogio o dulce; lo esperado es que la conducta se presente con mayor constancia. Podemos decir entonces que el reforzador positivo se refiere a recompensar la presencia de una conducta adecuada.

Para lo cual utilizamos reforzadores que según su naturaleza se pueden clasificar en tres grupos Pineda (2009):

Reforzadores materiales o tangibles: Estímulos que poseen una entidad física, se pueden tocar, comer, mirar, etc., Estos pueden ser objetos, juguetes, productos comestibles etc.

Reforzadores de actividad: Se refiere a todas aquellas actividades que se pueden desarrollar de forma placentera por los sujetos como mirar televisión, salir a pasear, visitas a lugares recreativos etc.

Reforzadores sociales: Son conductas que presentan otros individuos dentro de un ambiente y que sirven como estimulantes de la conducta, estos son elogios, felicitaciones, frases de ánimo, afecto, abrazos, besos, caricias, palmadas en la espalda, atención directa, aplausos etc.

Encadenamiento: Las conductas que presentan mayor dificultad se pueden descomponer en formas más sencillas, que facilitaran por un lado al especialista

el trabajo realizado por pasos más cortos (E-R) y por otro a los menores trabajar con conductas más simples y obtener mejores logros (Rodríguez y Parraga, 1991).

El encadenamiento entonces, es ir deshaciendo la conducta que se considera más compleja en pasos cortos y simples para ir enlazando cada uno de estos pasos hasta obtener la conducta deseada. Por ejemplo, cuando se pretende mostrar a un niño aprender a ir al baño y dejar el pañal; lo recomendable sería comenzar con enseñarle en donde se encuentra el baño; posteriormente a bajar su ropa interior; una vez logrado este punto se sentaría en el baño y así sucesivamente hasta que lograra realizar todos los pasos hasta llegar al objetivo final.

Economía de fichas: Es un programa en el que el individuo puede ganar fichas por emitir conductas deseadas; son reforzadores condicionados, generalizados; que se intercambian por reforzadores sustitutos. Las fichas en sí, carecen de algún valor, en por esto que deben sustituirse una vez completada la cantidad por cosas que sean realmente gratificantes y reforzadoras de la conducta deseada. (Kazdin, 2000).

Kazdin, 2000, propone que a económica de fichas es un elemento sumamente útil para lograr en los pacientes institucionalizados en espacios psiquiátricos, se comprometieran a realizar algunas labores extras durante su estancia con la finalidad de obtener ciertos beneficios como; mayor interacción social, ver películas, viajes cercanos etc.

En la actualidad la utilidad de la economía de fichas se ha extendido a otros niveles como escuelas, casas hogares y dentro del ambiente familiar para recompensar los esfuerzos de los menores.

Costo de respuestas:

El costo de respuesta se refiere a perder un reforzador positivo, no existe periodo de tiempo en comparación con el tiempo fuera. El costo de respuesta se utilizó

para modificar la conducta en niños de primaria que presentaban hiperactividad: inatentos, con problemas para organizarse y que no completaban las labores escolares, lo que se noto es que de forma notable mejoraron las condiciones de los niños al aplicación de esta estrategia en la que la pérdida del reforzador positivo significaba una complicación. (Kazdin, 2000).

Pineda, 2011, resalta la importancia de que el costo de respuesta no comience con demasiada dureza, incluso propone que pueden ensayarse algunas estrategias en caso de que la conducta no se modifique como se ha esperado; o de otra forma buscar estrategias como la economía de fichas como opción primaria.

Extinción:

El principio de la extinción establece que si una en una situación particular una persona emite una respuesta reforzada previamente y dicha respuesta no sigue siendo reforzada, entonces esa respuesta es menos probable que se repita. (Pineda, 2011).

Es decir la relación se da cuando una conducta reforzada previamente y el reforzamiento actual que se da. Cuando en un programa de modificación de la conducta se da una respuesta blanco, previamente reforzada, las respuestas no reforzadoras serán el principio de la extinción, (Kadzin, 2000):

Cuando un comportamiento se repite constantemente, ya sea por estar reforzado o por costumbre; es entonces cuando el principio de extinción debe aplicarse. Bunge, Gomar y Mandil, (2009)

Tiempo fuera:

Se refiere al retiro de todos los reforzadores positivos a los cuales se tiene acceso de forma común, durante un periodo de tiempo determinado. Existen elementos

que pueden no permitir que el tiempo fuera cumpla con su misión, por ejemplo el lugar al cual se le envía a esperar el tiempo estipulado; si es una habitación en la cual se encuentran objetos que distraigan al menor de la evitación de los reforzadores; los alcances de la intervención se verán limitados. (kazdin, 2000).

El tiempo fuera resulta una experiencia desagradable para la mayoría de los niños, por tanto es fácil de entender que se resistan abiertamente a utilizar este procedimiento; más aún cuando se trata de un menor que tiene problemas de hiperactividad e impulsividad como es el caso de los pacientes con TDAH (Pineda, 2011).

Por tratarse de una experiencia poco preferente, la propuesta del tiempo en que debe retirarse la tención varía dependiendo del menor, sin embargo, Walker & Shea, (1987), proponen que no deban ser mas de 10 minutos de tiempo que el menor pueda estar bajo esta técnica. Proponiendo que el tiempo recomendado sea de 4 o 5 minutos por sesión de aplicación de la estrategia.

3.5. Conductas esperadas en el TDAH y estrategias para corregirlas.

Existen condiciones específicas que complican el trastorno y la adaptación de los infantes a su ambiente y que son condiciones que se busca mejorar con la finalidad de repercutir positivamente en el desarrollo y adaptación de los menores en sus diferentes ambientes. Sin embargo, es necesario que la aplicación de estrategias de modificación de la conducta cumpla con ciertos criterios para ser operadas.

Una conducta que genera problemas en la adaptación o adecuado desarrollo obviamente será la meta a modificar, sin embargo para aplicar un método de modificación se debe además de realizar un análisis funcional tomar en cuenta

aspectos que Kazdin, (2000), define como criterios para implementar un programa de intervención:

- 1) Que las conductas lleven a los clientes a niveles normativos de adaptación y funcionamiento en relación con los compañeros.
- 2) Que las conductas sean peligrosas para uno mismo o para los demás.
- 3) Conductas que por su modificación puedan conducir a otros a un cambio positivo.
- 4) Cuando se puede reducir problemas con los individuos o ambientes que los padecen, maestros, padres, compañeros etcétera.

Esta es la razón por la que la modificación de conducta cobra tal relevancia en su aplicación, a continuación se describe las principales conductas esperadas derivadas del TDAH y algunas estrategias que se utilizan en el Curso:

Hiperactividad.

Los constantes movimientos de los menores que padecen TDAH, también son una fuente recurrente de dificultad para la adaptación al medio ambiente; sobre todo en el ámbito escolar; ya que la necesidad de que el menor permanezca en su lugar durante toda la jornada es preponderante para los profesores, primero para mantener el control del grupo y segundo para que el niño logre obtener un mejor aprendizaje.

Las manifestaciones de la hiperactividad son: inquietud la mayor parte del tiempo, retorcerse en el asiento o levantarse una y otra vez cuando la necesidad en ese momento es que permanezca en su lugar, correr o saltar en situaciones en las cuales no es conveniente realizarlo y no poder tranquilamente desarrollar actividades de ocio. Pineda, (2009).

Es claro que como se ha manifestado en párrafos anteriores, la conducta esperada en el menor varía de igual forma por la edad y el nivel de desarrollo,

pero la condición diagnóstica proporciona un problema agregado para el control de las conductas.

Como lo menciona Barkley (1990) en Caballo (2002) la conceptualización de la hiperactividad depende en gran medida de la formación del profesional que la está abordando; sin embargo lo que es claro es que los menores están padeciendo déficits importantes derivados de esta condición, que deben ser tratados prioritariamente para evitar mayores complicaciones en su ambiente.

Estrategias conductuales para el manejo de la hiperactividad

Esperar a que los menores que muestran hiperactividad importante sin ninguna ayuda logren acrecentar los tiempos de pasividad motora, resulta muy complicado es por esto que, una vez revisada la toma del fármaco, se debe definir cual es la conducta final a la que se quiere llegar y cuáles son las consecuencias de la hiperactividad para lograrla. Una vez realizado estas dos observaciones nos podemos utilizar estrategias como: Refuerzo positivo, encadenamiento de la conducta y economía de fichas, estrategias de las cuales se realizo una definición en el inciso anterior.

Un ejemplo de la utilidad de la economía de fichas en este caso sería, si el menor logra mantenerse en su sitio por 10 minutos mientras realiza la tarea escolar, se recompensaría con una ficha que podría canjear posteriormente por dulces que le son muy agradables.

Impulsividad.

La impulsividad es la manifestación de impaciencia, problemas para aplazar respuestas; adelantar las respuestas a las preguntas aun no realizadas; dificultad para esperar turnos, interferir frecuentemente en conversaciones, hacer

comentarios fuera de lugar, inmiscuirse en asuntos de otros, hasta el punto de tener problemas importantes en el área social, escolar y familiar por la constante intervención inadecuada, Pineda, (2009).

A pesar de las frecuentes llamadas de atención a los menores derivadas de su comportamiento; los niños que presentan impulsividad no se dan cuenta cual es su falla por las características diagnosticas ya que generalmente su pensamiento es irreflexivo y desorganizado. Ávila y Polaino- Lorente, (1999). Lo que ocasionalmente genera berrinches por la dificultad de espera en el tiempo, así como agresión física a los demás por intolerancia a la frustración.

Estrategias conductuales para mejorar la impulsividad

Como se describe en el párrafo anterior la intolerancia a la frustración y la espera, la complicación en el autocontrol y la dificultad para alcanzar una relación más adecuada con los pares, son las principales manifestaciones de los problemas con la impulsividad, es por esto que utilizar estrategias como: Tiempo fuera, costo de respuesta, refuerzo positivo, extinción o economía de fichas.

Un ejemplo de la extinción se evidenciaría cuando el menor solicita que le permitan ver la televisión en ese momento que concluye la tarea, como se manifestó en el capítulo anterior la dificultad de espera es muy importante por lo que comenzará insistir en que se le dé la autorización argumentando que ya concluyó los deberes; entonces se podrá utilizar la extinción anticipándole que no habrá más atención y que debe esperar. Si el menor no espera y cambia el canal o prende la televisión podremos utilizar un costo de respuesta, restando tiempo para ver su programa favorito por no esperar como se le indico.

Inatención.

El DSM-IV- R describe los principales déficits atencionales a los que se enfrenta el sujeto, tales como: de forma general no ponen atención a detalles lo que conlleva cometer errores por estos descuidos; los tiempos de ocio o lúdicos suelen ser cortos debido a la dificultad de mantener la atención centrada. De forma común el infante no finaliza tareas escolares ni obligaciones por no recordarlas; parece no estar escuchando las instrucciones que se le proporcionan. Presenta problemas para la organización de tareas y/o actividades, es renuente a realizar ejercicios o tareas que le requieran esfuerzo mental sostenido, extravía juguetes o materiales necesarios para la realización de sus tareas diarias; con frecuencia se distrae por estímulos irrelevantes y le toma tiempo regresar a la tarea focal.

Debido a que la inatención es un elemento primordial presente en los niños que padecen TDAH, es necesario generar estrategias que logren mejor la condición actual de cada uno de los menores con el único objetivo de que los tiempos de atención sean cada vez mayores a través de estrategias más eficaces.

En 2002, Barkley propone maniobras que pueden resultar de gran relevancia para el manejo de la inatención; tales como: No dar demasiadas ordenes juntas, asegurarse de que la orden esta entendida, reducir los estímulos distractores, pedir al niño que repita la orden, fijar plazos de tiempo y establecer sistemas de recompensa.

El objetivo es siempre que los periodos de atención sean más amplios y se logre establecer hábitos funcionales en los menores que se coartan por la inatención a través del apoyo en casa y en la escuela, aumentando la comunicación entre padres y maestros.

Estrategias conductuales para mejorar la inatención

En los casos particulares de inatención el objetivo es siempre que los plazos de atención sean mayores, por lo que estrategias que refuercen positivamente estos logros o avances serán primordialmente utilizadas, es por esto que las principales estrategias son: Refuerzo positivo y economía de fichas, sin embargo el encadenamiento puede ser útil si la conducta que requiere atención es demasiado complicada de inicio.

Un ejemplo del refuerzo positivo en este caso se presenta cuando, el menor logra concentrarse 10 minutos en su actividad sin distraerse, entonces se podrá reforzar positivamente dándole un elogio, un abrazo, un dulce o cualquier estrategia útil para el niño esperando con esto que cada vez sean mas prolongados los periodos de tiempo.

Las características de los menores con exageradas complicaciones de conducta, sin duda serán aquellos que presenten una condición psiquiátrica y que requerirán un esfuerzo mayor y prolongado para que logren insertarse de forma más adaptativa a la sociedad sin que esto implique, no mirar su individualidad y necesidad de establecer un vínculo afectivo cercano.

Es por esto que brindar estrategias favorecedoras en los dos aspectos el manejo de la conducta problemática y el vínculo afectivo cercano son prioridades del Curso. Estableciendo un programa controlado pero sencillo y flexible de estrategias que coadyuven al mejoramiento de la conducta y con ello de las relaciones entre padres - hijos, maestros - alumnos y entre pares.

Capítulo 4. Procedimiento del “Curso Psicoeducativo de Manejo de la Conducta Infantil para Padres de Niños de 6 a 8 años Diagnosticados con TDAH”

El objetivo del presente reporte laboral es hacer una descripción de los fundamentos y desarrollo, así como los resultados obtenidos a partir de la participación de los padres en el Curso.

A continuación se describirán las dos etapas necesarias para llevar a cabo el Curso. La primera se refiere al manejo institucional del paciente desde su ingreso al tratamiento, referencia al Curso y alta del mismo. La segunda describe el procedimiento que corresponde propiamente a los 5 componentes del Curso, usualmente cada uno corresponde a una cita de 120 minutos.

4.1. Manejo institucional

El primer contacto del paciente con el Hospital Psiquiátrico Infantil, es en el servicio de admisión y urgencias. En este, se lleva a cabo una primera entrevista con un médico paidopsiquiatra, quien se encarga de realizar una valoración inicial y determinar el ingreso del paciente si es el caso, dada la correspondencia al orden de la psiquiatría infantil. Posteriormente valorando las condiciones particulares del paciente, como la edad, condición diagnóstica, motivo de consulta y procedencia de la referencia; se envía a una de las clínicas que integran la consulta externa del hospital. Así a partir de ese momento los paidopsiquiatras adscritos a alguna de las clínicas distintas como la: del desarrollo, de conducta, de emociones, de adolescencia, de atención vespertina y el Programa de Atención Integral para Niños (as) Víctimas de Abuso Sexual (PAINAVAS), son

responsables directos del tratamiento que cada menor seguirá dentro de la institución.

Una vez que el menor ingresa a la clínica correspondiente, el paidopsiquiatra revisa el caso para complementar la historia clínica a través de una nueva entrevista que se realiza tanto a los responsables del menor como al paciente, para así obtener información detallada de la condición actual, déficits y excesos de la conducta, nivel de desadaptación actual debido a la sintomatología, desarrollo de la problemática entre otras. Por ejemplo, se recaba información de complicaciones con pacientes que abandonan la escuela debido a presentar temores intensos al asistir a ésta, o menores que ponen en riesgo su integridad física.

Una vez completada la fase de ingreso, los paidopsiquiatras pueden hacer uso de otras áreas con las que cuenta la institución, realizando estudios de gabinete o laboratorio, electroencefalograma, nutrición, pediatría, neurología, psicodiagnóstico y tratamientos psicológicos.

Cada una de las áreas que conforman el equipo multidisciplinario como son: pediatría, nutrición y dietética, electroencefalografía, neurología, psicodiagnóstico y tratamientos, en algún momento podrían formar parte del proceso de rehabilitación de los pacientes, siempre rigiéndose por los preceptos de la misión y visión institucional así como por el valor de servicio que compromete a profesionales en salud mental a brindar atención oportuna y de calidad en cada una de las áreas, con calidad y calidez los usuarios y sus familias. Para ello aspira a satisfacer un conjunto de criterios y políticas de manera eficiente, basadas en la ética, que permitan agilizar y mejorar la calidad de atención para los pacientes y sus familias, dada la cada vez más creciente demanda de atención.

Contando con los elementos necesarios para el envío para los diversos servicios de apoyo, los paidopsiquiatras determinan si el envío a tratamiento

psicoterapéutico, debería ser la principal opción que complementa el manejo del paciente. En caso de ser así, el área predominantemente solicitada es análisis conductual aplicado, ya que la comorbilidad primordial de este diagnóstico se relaciona con problemas de conducta primariamente; de esa manera el médico tratante toma en cuenta los siguientes criterios para que los padres del paciente puedan ser incluidos al Curso, los requisitos son:

- 1.- Acudir con hoja de referencia debidamente llenada con la firma del médico tratante adscrito.
- 2.- Que el día de referencia haya sido por lo menos la segunda cita con su médico tratante y este haya estado en la consulta.
- 3.- El paciente cuente con una edad cronológica de entre 3 a 16 años 11 meses al momento del envío.
- 4.- No ser referido al servicio de psicodiagnóstico al mismo tiempo.
- 5.- Que al momento del envío el paciente no esté ya en un proceso de psicoterapia en esta u otra institución o de manera particular.
- 6.- Que el paciente pueda acudir semanalmente al proceso de psicoterapia.
- 7.- Que al momento del envío a otro programa, el paciente, tenga por lo menos 6 meses de haber sido dado de alta en un proceso y/o intervención anterior.
- 8.- Si el paciente requiere tratamiento farmacológico lleve con él por lo menos quince días al momento del envío.
- 9.- Que existan redes de apoyo, familiares y/o responsables que participen en el tratamiento.

Apegarse a estos criterios promueve un manejo óptimo de los casos. En caso de cumplir con los criterios de inclusión a psicoterapias, el paciente puede solicitar una cita para iniciar el proceso de tratamiento en el Curso.

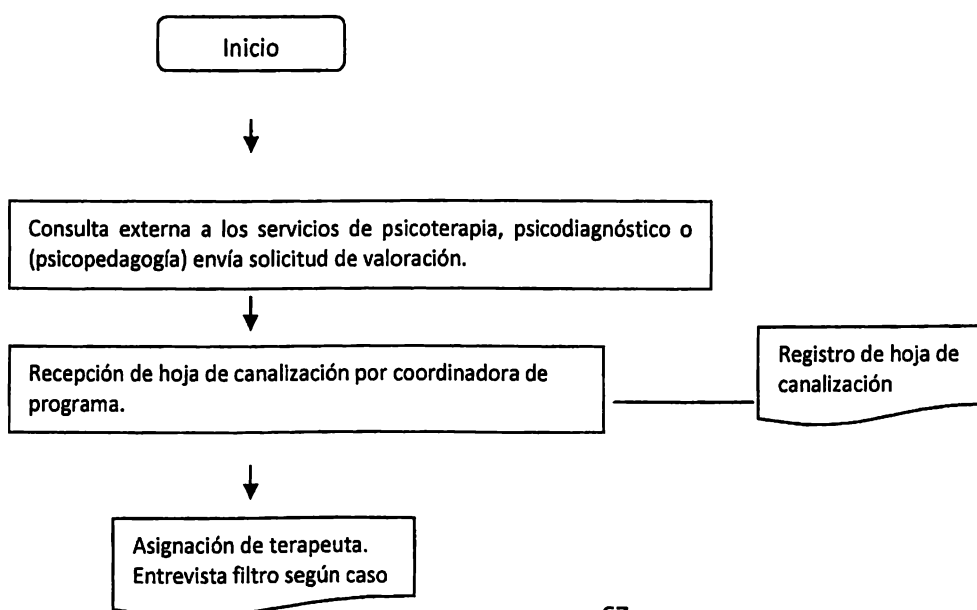
El envío al Curso, debe realizarse con el cumplimiento de criterios particulares como son: Tener entre 6 y 8 años de edad, ser diagnosticado con TDAH por un paidopsiquiatra del Hospital Psiquiátrico Infantil y presentar problemas de conducta de complicado manejo para los padres como berrinche, desobediencia,

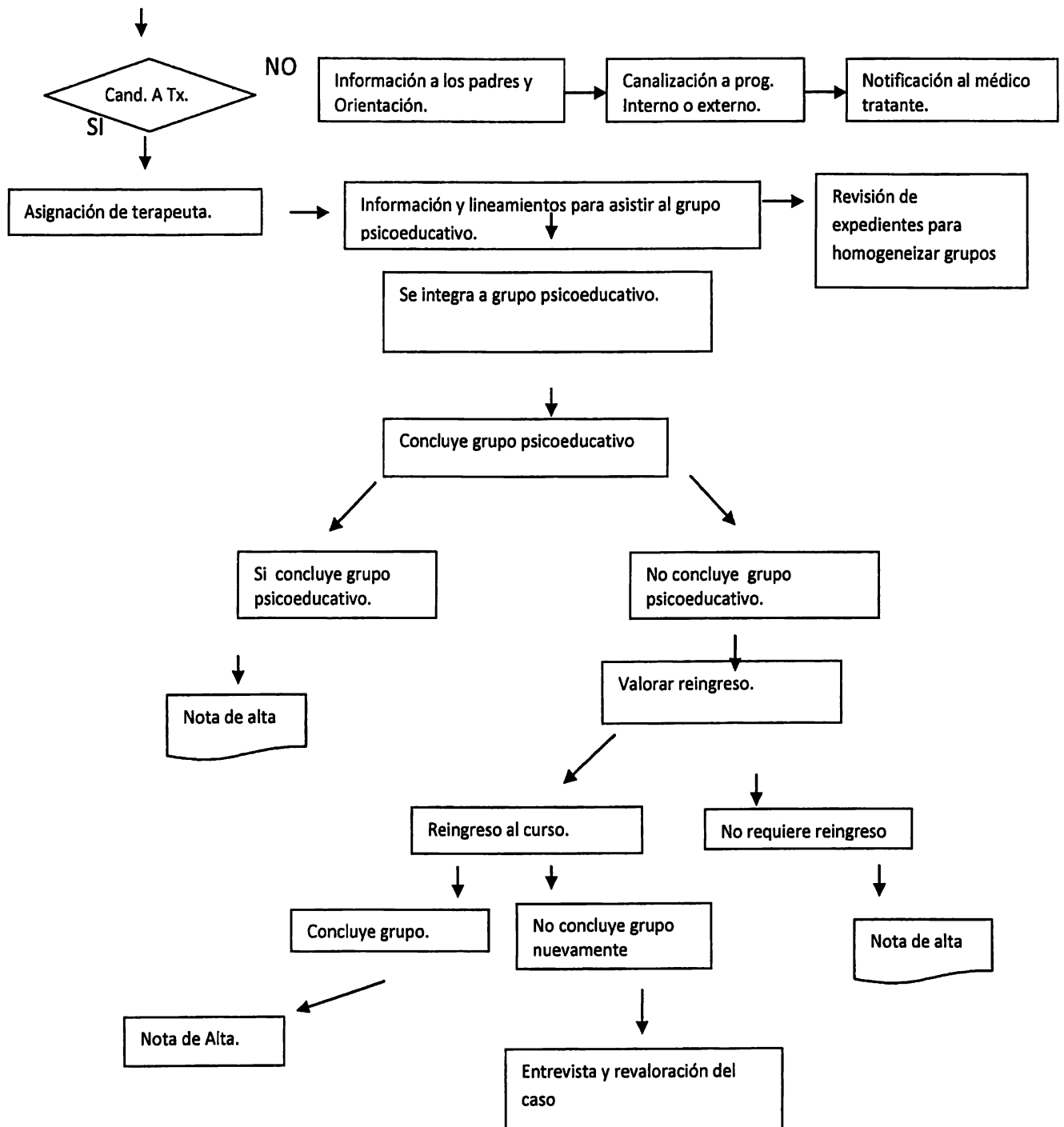
agresión entre otras. Consumando los requisitos, se incluye de manera inmediata a los padres o responsables al “Curso psicoeducativo para el manejo de la conducta infantil para padres de niños entre 6 y 8 años diagnosticados con TDAH”.

El Curso pretende dar mayor información del padecimiento así como el manejo que se requiere en casa respecto a las conductas problemáticas que se presentan asociadas al TDAH.

En el momento de ingresar al Curso, es esencial revisar en el expediente con la finalidad de determinar si existen comorbilidades diagnósticas que pudieran requerir atención particular. Por ejemplo, cuando se detecta que algún paciente presenta enuresis, entonces, se debe tomar en cuenta esta condición para hacer el abordaje, aún cuando no sea el objetivo principal del curso. Otro ejemplo resulta cuando acuden pacientes de casa hogar a recibir la orientación, pues no siempre es el mismo personal encargado del cuidado del menor, el que se hará cargo de la aplicación de las estrategias, o incluso cuando los médicos tratantes detectan una condición psiquiátrica en los padres. Estos aspectos se deben considerar para que el grupo tenga mejores resultados.

Figura 2. Flujo institucional de la asignación de pacientes a tratamiento de análisis conductual aplicado.





La figura 2, muestra además de los pasos que sigue un paciente al ser enviado a

tratamiento, cómo se hace el manejo de las condiciones más comunes en el Curso con los padres, o responsables de los menores, como lo es la deserción.

Es pertinente para que los padres adquieran las habilidades en el manejo de las conductas problemáticas de sus hijos, que se pueden incluir al Curso psicoeducativo del servicio de análisis conductual aplicado, hasta en dos ocasiones. Sin embargo, en caso de que los padres no logren concluir el grupo satisfactoriamente, esto es, no asiste regularmente a las citas o no pone en práctica los aprendizajes adquiridos; se debe revalorar el caso para determinar algunas variables que pudieran estar afectando y encontrar la mejor manera de ayudarlo a conseguir las habilidades necesarias. Otro elemento a considerar es la deserción, en este sentido se realiza un análisis del caso para la toma de decisiones pertinentes.

Los resultados de la revaloración señalarán entonces los nuevos caminos a seguir para continuar con el tratamiento del menor. Las posibles alternativas puede ser; iniciar un proceso de psicoterapia individual o grupal, canalizar interna o externamente a otra área en la que pudiera trabajarse con la problemática que aun presenta el paciente.

Por ejemplo, cuando los padres han cumplido con el programa, pero el paciente continua con dificultades para concluir tareas, bajo rendimiento escolar o no querer asistir a la escuela, se deberá revalorar si la dificultad académica se debe a un mal proceso de aprendizaje y canalizarlo entonces al servicio de psicopedagogía o determinar si los profesores están teniendo deficientes estrategias para que los lapsos de atención sean más amplios, como sentarlo al frente o lejos de ventanas o estímulos distractores durante sus actividades entonces se deberá involucrar al maestro para mejorar dicha situación.

Otra alternativa es revisar el tratamiento farmacológico tomando en cuenta los puntos de vista del equipo multidisciplinario, con el objetivo siempre de mejorar la condición del menor.

4.2. Componentes conductuales del Curso

El Curso Psicoeducativo de Manejo de la Conducta Infantil para Padres de Niños de 6 a 8 años Diagnosticados con TDAH, consta de 5 componentes; cada una impartida en una cita de 120 minutos, en la cual los padres o responsables asisten una vez por semana. El Curso deriva del modelo de tratamiento descrito en el marco teórico de este reporte, basado en las Guías de Práctica Clínica, Secretaría de Salud 2007- 2012.

Cada cita es conducida por un profesional de la psicología capacitado en el modelo de intervención y bajo la supervisión de la responsable del servicio de análisis conductual aplicado.

En la exposición de los diferentes componentes del Curso se utilizan materiales audiovisuales de apoyo con la información que se expone en la presentación, hojas blancas y lápices para anotaciones de los participantes, pizarrón y plumones para hacer uso en caso necesario, formato de cuestionario de análisis funcional de la conducta para que los padres puedan realizar ejercicios prácticos de sus casos, lo cual se realizará como tarea a casa y deberá ser llenado por escrito a través de la observación de la conducta. A continuación se describe el contenido de los componentes.

4.2.1. Componentes de la primera cita.- Psicoeducación a padres y detección de necesidades.

El objetivo principal de este componente, es que los padres o responsables adquieran mayor conocimiento apegado a la realidad del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), de igual manera su responsabilidad en la crianza y el reforzamiento de conductas problemáticas. Por ejemplo, cuando un niño de 3 años golpea a los padres por qué no hacen lo que él quiere, y los padres ríen

pues les es gracioso, de esta forma se está reforzando una conducta problemática que a la larga se volverá un conflicto, pues cuando el menor tenga 7 o más años esta conducta se convierte en un estilo de comunicación, que para los padres ya no es divertido.

Por lo cual una tarea inicial que los padres deben realizar corresponde al análisis anecdótico de la conducta, es decir a través de la estrategia de observación de la conducta infantil en casa, realizar un registro de las conductas problema, determinando por medio de la frecuencia e intensidad en que se presentan las prioridades del manejo, a las cuales debemos darle atención, para dar comienzo con las estrategias de control de las conductas en la cita 4 y 5 de este programa.

Esto se realiza enseñando a los padres a determinar cuál es el antecedente, presente y desencadenante de la(s) conductas (s) problema. Posteriormente aclarar la conducta blanco que se deberá trabajar consecutivamente y por último los consecuentes. Una vez concluida la psicoeducación para detectar conductas problema se procede a dar continuidad a temas que pueden dificultar esta observación.

La relación padre – hijo y sus afecciones en las conductas de los niños; como son las dificultades para escuchar, necesidades, conflictos y emociones de los menores, sobre todo cuando el menor presenta dificultades de auto control y se muestra opositor o desafiante ante los padres. La intención es que los padres o responsables tengan en cuenta que estas conductas son esperadas dado el padecimiento psiquiátrico que presenta el niño. Es preponderante hacer conciencia en los padres, pues generalmente están preocupados por la quejas en el colegio o la desobediencia que por la afectación emocional del menor y esto no les permite ver alguna otra conducta adecuada en el menor, sin tomar en cuenta que una vez que se logra mayor confianza y apego, los niños presentan mejor actitud ante las estrategias que se aplicarán posteriormente (consecuencias). Así mismo, un mayor acercamiento afectivo entre padres e hijos ayuda a reducir el enojo de los padres ante la constante frustración de que la

mejoría no sea inmediata, al ser mas reflexivos de su corresponsabilidades y desapego.

Un ejemplo de lo anterior se ilustra cuando un padre refuerza la agresión sugiriendo o en casos extremos exigiendo que se defienda a golpes, lo más probable será encontrar que el menor lastimará a los compañeros de escuela o de juego. Para evitar las futuras agresiones es importante conocer, como es que el menor resolvería esos conflictos, escuchar que requiere y que apoyo necesita de parte de los padres.

Tarea 1.

Realizar un registro del análisis anecdótico de la conducta a través de observación de las condiciones actuales de casa. En el cual se determine claramente la triada antecedente- conducta-consecuente, así como la frecuencia e intensidad de la(s) conducta (s) blanco.

Objetivo de la tarea 1.

Obtener información referente a la conducta infantil generadora de problemas para que la cita subsecuente se determinaran las estrategias de manejo conductual a implementar de forma inmediata.

Esta tarea se revisa durante el inicio de la cuarta cita; una vez que la información recabada pueda ser potencial de cambio a través de estrategias de modificación de la conducta.

4.2.2. Componentes de la segunda cita.- Psicoeducación referente a la Farmacoterapia.

La segunda cita está coordinada por el especialista en psicología, y es dirigida por un por un especialista en psiquiatría infantil encargado de el abordaje del tratamiento farmacológico.

El objetivo de la segunda cita es enfatizar en la importancia en el apego al tratamiento farmacológico. Así como, que los asistentes conozcan y obtengan mayor información de los beneficios que implica el tratamiento farmacológico, disipar las dudas al respecto de la toma de medicamentos y generar mayor conciencia de la administración responsable de los fármacos así como las consecuencias de abandonar este tipo de tratamiento sin supervisión adecuada.

4.2.3. Componentes de la tercera cita.- Terapia familiar y estilos de crianza.

La tercer cita está a cargo de un especialista en psicoterapia familiar dedicado al trabajo sistémico y es coordinada por la especialista en psicología encargada de la realización del Curso.

El objetivo de esta cita, es que los padres conozcan los estilos de crianza existentes, identifiquen su estilo predominante, y con ello buscar el estilo de crianza que favorezca más la comunicación, la aceptación en la imposición de límites, reglas y consecuencias, así mismo enfatizar en que los padres son un modelo a seguir para los niños, por lo que reconocer sus deficiencias y fortalezas será un trabajo primordial para hacer las modificaciones o reforzamientos necesarios con el fin de mejorar la dinámica familiar y el modelo de referencia para los infantes.

La cuarta y quinta cita se enfocan a estrategias conductuales necesarias para trabajar con los déficits y excesos comportamentales.

4.2.4. Componentes de la cuarta y quinta cita: Estrategias conductuales y su aplicación en casa.

El objetivo de la cuarta y quinta cita es que los padres adquieran estrategias y técnicas de modificación de la conducta para incrementar conductas deseadas o

decrementar las conductas que no ayudan a la adaptación del menor a su ambiente.

Una vez que se tiene los datos recabados en el análisis anecdótico solicitado en la primera tarea de cada caso, es tiempo de determinar cuál de la gama de estrategia se adecua más a la necesidad para mejorar las condiciones conductuales del menor en casa.

Entonces os elementos que componen la cuarta y quinta cita inician clarificando la información del análisis anecdótico de la conducta a cada padre, (tarea 1, que previamente se impartió) con la finalidad primero de determinar el antecedente de la conducta problemática. Como segundo paso, definir la conducta a incrementar o decrementar, y tercero determinar el consecuente; esto es la manera en que reacciona el padre de familia, los niños que están jugando con él; en fin, todo el entorno.

Por ejemplo, si un padre detecta que su hijo agrede físicamente a sus compañeros de juego en el tiempo en el que permanece en el parque, debe comenzar por observar que sucede antes de la agresión, aquí determinaríamos el antecedente de la conducta. La conducta que se requiere decrementar es la agresión física, e identificar cuál es la reacción común de los padres o responsables, es decir, el consecuente.

Una vez que los padres logran delimitar el análisis todos los componentes de la(s) conducta(s) problema de su hijo, a través de ejercicios supervisados por el profesional, se dan una serie de estrategias de modificación de la conducta que ayudan al incremento o decremento conductual; siguiendo el ejemplo anterior; se encuentra que el menor agrede porque no quiere cambiar el juego que se estaba llevando a cabo y recibe un comentario que considera ofensivo y devuelve la agresión; los padres lo retiran de la actividad y recibe un "castigo" sin escuchar ni comprender que fue lo que sucedió.

Entonces se buscan estrategias como la anticipación para que el menor comprenda lo que puede suceder y aplicación de contingencias, con el fin de evitar el inicio de la agresión. Este ejercicio se realiza con cada una de las conductas problema que menciona los padres y que previamente se tienen identificadas a través de la revisión del expediente.

Usualmente que se dan herramientas conductuales se enfatiza en otros escenarios en los cuales se puede utilizar la estrategia, para los padres logren ir manejando de mejor manera los cambios conductuales debido a la edad y condición diagnóstica.

Una vez concluidos los ejercicios bajo supervisión, y se evalúan los resultados de la aplicación de técnicas de modificación en casa, se hace el cierre del programa de forma general en el que se explican las consideraciones necesarias para evitar que las conductas se vuelvan un problema. Por ejemplo, se reiteran los conceptos de la condición diagnóstica, entrega de consecuencias de forma inmediata la conducta, anticiparse etc. Para posteriormente determinar si existe una condición que deba ser tomada en cuenta o hablarla de forma particular con los padres dar una cita de seguimiento.

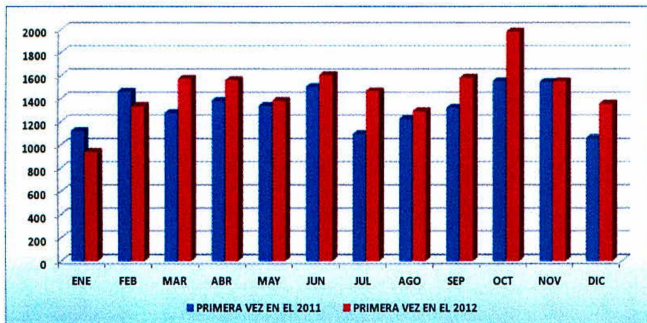
Capítulo 5. Resultados

Los resultados de este reporte laboral se presentan en dos categorías; la primera que muestra los datos cuantitativos en el que se describe la afluencia de los pacientes desde su ingreso al hospital y las referencias que se hacen a las diversas áreas con las que cuenta la institución, hasta su envío al Curso; la demanda actual de atención en la coordinación de psicoterapias y específicamente en cada uno de los programas. En la segunda parte se relata la experiencia del trabajo realizado con los padres, la cual fue vivencial a partir de la información obtenida por los padres desde su asignación al Curso. Así como los porcentajes de padres de pacientes enviados a la coordinación de psicoterapias con algunas consideraciones para el mejoramiento del Curso.

5.1. Resultados por Productividad

Para poder comprender de que manera contribuye al logro de los objetivos de atención a la salud el Curso psicoeducativo, se presenta a continuación un análisis de la demanda de atención a la institución y la distribución que se hace a los diferentes servicios con los que se cuenta, en la figura 1, observamos el número de usuarios que fue atendido por primera vez en la institución y de estos qué porcentaje de los paciente que ingresan por primera vez a la institución, una vez que acudan en su primera o segunda consulta con el paidopsiquiatra, posteriormente serán pacientes de la coordinación de psicoterapias. En el año 2012 aproximadamente el 10% de los pacientes que ingresan por primera vez al hospital, son enviados a algún programa de tratamientos de psicoterapias.

Figura 1. La figura 1 presenta el número de pacientes que han solicitado ingresar a los servicios de atención psiquiátrica infantil en el año 2011 y 2012.



En términos generales se observa que el rango del volumen de la demanda oscila entre 900 a cerca de 2000 casos al mes, y que es bastante variable a lo largo del año, observándose picos tanto en el primer como en el segundo semestre. La demanda comparativa entre el 2011 y el 2012, es mayor en el año más reciente de marzo a diciembre.

DISTRIBUCIÓN POR SERVICIO DE PACIENTES DE PRIMERA VEZ AL AÑO	TOTAL
ANÁLISIS CONDUCTUAL APLICADO	448
COGNITIVO CONDUCTUAL	437
PSICODINAMICA	235
TERAPIA FAMILIAR	530
PSICOMOTRICIDAD	48
A/S	43
TOTAL	1741

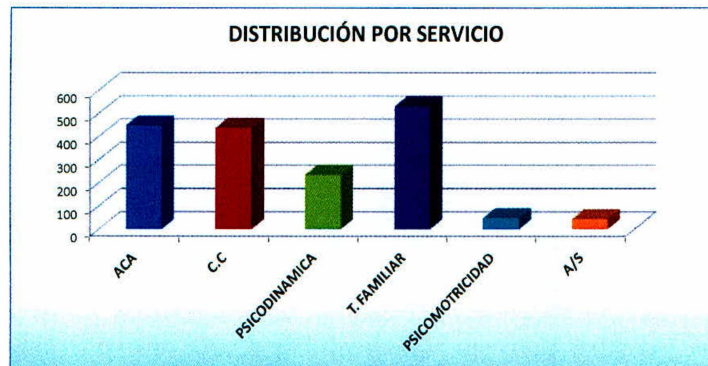


Figura 2. Distribución de los pacientes en la coordinación de psicoterapias en el año 2012.

La figura 2, muestran los 6 diferentes programas con los que cuenta la coordinación de psicoterapias y la demanda de pacientes en cada una de ellas para el año 2012. Como se puede apreciar, de los seis programas, el de análisis conductual aplicado se muestra con el 25.73%, terapia familiar se registra el 30.44% y terapia cognitivo conductual con el 25.10% mantienen una solicitud superior en comparación con los demás programas, asumiendo un total del 81.27% de la demanda. Aunado a esto existe una condición que vale la pena tener en cuenta, la gran diferencia respecto al número de terapeutas especializados en cada programa; mientras que en terapia familiar y terapia cognitivo conductual se cuenta con 6 terapeutas cada una; análisis conductual aplicado sólo tiene 3 psicólogas adscritas responsables, lo que representaría el 50% de la fuerza de trabajo contrastándolo con que en terapia familiar y terapia cognitivo conductual. Sin embargo, el número de pacientes que reciben por primera vez en el año pone al límite la capacidad de atención de los terapeutas. Por obvias razones esta situación genera condiciones mucho más complejas para

el personal que ahí labora; tales como, periodos más prolongados para dar citas de primera vez o generar estrategias como programas a casa para poder dar seguimiento a la demanda de atención.

El total de los pacientes atendidos por la coordinación completa en el año 2012 se registra con 1741 pacientes, en los que análisis conductual aplicado con 3 terapeutas absorbe el 25.73% de los pacientes que solicitan atención, (cabe señalar que en este porcentaje no se ha incluido a los pacientes que se envían al Curso psicoeducativo esto es, por que desde el inicio los pacientes se filtran y se envían de forma directa al Curso pues estos se realizan por todas las terapeutas que forman parte del equipo). Terapia cognitivo conductual con 6 psicoterapeutas el 25.1%, terapia psicodinámica con 6 psicoterapeutas el 13.49%, terapia familiar el 30.44% con 6 psicoterapeutas, psicomotricidad atiende el 2.75% con 1 especialista y por último el programa para víctimas de abuso sexual con 1 psicoterapeuta atiende el 2.4% de la afluencia de pacientes que requieren de atención psicoterapéutica.

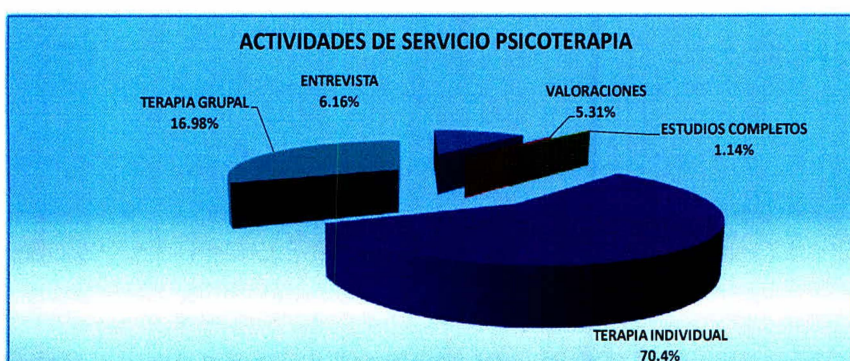
A continuación se muestra en la figura 3 la distribución de actividades de los diferentes programas con los que cuenta la coordinación de psicoterapias y que refiere las actividades diarias que se deben realizar para cumplir con la meta de productividad solicitada que es de 7.6 actividades diarias; estas actividades se comparan con horas-trabajo que realizan los psicoterapeutas.

El porcentaje más alto que se observa en la grafica; representa los pacientes que requieren atención individualizada y que implica utilizar 60 minutos con un usuario menor de edad; es decir, el 70.4% del tiempo se realizan psicoterapia individual, esto, muy probablemente se deba a la complejidad de los casos que la institución recibe.



Figura 3. Actividades realizadas por los psicólogos adscritos a la coordinación de psicoterapias en el año 2012.

SERVICIO PSICOEDUCATIVA ACTIVIDADES	POR MES												TOTAL
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	
ENTREVISTA	71	120	172	113	133	152	97	169	143	154	119	80	1523
VALORACIONES	80	158	108	118	96	90	66	116	126	113	105	137	1313
ESTUDIOS COMPLETOS	4	71	25	41	25	20	13	20	16	14	16	17	282
TERAPIA INDIVIDUAL	1157	1871	1577	1359	1663	1481	1268	1008	1777	1792	1463	990	17406
TERAPIA GRUPAL	517	505	720	419	544	472	171	139	121	195	220	175	4198
SUB TOTAL													24722



Otro fenómeno que se observó en la coordinación de psicoterapias en el año 2012, es que con frecuencia son enviados o reenviados al programa de análisis conductual aplicado, sin que procedan las solicitudes por tres motivos principales; 1) Los pacientes no pueden o desean recibir el tratamiento, 2) El paciente se encuentra en otro proceso psicoterapéutico dentro o fuera de la institución, y 3) Los motivos de consulta no corresponden al programa de psicoterapias.

De no buscar estrategias como el Curso, el número de pacientes rebasaría las posibilidades de atención; pues las necesidades de tratamiento en la institución incrementan año con año.

A continuación se realiza la descripción cuantitativa de los pacientes que fueron enviados a el Curso psicoeducativo en los últimos 3 años desde el mes de enero del 2010 hasta diciembre del 2012; así como el número de padres que no

concluyeron con el grupo psicoeducativo satisfactoriamente o que los resultados en la aplicación de estrategias conductuales no fueron los esperados y se reenviaron para participar nuevamente en esta estrategia terapéutica.

Durante estos 3 años que el Curso se impartió en sesiones semanales, se logró canalizar 331 pacientes que eran derivados al programa de análisis conductual aplicado. Gracias a esto se logro aumentar la cobertura en la demanda de atención de psicoterapia individual y grupal para las psicoterapeutas que se encuentran adscritas a dicho programa.

Del total de los 331 padres enviados al Curso, 260 participantes atendidos durante el periodo 2010- 2012 fueron dados de alta del servicio de psicoterapias todos ellos, al concluir el total de las 5 citas que el Curso tiene destinado como duración; de los cuales, 71 pacientes debían ser reingresados. Y sólo 17 pacientes de ellos se canalizaron a psicoterapia con la finalidad de que recibieran programas a casa o entrenamiento en el trabajo directo con sus hijos, posterior a la revisión del caso. El resto es decir, 54 pacientes no asistieron o no realizaron las tareas necesarias por lo que se reenviaron al Curso para reforzar los temas impartidos, siguiendo el diagrama de flujo planteado en la Coordinación.

Sin embargo ninguno de ellos se presentó nuevamente a recibir el Curso como se indicó por los que se dieron de baja de la coordinación de psicoterapias y no fueron incluidos a ningún programa de tratamiento psicoterapéutico.

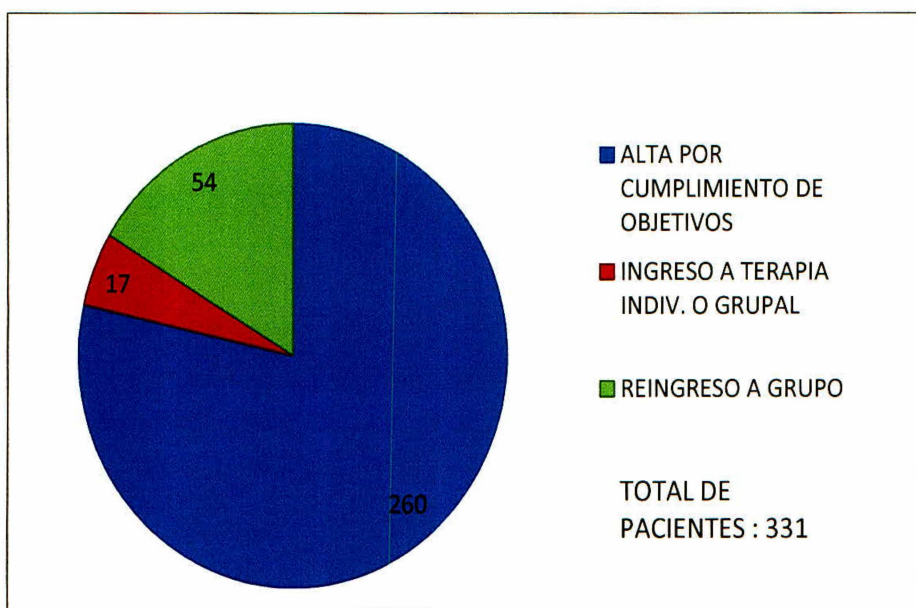


Figura 4. Ingreso de pacientes enviados al Curso durante los años 2010, 2011 y 2012, y los pacientes que reingresaron al Curso una vez más, por no haberlo concluido satisfactoriamente.

5.2. Resultados por Experiencia Vivencial

Es importante mencionar que el trabajo realizado en este Curso inicia con la sensibilización hacia los padres respecto a la problemática conductual de sus hijos, buscando con ello quitar etiquetas al paciente tales como “niño problema” “latoso” etc., y al mismo tiempo decrementar culpas para fomentar responsabilidades en los padres como agentes de cambio en la situación actual en la que se encuentran involucrados con sus hijos.

El asistente recibe posteriormente la información teórica sobre el análisis anecdótico de la conducta, el cómo registrar por intensidad o severidad las conductas de sus hijos, y las técnicas de modificación conductual para posteriormente aplicar en cada caso.

Consecuentemente a la adquisición de la información, los participantes contaban con una semana de tiempo para poner en prácticas las técnicas indicadas de

modificación de la conducta problema, así como las estrategias referentes a las dificultades conductuales derivadas de la sintomatología del TDAH. De esta manera en la siguiente cita se realizaba la valoración de las condiciones que se presentan durante la aplicación de estrategias directas con sus hijos.

Los resultados muestran variaciones:

Algunas veces los cambios en la conducta problema de los niños eran tan significativos en una semana de aplicación de estrategias de modificación de conductas problema, que los padres ya lograban identificar los antecedentes, conductas y consecuentes (análisis anecdótico) de conductas que incluso de inicio no se percibían como tal.

En este punto, resultaba importante reforzar positivamente a los padres respecto al compromiso de aplicar estrategias y continuidad para generalizar los resultados obtenidos

Otro fenómeno observable referido por los padres fue el incremento de la conducta problema al comienzo de la aplicación de estrategias, lo que lleva a los padres en gran medida al abandono en la continuidad en la aplicación de técnicas, sin embargo, otros que deciden continuar reportan estrés importante. Ante esto los especialistas responsables retoman la situación y refuerzan la necesidad de ser constantes y congruentes durante la aplicación o generación de nuevas estrategias para así promover auto control.

Así como en concientizar sobre el costo beneficio de la aplicación en ellos y en consecuencias posteriores en el bienestar psicoemocional y adaptación del menor.

El trabajo en grupo favorece e impacta de manera significativa a los padres respecto a la percepción que se recibe por parte de los otros padres, ya que al momento de comentar las dificultades que han vivenciado en la aplicación de las técnicas y /o a nivel emocional que sabotean o limitan el buen resultado y también los aspectos positivos y estrategias para el logro de la correcta aplicación,

promueven la identificación y motivación encontrando apoyo de sus iguales y de los especialistas.

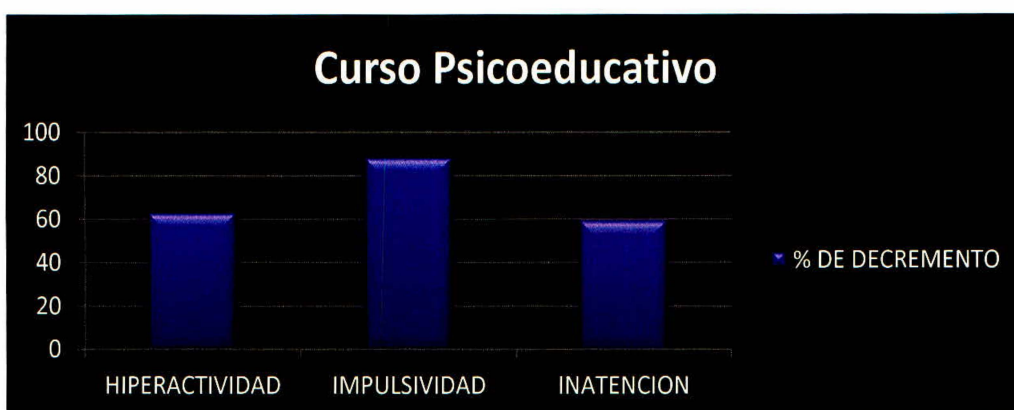
Un aspecto importante a señalar es la variación que existe en el interés y eficacia de la aplicación de lo indicado; cuando el asistente se trata de los padres de familia no así cuando quienes acuden son los abuelos ya que en estos últimos es frecuente encontrar creencias erróneas respecto a la labor del terapeuta y la responsabilidad de la familia en el tratamiento del trastorno. Por ejemplo la idea de que los abuelos deben consentir a los niños mientras que los padres tienen que corregirla, generaba conflictos para el menor en la aceptación de disciplina cuando estaban al cuidado de los padres. De esta manera el trabajo con ellos se personaliza, es decir, se abordan temas en los que se buscaba crear conciencia, sobre la constancia, la responsabilidad y el compromiso que adquieren al consentir ser los cuidadores responsables de niños con TDAH, sin restar autoridad a los padres cuando así se requiere. Con esto, se logra tener resultados positivos en menor tiempo.

Una vez concluidas las citas y a partir de encontrar alentadores resultados en la aplicación consistente de las técnicas, es que se logra valorar los resultados de la aplicación del Curso, procediendo a concluir los casos con alta de programa.

Si bien es cierto que no se tiene un documento de valoración, o formato que pudiera ser capaz de medir con precisión la efectividad del Curso; sí se asumen parámetros que se utilizan para determinar el cumplimiento de los objetivos. Por ejemplo la medición de los resultados del Curso se basa principalmente en los siguientes aspectos, reportados por los asistentes a través de auto informes verbales, así como la retroalimentación que existe por parte de los padres respecto a poner en práctica las estrategias consistentemente en casa, los avances en el comportamiento del niño a partir de la aplicación y, el que no reingresen al servicio de manera recurrente.

Por tal motivo se puede hacer de manera cuantitativa los resultados aproximados de efectividad del Curso.

Figura 5. Reporte vivencial del decremento de las conductas problema en el Curso.



En la figura 5 ilustra los avances que los padres lograron identificar posterior a la aplicación de estrategias dadas en los cursos Psicoeducativos que se impartieron en los 3 últimos años y que se basa en las retroalimentaciones que reportan a la terapeuta responsable del Curso.

Podemos observar que las conductas de impulsividad en una semana lograron reducirse significativamente para un porcentaje del 88% de los padres que asistieron. Reportaban que el tiempo fuera, refuerzo positivo y demás herramientas conductuales aplicadas las cuales se explican con mayor detenimiento en la página 53 de este documento, les ayudaron a lograr mejoras en la escuela y en casa respecto a esta problemática.

El 63% de los padres participantes, reportaba que durante esta semana los problemas con la hiperactividad habían disminuido significativamente, en tiempo, logrando permanecer por mayores lapsos sentados y realizando actividades de

escuela y ocio, sin embargo el resto de los participantes, aun reportaba complicaciones sobre todo al realizar tareas escolares, por lo que se reforzaban las contingencias positivas y se enfatizaba en la aplicación continua de estrategias.

Y por último el 59% de los padres comentaron que si lograban lapsos mayores de tiempo, pero es la conducta con menor eficacia en una semana, esto muy probablemente se deba a que la inatención es la principal afectación de los menores diagnosticados con TDAH, es por esto que el refuerzo positivo y la tolerancia de los padres en ir aumentando el tiempo de atención es preponderante para lograr avances reveladores en cuanto a esta condición diagnóstica.

Es por esto que el Curso psicoeducativo continua impartándose, tanto por los beneficios reportados por los padres de forma vivencial como porque coadyuva a dar respuesta más eficaz y pronta en la atención de los tratamientos.

De la misma forma se espera que con cada aplicación se generen mejoras en la manera de aportar la información y actualmente en la forma en que se evalúa la eficacia del mismo, con el objetivo de dar resultados con mayor soporte para determinar la veracidad de los datos

CONCLUSIONES

El reto para los servidores y servicios de salud pública es buscar hacer más eficientes los recursos con los que se cuenta, es por esto que se buscan estrategias que coadyuven a beneficiar a los usuarios de cada institución.

La renovación de las estrategias aun cuando resulta benéfico, puede generar estrés y descontento tanto para los prestadores de servicio como para los usuarios, este fenómeno resulta evidente para las instituciones. Sin embargo el generar un cambio que tenga como objetivo proporcionar mejoras en la prestación de los servicios en la mayoría de los casos concluye con resultados favorables.

Las instituciones encargadas de trabajo con salud mental deben estar comprometidas a buscar mejor calidad en la atención dado que un trato oportuno puede significar mejoría en cuanto a la sintomatología asociada y especialmente con el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, el cual afecta desde la niñez temprana, hasta la adultez y diferentes ámbitos de la vida, es por esto que la creación de grupos que impacten e incidan en la manera en que se trabaja con los pacientes diagnosticados con TDAH es de vital importancia.

El Curso psicoeducativo de manejo de la conducta infantil para padres de niños de 6 a 8 años diagnosticados con TDAH, logra dentro de la institución en la que se aplique, que se congregue un número mayor de personas para ser atendidas aportándole psicoeducación del trastorno, herramientas conductuales que se requieren para controlar las condiciones comorbidas derivadas de la condición diagnóstica del déficit de atención e hiperactividad.

Así mismo permite que los pacientes y usuarios de la institución comiencen una mejora en la condición general de vida con mayor prontitud, ya que los tiempos de atención son más cortos, comparados con la espera necesaria para ser atendidos de forma individual o grupal por un terapeuta.

Los beneficios a mediano y largo plazo para el programa de Análisis Conductual Aplicado, programa en el que se implementó primeramente este Curso, recibe en promedio el 25.73% de la población canalizada a la coordinación de psicoterapias para realizar trabajo psicoterapéutico, se espera notar el decremento de la demanda en la atención individualizada para optimizar recursos materiales y humanos requeridos en esta modalidad terapéutica.

Por otro lado la institución se beneficia cuando grupos mayores de padres pueden ser atendidos con calidad, calidez y prontitud, con esto lograr mejora en la calidad de los pacientes y sus familias, pues decremента de forma importante los déficits y excesos comportamentales, abarcando una mayor población que requiere de atención especializada.

Los padres por su parte lograron tener una visión diferente del diagnóstico y de las conductas a esperar por parte de sus hijos, así se permitió que la percepción de los padres fuera diferente en cuanto a la problemática tanto en condiciones conductuales como emocionales.

Sin embargo aun con los beneficios que aporta y que son ampliamente reconocidos por literatura actual para el tratamiento del trastorno por déficit de atención e hiperactividad, tal como la guía clínica de atención al TDAH, aún se puede observar en algunos casos la renuencia de los padres a tomar la autoridad y responsabilidad ineludible para hacerse cargo del manejo de la conducta infantil problemática de sus hijos.

Esto puede aludirse al desconocimiento de los avances y beneficios que aporta el trabajo psicoeducativo para padres con hijos diagnosticados con TDAH así como a la compromiso que implica asumirse como los principales responsables del manejo de la conducta problema en sus hijos. Incluso otras disciplinas de la salud, muestran esta misma dificultad para aceptar la psicoeducación como primera opción en el trabajo con pacientes con TDAH.

Es por esto que dar a conocer los resultados obtenidos en la aplicación de Cursos Psicoeducativos para padres en el manejo de la conducta infantil con niños diagnosticados con TDAH, puede resultar de gran utilidad para innovar estrategias que ayuden a mejorar los tiempos y la calidad de la atención de los menores y de las familias.

SUGERENCIAS

Con base en los resultados obtenidos en la aplicación del Curso psicoeducativo se pueden generar mejoras en cuanto a la aplicación del programa y la forma en que se evalúa su efectividad, por lo que hacer sugerencias para perfeccionar los efectos no resultaría ocioso.

- 1) Extender una cita más para dar seguimiento por mayor tiempo a las estrategias brindadas durante el Curso.
- 2) Involucrar a los padres y cuidadores del menor para lograr mejores resultados en diferentes ambientes, esto debido a que cada vez con mayor frecuencia los cuidadores o responsables de los menores, resultan ser las familias extensas como abuelos y/o tíos etc. Y ellos de igual forma requieren obtener el conocimiento para manejar las conductas problema de los menores.
- 3) Realizar un instrumento inicial que logre medir cuantitativamente las dificultades con las que los padres y cuidadores inician el Curso.
- 4) Realizar un post- test para determinar la eficacia de los recursos brindados durante las citas del Curso.
- 5) Realizar una cita por lo menos un bimestre después para brindar contención y en caso requerido exponer nuevas estrategias para el manejo de conductas problema y/o aclarar dudas al respecto.

Al respecto de las sugerencias propuestas algunas limitantes que pueden interferir en que sean llevadas a cabo son la falta de recursos estructurales como espacios adecuados para poder dar seguimiento respecto al número de citas propuesto pues la institución no cuenta con suficientes aulas adecuadas para estas labores, por lo que la saturación de cursos de las diversas disciplinas limitaría ser llevada a cabo.

La necesidad cada vez más evidente de que mayor número de profesionales en salud mental se sumen a la impartición de estos grupos dentro de la institución

favorecería la realización de grupos más frecuentes tomando un mayor porcentaje de los padres de pacientes con el diagnóstico de TDAH y se lograría dar un seguimiento de los resultados para generalizar el aprendizaje.

Bibliografía

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC, EE. UU: Masson.

Avila, E. & Polaino-Lorente, A. (1999). *Como vivir con un niño hiperactivo. Comportamiento, diagnóstico, tratamiento, ayuda familiar y escolar*. Madrid: Narcea, S.A. de ediciones.

Barkley, R. (2002). *Niños Hiperactivos. Como comprender y atender sus necesidades especiales*. (2ª. ed.). España: Paidós.

Bunge, E. Gomar, M. y Mandil, J. (2009). *Terapia cognitiva con niños y adolescentes. Aportes técnicos*. (2ª. ed.). Buenos Aires: Akadia.

Caballo, V.E. & Simón, M.A. (2002). *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente. Trastornos generales*. España: Pirámide.

Carballo, M. C. (2011). *Coaching para quienes viven con TDAH, con o sin hiperactividad*. México: Alfaomega.

Chaparro, C.L. y Morales, Ch. (2011). Efectos de la tutoría grupal sobre la conducta y el rendimiento en escritura y matemáticas. *Revista de psicología social y personalidad*. XXVII (2) , 1-10.

Chaparro, C.L. (2001). *Desarrollo y evaluación para el cambio de la conducta disruptiva en niños agresivos en el salón de clases*. Tesis en línea. Universidad Nacional Autónoma de México. <http://132.248.9.195/pd2001/289117/Index.html>

Chavez, M.A. (2010). Hijos tiranos o débiles dependientes, *El drama del hijo sobreprotegido*. (10ª. ed.). México: Grijalbo.

De la Peña, O.F. et al (2009). Algoritmo de tratamiento multimodal para Escolares Latinoamericanos con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). *Revista de salud mental*, 32: S17-S29.

Garry, M.J. (2005). Modificación de conducta. *Qué es y cómo aplicarla*. (5ª. ed.). España: Pearson, Prentice Hall.

Gordon, T. (2001). P.E.T. Padres eficaz y técnicamente preparados. *Nuevo sistema comprobado para formar hijos responsables*. (3ª. ed.). México: Diana.

Guía de práctica clínica. Diagnóstico y tratamiento del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en niños y adolescentes en atención primaria especializada. www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html

Kazdin, A. (2000). Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas. (2ª. ed.). México-Bogotá: Manual Moderno.

Mendoza, E. M. (2008). ¿Qué es el trastorno por déficit de atención? *Una guía para padres y maestros*. 2ª. ed.) México: Trillas.

Miguez, M. C. (2001). Aprender a Ser Padres, *Nueva Guía de Orientación para los Padres de Hoy*. México: Alfaomega.

Montse, Freixa N. M. (1993). Familia y Deficiencia Mental. Salamanca: Amarú.

Palacios-Cruz, L. et. al.(2011). Conocimientos, creencia y actitudes en padres mexicanos a cerca del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). *Revista de salud mental*. 34: (2), 149-155.

Pineda, O. (2009). Análisis conductual aplicado: intervención terapéutica a pacientes psiquiátricos menores de edad. Tesis licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México.

Rodríguez, S. J. & Parraga P. J. (1991). Técnicas de modificación de conducta. *Aplicaciones a la psicopatología infanto - juvenil y a la educación especial*. (2a. ed). España: Universidad de Sevilla.

Rosemond, J. K. (1992). ¡Porque lo mando Yo! México: Libra, S.A de C.V

Ruiz, G. M. & Saucedo, G. J.M. (2012). Trastorno por déficit de atención a lo largo de la vida. México: Alfil.

Stefano Cirillo, S., Selvini, M. & Sorrentino, A.M. (compiladores). La terapia familiar en los servicios psiquiátricos. Buenos Aires Argentina. (Ed. 2004) Impreso en España: Paidós.

The ICD- 10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostics guidelines. Organización Mundial de la Salud (1992).

Vallejo, P.M. (1998). Modificación de la conducta: Teoría, Metodología y Aplicación. *Consideraciones Críticas*. (3ª. ed.) España: Universidad Nacional de Educación a Distancia.

Walker, J.E. & Shea, T. M. (1987). Manejo conductual. *Un enfoque práctico para Educadores*. (3ª. ed.) México: Manual Moderno S.A., de C.V.

ANEXO

NOTA DE ENTREVISTA

NOMBRE DEL PACIENTE:		
FECHA:	No. REGISTRO:	
EDAD:	SEXO:	ESCOLARIDAD:
OCUPACIÓN:	FECHA DE NACIMIENTO:	
EDO. CIVIL:		
CLINICA :	MÉDICO RESPONSABLE:	
DIAGNOSTICO:		
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:		
MOTIVO DE CONSULTA:		
NOMBRE DEL RESPONSABLE:		
TELEFONO:		
FUENTES DE INFORMACIÓN:		
ENTREVISTA:		
ATENCIÓN: _____		
SEGUIMIENTO DE INSTRUCCIONES	FRECUENCIA: _____	INSTIGA: SI() NO()
ANTECEDENTE _____		
CONSECUENTE _____		
ESFINTERES		
CONTROLA: SI() NO() ENURESIS: SI() NO() ENCOPRESIS: SI() NO() ESTREÑIMIENTO: SI() NO()		
HABILIDADES SOCIALES		
RECHAZADO: SI () NO () SELECTIVO: _____		
OBSERVACIONES _____		

HIPERACTIVIDAD POSTURA (SENTADO)

ACTIVIDAD	TIEMPO	OBSERVACIONES

CONDUCTAS DISRUPTIVAS

	CONDUCTA	FRECUENCIA	DURACIÓN	INTENSIDAD	ANTECEDENTE	CONSECUENTE
AGRESIÓN						
AUTOAGRESIÓN						
BERRINCHES						