



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia

Manuscrito Recepcional

Programa de Profundización en Psicología Clínica

Terapia de Juego en contexto escolarizado en un niño
preescolar diagnosticado con TDAH

Reporte de Investigación Empírica

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

María de los Ángeles Chayle

Director: Dra. Helena Romero Romero

Vocal: Lic. Miguel Ángel Hernández Balderas



Los Reyes Iztacala, Tlalnepantla, Estado de México, 12 de junio 2020



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.

*Agradezco a Dios, centro y norte de mi existencia, por el
milagro de la vida y del amor.*

*“A veces sueño que está aquí y se ilumina el camino,
cuando aparece el fulgor, cerquita de mi corazón”*

Dedico este trabajo a la memoria de mi padre.

Agradecimientos

Agradezco a mi esposo Hugo por su apoyo incondicional y por caminar a mi lado, siempre juntos, siempre a la par; a mi hija Guadalupe por su entusiasmo y por su comprensión. Gracias, por darle sentido a todo lo que hago en la vida.

Mi más amplio agradecimiento a mi directora de manuscrito, la Dra. Helena Romero Romero, por su valiosa dirección, por su maravillosa enseñanza, pero por sobre todo por su infinita paciencia.

Mi sincera gratitud a la Universidad Nacional Autónoma de México, alta casa de estudios, que me recibió como integrante de su comunidad estudiantil, a mi amada Fes Iztacala, y a todos los profesores que acompañaron mi paso por el sistema SUAyED.

ÍNDICE

RESUMEN	3
ABSTRACT	4
INTRODUCCIÓN	5
1. TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH)	7
1.1 Definición y criterios diagnósticos	7
1.2 Prevalencia y comorbilidad	8
1.3 Diagnóstico	9
1.4 Tratamiento	10
2. TDAH EN PREESCOLARES	11
2.1 Características de niños preescolares con TDAH	12
2.2 Prevalencia de TDAH en niños preescolares	13
2.3 Diagnostico en niños preescolares	14
2.4 Tratamiento y Terapias de intervención en niños preescolares con TDAH	15
3. LA TERAPIA DE JUEGO COMO MODELO DE INTERVENCIÓN	16
3.1 Definición e importancia del juego	16
3.1.1 El Juego en la terapia	17
3.2 Terapia de juego. Definición	18
3.2.1 Terapia de Juego No directiva	19
3.2.2 Terapia de Juego Directiva	20

3.3 Terapia de Juego Cognitivo Conductual	21
3.3.1 Atributos de la TJCC	23
3.3.2 Plan de acción y estrategias en la TJCC	24
4. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN	25
4.1 Planteamiento del problema	25
4.2 Objetivos	28
4.2.1 Objetivo General	28
4.2.2 Objetivos específicos	28
4.3 Metodología	28
4.4 Análisis de datos	46
4.5 Conclusión	51
REFERENCIAS	53
ANEXOS	60

RESUMEN

El Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) que se inicia en la infancia y cuyos principales síntomas son déficit atencional, hiperactividad e impulsividad, da lugar al surgimiento de problemas secundarios, entre ellos el déficit de regulación del tono emocional, dificultando la interrelación del niño con quienes le rodean. El presente trabajo reporta la aplicación de terapia de juego con enfoque cognitivo conductual en el contexto escolar, en un niño de 5 años diagnosticado con TDAH, para reducir la manifestación de conductas disruptivas. Es un estudio de caso único con diseño A-B-A, en el que se empleó un método descriptivo, longitudinal, con un enfoque mixto. Se trabajó la modificación de tres conductas disruptivas del niño, los resultados muestran un cambio positivo en la conducta de escaparse del salón de clases, de 15 veces registradas al inicio, el post test muestra una frecuencia de 7 semanales, mientras que en las dos restantes solo hubo una leve mejoría. Esto explicado, por la escasa colaboración durante el proceso de los agentes involucrados. Se concluye que, a pesar de las limitaciones encontradas en la práctica, la intervención fue efectiva.

Palabras claves: TDAH, terapia de juego, contexto escolar.

ABSTRACT

The Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) that begins in childhood and whose main symptoms are attention deficit, hyperactivity and impulsivity, gives rise to the emergence of secondary problems, among them the deficit of regulation of emotional tone, making interrelation difficult of the child with those around him. The present work reports the application of play therapy with a cognitive behavioral approach in the school context, in a 5-year-old boy diagnosed with ADHD, to reduce the manifestation of disruptive behaviors. It is a single case study with an A-B-A design, in which a descriptive, longitudinal method was used, with a mixed approach. The modification of three disruptive behaviors of the child was worked on, the results show a positive change in the behavior of escaping from the classroom, of 15 times registered at the beginning, the post-test shows a frequency of 7 per week, while in the remaining two there was only a slight improvement. This is explained by the scarce collaboration during the process of the agents involved. It is concluded that, despite the limitations found in practice, the intervention was effective.

Key words: ADHD, play therapy, school context.

INTRODUCCIÓN

El incremento de la visibilidad del TDAH en los últimos años va en correspondencia con el aumento en el número de personas diagnosticadas con este trastorno, en especial niños en edad escolar, y con la necesidad de brindar información y formación a los agentes significativos, ya sean familiares o profesionales que interactúan con los sujetos de esta población. En nuestro país, el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, TDAH constituye un problema de Salud Pública. Aunque, su etiología continúa siendo objeto de múltiples investigaciones, existe cierto consenso entre la mayoría de los investigadores en acordar que es un trastorno complejo y multifactorial, en el que confluyen diversas variables, sin que ninguna explique por sí sola su origen. Entre ellas se consideran a: los factores genéticos; factores neuroquímicos (déficit de neurotransmisores, en especial dopamina y norepinefrina); factores neuroanatómicos y fisiológicos y factores psicosociales. Esta alteración en el desarrollo del cerebro humano se manifiesta en forma de síntomas de la conducta y del control emocional, frente a cada situación personal o social que represente un problema o un obstáculo.

Generalmente el lugar donde se disparan y se expresan con mayor severidad los síntomas es en la escuela, desde el nivel preescolar, puesto que las actividades de aprendizajes académicos, deportivos y sociales que se dan en ella, representan el escenario en donde se genera el mayor número de situaciones socialmente problemáticas y estresantes para el niño y para quienes lo rodean. Las desadaptaciones del niño y de su entorno dan lugar a que se desarrollen ciertos patrones cognitivo-emocionales, como dificultades de autocontrol y autorregulación, desajustes en la identificación de emociones y en la empatía, resolución impulsiva de problemas, que dificultan, cada vez más, el establecimiento de relaciones adecuadas con otros niños y con los adultos

Por ende, y como afirman los expertos en TDAH la intervención debe darse desde temprana edad, favoreciendo en el niño, la adquisición de las habilidades necesarias para autocontrolarse, regular las emociones, demorar la gratificación, responder adecuadamente a las frustraciones, reconocer los problemas y resolverlos eficazmente; integrando a sus padres y maestros, para lograr la comprensión del trastorno y una mejor inclusión del menor. El tratamiento más recomendado para esta etapa es aquel que incorpora técnicas de manejo conductual, puesto que enseñan a moldear de manera eficaz la conducta del pequeño

Este trabajo describe la aplicación específica en el contexto escolar, de un programa de intervención basado en la terapia de juego con enfoque cognitivo conductual, en un niño de 5 años de preescolar, con el objetivo de disminuir sus conductas disruptivas. Se presentan cuatro capítulos, en el primero se aborda el tema Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad; el segundo, en concordancia con el tema de la investigación, analiza las manifestaciones, diagnóstico y tratamiento de ese trastorno en los niños en edad preescolar; y en el tercer capítulo, se realiza un recorrido por la Terapia de juego, sus principios teóricos, usos y aplicaciones; haciendo hincapié en el enfoque Cognitivo Conductual. Finalmente, el capítulo 4 detalla la metodología utilizada en esta propuesta, detalla el plan de intervención aplicado, sus resultados, conclusiones y limitaciones.

1. TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH)

1.1 Definición y criterios diagnósticos

El Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es una patología del neurodesarrollo que se inicia en la infancia, es definido como un trastorno persistente de origen neurobiológico, de base genética y naturaleza crónica; se considera dentro de los trastornos externalizados ya que las conductas interfieren negativamente con el desarrollo de la persona y dificultan su proceso de adaptación a la sociedad (Vásquez et al., 2010). El sistema de clasificación de la APA (2013), el DSM-V lo incluye en el apartado de Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador y establece como criterios diagnósticos un patrón persistente de inatención, desorganización y/o hiperactividad-impulsividad. Los síntomas de inicio deben presentarse antes de los 12 años y persistir durante 6 meses (mínimo) en un grado que no concuerde con el nivel de desarrollo del niño y que afecte directamente sus actividades sociales y escolares; asimismo, tales manifestaciones deben presentarse en dos o más contextos.

El DSM-V (APA, 2013) distingue tres presentaciones clínicas, que pueden variar en el trascurso de la vida de la persona:

- Presentación clínica **hiperactivo/impulsiva**; el paciente mueve nerviosamente las manos o los pies, no se queda quieto en una silla, no puede permanecer sentado, corre mucho (niños) o muestran agitación (adultos), presentan dificultad para realizar actividades tranquilamente, habla en exceso y responde antes de que se le haya terminado de formular la pregunta, le cuesta esperar o tomar turnos y, por último, interrumpe o importuna a los demás.

- Presentación clínica de **inatención o con falta de atención**; no presta atención a los detalles o cometen errores por descuido, se les complica mantener la atención, parece que no escucharán, se les presentan dificultades para seguir instrucciones hasta el final, al igual que para organizarse, evitan las tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido, pierden las cosas a menudo, se distraen con facilidad y olvidan las tareas de la rutina diaria.
- Presentación clínica **combinada (de inatención, hiperactividad e impulsividad)**; se presentan algunos de los síntomas de las presentaciones clínicas anteriores. La mayoría de los niños padecen el tipo combinado del TDAH.

1.2 Prevalencia y comorbilidad

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018), el TDAH afecta a un 8% de la población infantil; y a un 5% de la población adulta; se estima que la prevalencia mundial es de 3 a 5 % en niños de edad escolar y en el caso de México, sin tener una cifra precisa, se cree que afecta a un millón y medio de niños y niñas menores de 14 años (Correa, 2018); a medida que ha pasado el tiempo se han ido incrementando los porcentajes de personas que padecen este cuadro, a la vez que ha ido disminuyendo la edad a la que pueden ser diagnosticados (Fundación CADAH, 2006-2020).

Los niños con el trastorno TDAH presentan comorbilidad, lo que es observable en el 60% aproximadamente de los menores, es decir que además padecen un segundo diagnóstico siendo los trastornos del aprendizaje y las conductas disruptivas los más frecuentes (Scandar & Bunge, 2017) en comparación con los que no lo tienen, así también puede presentarse trastorno bipolar, de ansiedad, de depresión (trastornos internalizados), trastorno de comunicación y trastorno de Gilles de la Tourette. La comorbilidad impacta tanto sobre la terapia, como en el pronóstico de la enfermedad a mediano y largo plazo y en la persistencia del TDAH en el tiempo. De la Peña et al.

(2009) citan como aspectos de disfunción asociados al TDAH la deficiencia de las habilidades sociales, escasa motivación en la escuela, rendimiento académico bajo; Vásquez, et al. (2010) afirman que el impacto del TDAH está asociado con alteraciones en la vida social, como el aislamiento, la actividad delictiva, accidentes diversos y baja autoestima; el impacto en la salud del menor se da en las tasas de abuso y dependencia a sustancias, en las tasas de ansiedad, depresión y suicidio; igualmente impacta en la familia, que también sufre la separación social, se provoca un daño emocional en los padres e hijos y en las relaciones de los padres provocando dificultades maritales y estrés; y por último manifiestan que impacta en lo ocupacional, por el absentismo, afecta la productividad de la persona y las relaciones interpersonales del mismo.

1.3 Diagnóstico

La neuropsicóloga mexicana Feggy Ostrosky afirma que el diagnóstico debe ser oportuno y temprano para procurar un tratamiento adecuado que permita la disminución de los riesgos que este padecimiento conlleva, como sufrir maltrato infantil, rechazo escolar y aislamiento social (Correa, 2018). El diagnóstico se ajusta a los criterios establecidos en el DSM-V antes mencionados; comprende, la valoración médica y psicológica, la información que los parientes responsables del probable portador de TDAH, los maestros y cuidadores cercanos (Secretaría de Salud [SSa], 2018) aportan sobre el desarrollo y los síntomas del padecimiento, la evaluación familiar y la evaluación escolar del mismo, se detallan en una historia clínica minuciosa; para la valoración también se recurre a varios instrumentos que se pueden clasificar en categorías, como: entrevistas estructuradas y semi estructuradas; escalas de valoración: generales para trastornos de conducta perturbador, y específicas para TDAH; y tests psicométricos. El **diagnóstico diferencial** se lleva a cabo en relación con otros padecimientos que comparten algunos síntomas del TDAH (SSa, 2018), y es importante puesto que ayuda a determinar si alguno de tales padecimientos

representa comorbilidad, teniéndose en cuenta los siguientes: trastorno de ansiedad, trastorno depresivo, trastorno bipolar, trastorno del espectro autista, trastorno de aprendizaje, discapacidad intelectual, hipertiroidismo, intoxicación con plomo, trastorno oposicionista desafiante/ trastorno disocial. Por ello es necesario establecer el diagnóstico diferencial antes de brindar un diagnóstico definitivo.

1.4 Tratamiento

Luego de definido el diagnóstico se debe elegir un tratamiento adecuado para cada individuo, puesto que existe una gran diferencia entre un TDAH niño, adolescente y adulto, por lo que se recomienda plantear las alternativas terapéuticas disponibles (Palacios et al., 2009) acordes a la etapa de desarrollo y al área afectada; asimismo es aconsejable que el abordaje terapéutico sea multimodal o combinado, el que implica: tratamiento farmacológico, tratamiento cognitivo conductual y tratamiento psicoeducativo (Vásquez et al., 2010), a fin de mantener un control continuo y una disminución de los síntomas. Manifiesta la asociación CHADD (2020) que un enfoque integral garantiza las oportunidades de éxito para el niño, y sugiere un plan de tratamiento que incluya las siguientes acciones:

Educación sobre el TDAH, sobre el trastorno y sus causas. Educación para padres e hijos sobre el diagnóstico de TDAH y el curso del tratamiento. Terapia conductual para que el niño maneje sus comportamientos y adquiera nuevas habilidades. Prescripción de medicamentos para el TDAH y monitoreo regular. Asesoramiento de salud mental para el paciente, padres y/o la familia para abordar las preocupaciones de relación, autoestima, disciplina y paternidad, entre otros. Clases o programas de capacitación para padres para abordar el comportamiento del hijo. Modificaciones y apoyos a programas educativos.

La alternativa terapéutica que presenta mayor apoyo empírico es la farmacoterapia a corto y a largo plazo (Scandar et al., 2017), en México los fármacos aprobados por las agencias reguladoras para el tratamiento del TDAH son el metilfenidato y la lisdexanfetamina (SSa, 2018). La segunda alternativa, igualmente importante, es la intervención psicológica con el paciente, con la familia y el centro educativo, es conveniente implicar a todos los agentes de cambio terapéutico. Para asistir a padres y maestros existen programas de entrenamientos para padres (PEP), terapia cognitiva conductual (TCC), enfoques basados en la estimulación cognitiva (EC) y el Neurofeedback (NF) (Scandar, 2018). En el trabajo con el niño o adolescentes es importante la psicoeducación, y de acuerdo con el dominio que se precise atender, Morales et al. (2015) listan las siguientes opciones:

Tabla 1
Tipos de intervenciones psicológicas

Tipo	Área a la que se enfoca
Autocontrol	Entrenamiento en autoinstrucciones Entrenamiento en solución de problemas
Mejorar la atención	Entrenamiento en funciones ejecutivas
Educación emocional	Entrenamiento en autorregulación emocional
Mejora de la comunicación	Entrenamiento en habilidades sociales
Rendimiento académico	Técnicas que permiten intervenir en dificultades concretas: Técnicas de planificación del tiempo y de organización. Técnicas de estudio. Estimulación de procesos de lecto-escritura

Nota. Fuente: Morales et al. (2015) Guía de intervención clínica infantil. Universidad Autónoma de Madrid (UAM)

2. TDAH EN PREESCOLARES

Siendo el objetivo de este trabajo, la aplicación de un programa de intervención en un niño de preescolar y considerando que este trastorno se presenta en formas distintas en cada etapa de la

vida, se hace necesario revisar el desarrollo infantil en este período, 2 a 5 años, las manifestaciones de un probable trastorno y la posibilidad de realizar un diagnóstico a esta edad.

2.1 Características de niños preescolares con TDAH

Marín-Méndez, Borra, Álvarez y Soutullo (2016) afirman que, durante la infancia temprana, los menores adquieren las habilidades sociales, conductuales y académicas, “básicas para la alfabetización” y necesarias para el posterior éxito escolar. Asimismo, Zárate, Castro y Tirado (2017) sostienen que

En la edad preescolar las adquisiciones cognoscitivas y afectivas son numerosas, el niño adquiere habilidades a nivel social para relacionarse con su entorno, realizar juegos en grupo y trabajar con otros niños, lo que es fundamental en esta etapa; además alcanza la madurez para cooperar con sus compañeros y establecer reglas en el juego, también se puede observar que el niño inicia con manifestaciones de moralidad al tratar de complacer a sus padres y aparecen narraciones complejas para referir mentiras, por lo cual se debe brindar al preescolar, atención, afecto, confianza y estimulación, a fin de lograr su progreso apropiado. (p. 30)

Sin embargo, un menor que presenta la sintomatología de la triada propia del TDAH: impulsividad, hiperactividad y déficits de atención, manifiesta alteraciones en el control inhibitorio, en la memoria de trabajo, en la monitorización y el habla autodirigida (funciones ejecutivas), es descrito por sus padres y maestros como un niño difícil, inquieto, con dificultades para controlarse y para cumplir las reglas, poco tolerante a la frustración, y con una escasa disposición para el juego con otros niños, e incluso con muestras de cierta agresividad (Palacios et al., 2009; Bauermeister et al., 2011); la asociación Children and adults with attention deficit/hyperactivity disorders, CHADD (2020) asegura que estos niños pueden carecer de las

habilidades y de comportamientos que resultan en una atención positiva y que a menudo tienden a portarse mal y son sancionados con más frecuencia que otros niños, lo que provoca un efecto negativo en su autoimagen y un aumento en los problemas de conducta. Vaquerizo-Madrid (2005) detalla signos que caracterizan a los preescolares con TDAH y que deben ser tenidos en cuenta, tales como; pobre disposición para el juego social con otros niños, exceso preferencial por los juegos deportivos sobre los educativos, pobre interés sostenido por el juego, retraso del lenguaje, retraso y torpeza en el desarrollo de la motricidad fina adaptativa, dificultades para el aprendizaje de los colores, los números y las letras, dificultades para el desarrollo gráfico y para la comprensión de la figura humana, inmadurez emocional para su edad correspondiente y constantes rabietas y accidentes (CADAH, 2006-2020).

2.2 Prevalencia de TDAH en niños preescolares

En las dos últimas décadas la investigación científica ha incrementado su atención al estudio del TDAH en niños de edad escolar (Bauermeister & Matos, 2011), aunque a nivel mundial, según manifiestan Marín-Méndez et al (2016) siguen siendo escasos los trabajos disponibles y con notables diferencias metodológicas entre ellos. En España, por ejemplo, no existen herramientas específicas para el TDAH en preescolares (3 a 7 años), tampoco estudios de prevalencia de este padecimiento; mientras que en Latinoamérica la prevalencia varía entre regiones y entre países, aunque se estima que es de entre el 2,4% y 19,8% para la población escolar (Gallardo-Saavedra, Martínez-Wbaldo, Padrón-García, 2019) y de 2 y 8% para la población preescolar (Palacios, Ruiz-García, Bauermeister, Montiel-Navas, Henao y Agosta, 2010). En México, la Secretaría de Salud ha manifestado su dificultad para medir la prevalencia a nivel nacional (Gallardo-Saavedra et al, 2019), “los estudios se limitan a pequeños y específicos grupos de población” (Barrios et al, 2016, p. 46). En el artículo de Gallardo-Saavedra et al (2019) sobre la prevalencia de TDAH en escolares

en nuestro país, se reporta que en los Centros Comunitarios de Salud Mental (CECOSAM) uno de cada 3 niños que acuden a consulta lo hace por presentar TDAH, siendo este padecimiento también la primera causa de consulta en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” y en los centros de atención del Desarrollo Integral de la Familia (DIF).

2.3 Diagnostico en niños preescolares

En la edad preescolar, los síntomas pueden confundirse con otras alteraciones del desarrollo, los comportamientos como la impulsividad, la inquietud o la falta de atención, responden en parte, al proceso neuropsicológico normal de maduración de las áreas prefrontales del cerebro y a la debilidad del control inhibitorio de la conducta en los primeros 4 o 5 años (Bauermeister et al., 2011), además “existen, factores madurativos muy individualizados en cada niño” (Cornellá 2010 p. 300), por lo que la precisión en el diagnóstico en esta etapa no es fácil (CADAH, 2006-2020), es un proceso largo que supone un grado mayor de complejidad en comparación con el procedimiento realizado para niños en edad escolar y adolescentes; e incluye la valoración médica y evaluación psicológica a cargo de profesionales calificados y capacitados para diagnosticar y tratar TDAH (CHADD, 2020). Es fundamental realizar una historia clínica minuciosa y una “observación detallada del comportamiento del menor para establecer la intensidad de las conductas en los distintos contextos” (Palacios et al., 2010 p. 56); también evaluar la capacidad intelectual y el estilo cognitivo, las distintas áreas que tienen que ver con el rendimiento académico, las habilidades sociales y para un diagnóstico más certero efectuar una evaluación neurológica, que comprende el examen neurológico y la aplicación de pruebas neurofisiológicas, como electroencefalograma, EEG cuantificado y cartografía cerebral, registros poligráficos de sueño y potenciales evocados de corta y de larga latencia. Por último, se precisa realizar un diagnóstico diferencial con el propio TDAH y con otras entidades cuyos síntomas detectables en

edades tempranas se solapan con un déficit de atención (Bastardas, Ortiz, Sánchez & Sabaté, 2015). Finalmente, el diagnóstico debe estar basado en el DSM-V y por lo menos 6 de los síntomas deben persistir por más de seis meses, suponiendo un deterioro funcional del niño en al menos dos ambientes (hogar y escuela)

2.4 Tratamiento y Terapias de intervención en niños preescolares con TDAH

La detección e intervención temprana disminuye la gravedad de la sintomatología del trastorno en etapas posteriores del desarrollo, y como bien se dijo anteriormente, el tratamiento debe ser “multimodal”, puesto que, si el tratamiento es parcial, los resultados serán parciales (Fundación de Neuropsicología Clínica [FNC], 2018). Ante la sospecha de que el menor presenta TDAH y para determinar las áreas de preocupación que afectan el funcionamiento del paciente se debe realizar un control médico detallado de la evolución y progresión del mismo (CADAH, 2020). Cuando se habla de tratamientos para niños en edad preescolar, la psicoterapia de primera elección es el entrenamiento cognitivo comportamental de los padres y las modificaciones en el ámbito escolar (FNC, 2018; Scandar et al, 2017), recomendándose la prescripción de medicamentos solo cuando sea sumamente necesario (CHADD, 2020). También existen abordajes de naturaleza cognitiva comportamental que permiten trabajar con el niño tanto en ambientes individuales como grupales y siempre que el TDAH curse en comorbilidad con trastornos específicos de aprendizaje requerirá asistencia psicopedagógica (FNC, 2018).

De igual modo Palacios et al. (2009) propusieron en su algoritmo multimodal para el tratamiento de preescolares latinoamericanos con TDAH, una serie de recomendaciones para evaluar y manejar el trastorno, planteando como primer recurso un tratamiento en el manejo psicosocial y luego el tratamiento farmacológico (un uso conjunto y racional de ambos). Recomiendan específicamente los tratamientos psicosociales como la psicoeducación, el

entrenamiento en Manejo Parental (EMP) y la Terapia Interaccional Padre-Hijo (TIPH). En la actualidad, y puesto que los estudiantes con TDAH experimentan muchas dificultades en ámbito escolar, no solo a nivel académico sino también en sus relaciones interpersonales, con sus maestros y/o con sus compañeros, las intervenciones basadas en la escuela se han vuelto cada vez más comunes (Álvarez et al. (2015).

3. LA TERAPIA DE JUEGO COMO MODELO DE INTERVENCIÓN

3.1 Definición e importancia del juego

Todos ser humano juega en algún momento de su vida, puesto que el juego es una actividad innata que surge de manera natural y libre, “se va desarrollando progresivamente, reflejándose en diferentes etapas, desde el periodo sensoriomotor hasta el juego reglado (Díaz, 2016), trae consigo diversión y recreación, permite que los niños se relacionen con otros niños, con los adultos y con su entorno (Ruiz, 2017). Los beneficios del juego son diversos: es indispensable para la estructuración del yo, permite la exploración y adaptación del niño al mundo, enriquece la imaginación, influye en el desarrollo de la personalidad, fomenta las habilidades, lingüísticas, las capacidades intelectuales y motoras; además facilita la resolución de conflictos y posibilita la adquisición de habilidades grupales para el crecimiento físico, cognoscitivo, emocional y social. Dependiendo de la actividad de juego que el niño sea capaz de realizar, será posible evaluar su desarrollo, para ello se considera muy importante el paso del juego presimbólico al simbólico; las habilidades simbólicas involucran la capacidad para comprender que aun cuando un objeto está lejos de otro, es posible transformar y trascender la realidad inmediata (Esquivel, 2010). Sigmund Freud decía que el niño en el jugar no solo repite situaciones placenteras, sino que con el juego puede elaborar aquellas que le resultaron dolorosas o traumáticas (Gómez, 2015).

3.1.1 El Juego en la terapia

Schaefer en su libro *Fundamentos de la Terapia de Juego* (2017), clasifica los poderes terapéuticos del juego en ocho categorías generales: comunicación, regulación emocional, mejora de la relación, juicio moral, estrés, fortalecimiento del yo, preparación para la vida y autorrealización, a esto suma, la función del juego como una herramienta de evaluación proyectiva.

En las distintas fases del proceso terapéutico es posible utilizar diferentes categorías de juego:

- Juegos de expresión corporal y movimiento: ayuda al niño a reconstruir una relación confiable y sana con su cuerpo y el de otros, a reconocer sus límites y posibilidades y, por lo tanto, a connotarlo con un sentido de eficacia, control, cuidado, valía y respeto.
- Juegos de expresión plástica y narrativa: favorecen la posibilidad de expresar y transformar ideas, creencias, significados, emociones y sentimientos.
- Juegos de expresión sensorial: mediante la conexión con las sensaciones se favorece la regulación fisiológica y emocional y la expresión e integración de las experiencias. Aumentan la confianza y maestría en el propio cuerpo. Dentro de esta categoría se encuentra la Bandeja de Arena, el agua, la arcilla, la pintura de manos.
- Juegos de expresión afectiva: aquellas destinadas a discriminar, reconocer y nombrar estados emocionales y a dar y recibir afecto. Se describe el uso de mascotas.
- Juegos de descarga y expresión emocional: apoyan la expresión de emociones displacenteras o negativas.
- Juegos de visualización imaginativa: orientadas al uso de la imaginación para favorecer la autorregulación de estados internos.
- Juegos de expresión creativa: se incluye aquí el juego espontáneo y creativo, el cual permite al niño la expresión libre de su mundo interno.

- Juegos proyectivo simbólico: el niño proyecta a través del juego y mediante símbolos y metáforas, experiencias, emociones, preocupaciones, miedos y recursos. La bandeja de arena, las marionetas, los títeres, las muñecas, entre otros, son utilizados por niños y niñas.
- Juegos de expresión dramática: favorece el ensayo de roles diversos, el ponerse en el lugar del otro, el jugar al "como si", ensayar habilidades sociales, y buscar y encontrar nuevas soluciones a las dificultades. Igualmente, facilita la distancia necesaria para la expresión de las vivencias. Se usan disfraces, máscaras, sombreros, entre otros.
- Juegos de expresión musical: la música sintoniza directamente al sistema límbico en el cual las emociones son procesadas. Favorece entonces la regulación de la hiper e hipoactivación fisiológica y emocional y la conexión con otros.

3.2 Terapia de juego. Definición

Ya desde inicios del siglo XX, Freud reconoció que el juego era la manera natural en que el niño establecía relaciones, comunicaba y resolvía sus problemas, “fue el primero en usar el termino terapia de juego” (O’Connor, Schaefer & Braverman, 2017). A través del tiempo, los modelos clínicos propios de la psicoterapia para adultos fueron adaptándose e incorporando el juego como técnica para tratar a los infantes, para llamar su atención y lograr que se involucren en el proceso; usando la imaginación y la creatividad, el niño puede desplazar las situaciones perturbadoras (que obstaculizan su buen desarrollo) al mundo del juego, hecho que le es de utilidad al terapeuta para solucionar los problemas del paciente. Axline (1977) la define como un modelo terapéutico establecido, reconocido y muy efectivo para el niño que ha experimentado situaciones de estrés emocional y que han tenido un efecto observable en las pautas de su desarrollo normal; en tanto que la Association for Play Therapy (1997) la define como el uso sistemático de un modelo teórico para establecer un proceso interpersonal en el que un terapeuta entrenado usa las propiedades

terapéuticas del juego para ayudar a sus clientes a prevenir o resolver dificultades psicosociales y alcanzar un crecimiento y desarrollo óptimos (O'Connor et al., 2017). Esta terapia está dirigida a niños pequeños y a los padres, es decir que incluye clientes de todas las edades (O'Connor et al., 2017). La terapia de juego es diferente a otros tratamientos porque el niño usa el contacto físico activo a través de la interacción con los juguetes y tiene como objetivo utilizar el juego para modelar conductas deseables en los niños.

3.2.1 Terapia de Juego No directiva

Se realiza una breve referencia al modelo de terapia no directiva puesto que es considerado el legado de la madre de la terapia de juego, Virginia Axline. Este modelo también conocido como terapia de juego centrada en el cliente o terapia de juego centrada en el niño, parte del supuesto de que cada persona lleva consigo la capacidad de resolver de manera efectiva sus propios problemas, y el impulso de crecimiento interno, el impulso a la autorrealización continua; respondiendo a este fundamento, el terapeuta toma durante la intervención un papel secundario siendo el niño quien indica el camino a seguir, es decir está basada en una teoría positiva de las habilidades que posee el individuo. En este tipo de terapia el terapeuta debe contemplar los 8 principios básicos: 1) desarrollar una relación interna y amigable con el niño, que permita establecer una armonía durante la sesión. 2) el niño debe ser aceptado tal como es por el terapeuta. 3) el terapeuta muestra una actitud permisiva en la relación, de tal forma que el niño se siente libre para expresar sus sentimientos. 4) El terapeuta está alerta a reconocer los sentimientos que el niño está expresando y los refleja de nuevo hacia él de tal forma que logra profundizar más en su comportamiento. 5) El terapeuta observa un gran respeto por la habilidad del niño para solucionar sus problemas, si a éste se le ha brindado la oportunidad para hacerlo. Es responsabilidad del niño decidir y realizar cambios. 6) el terapeuta no intenta dirigir las acciones o conversación del niño en forma alguna. 7)

El terapeuta no pretende apresurar el curso de la terapia, puesto que reconoce que es un proceso gradual. 8) El terapeuta establece solo aquellas limitaciones que son necesarias para conservar la terapia en el mundo de la realidad y hacerle patente al niño de su responsabilidad en la relación (Axline, 1977). En este tipo de terapia no se hacen entrevistas previas, ya que se considera que el proceso se inicia desde el momento en el que, *está* la persona al iniciarla y llega hasta donde la misma persona es capaz de hacerla. Las técnicas de la terapia no directiva se aplicaban, en un inicio, de manera individual; empero, ante la necesidad de fortalecer el vínculo entre padres e hijos, durante la segunda mitad del siglo XX, surgió la terapia filial, que incorpora a los progenitores de los pacientes.

3.2.2 Terapia de Juego Directiva

Axline, también diferenció otro modo de hacer terapia, la **directiva**, en donde el terapeuta es el encargado de guiar e interpretar el juego del niño durante las intervenciones. A partir de la década de 1970, las técnicas de la terapia no directiva fueron dejadas de lado temporalmente, para resurgir con mayor fuerza y con nuevos enfoques, una década más tarde. Actualmente, existen tres modelos, mostrados en la tabla 3, cada uno de los cuales engloba diversos enfoques, mismos que evalúan las necesidades del niño y ajustan la intervención a partir de métodos multimodales.

Tabla 2

Principales Enfoques Teóricos de la Terapia de Juego

<i>Modelo</i>	<i>Enfoque</i>
<i>Modelos Psicodinámicos</i>	Enfoque psicoanalítico de la terapia de juego Terapia de juego analítica jungiana Terapia de juego adleriana Terapia de juego de liberación

<i>Modelos Humanistas</i>	Terapia de juego centrada en el niño Terapia filial Terapia de juego Gestalt Terapia de juego experiencial
<i>Modelos Sistémicos</i>	Terapia de juego familiar Terapia de juego grupal Terapia de juego ecosistémica Terajuego: terapia de juego para fortalecer el apego Terapia de juego enfocada en la solución: ayudar a los niños y a las familias a encontrar soluciones Terapia de juego cognitivo-conductual Terapia de juego narrativa Terapia de juego integrativa Terapia de juego normativa

Nota. Fuente. Schaefer C. E. (2012). Manual de terapia de juego

3.3 Terapia de Juego Cognitivo Conductual

A razón de explicar uno de los modelos mencionados y teniendo en cuenta el objetivo de este trabajo se analizará el enfoque Terapia de Juego Cognitivo Conductual (TJCC), una adaptación de la Terapia Cognitiva Conductual (TCC), diseñada para ajustarse a los niños desde una perspectiva de desarrollo, que incorpora intervenciones conductuales y cognoscitivas dentro de un modelo de terapia de juego, basado en un enfoque experiencial, centrado en el aquí y el ahora (Knell, 1993). De acuerdo con este modelo, “las emociones y las conductas de una persona están determinadas en gran medida por la manera en que piensa acerca del mundo” (Beck, como se citó en Schaefer, 2017), por ello se trabaja con los pensamientos y conductas disfuncionales en el **qué tengo que hacer** para cambiar más que en el por qué (Esquivel, 2010). Con el objetivo de apaciguar los síntomas del dolor (Schaefer, 2017) el terapeuta busca identificar los factores que refuerzan y mantienen los comportamientos problemáticos, así como los patrones de pensamiento, para poder

modificarlos mediante intervenciones, en su mayoría, basadas en los condicionamientos clásicos y en el operante, como la desensibilización sistemática y el manejo de contingencias (Esquivel, 2010). La tabla 3 expone los principios de la TCC aplicables a la TJCC y la tabla 4, las modificaciones realizadas para su aplicación a la terapia con niños (Knell, 1993).

Tabla 3

Principios de la TCC Aplicables a la TJCC

	Terapia Cognitivo Conductual	Terapia de Juego Cognitivo Conductual
1	Hay una influencia recíproca entre la cognición, las emociones, la conducta y la fisiología. La conducta desorganizada es una expresión de pensamiento racional.	Puede aplicarse a los niños, solo que se debe tener mucho cuidado con los niños en etapa preoperacional. Las intervenciones para estos niños se centran en la ausencia de pensamientos adaptativos y en los errores cognoscitivos.
2	La terapia es breve y de tiempo limitado, menor a seis meses. Intervenciones sencillas, específicas y concretas.	Los tratamientos breves orientados a la realización de tareas y la solución de problemas son apropiados para los niños, aunque no indicados para psicopatología grave.
3	Una condición básica para la terapia es una relación terapéutica cálida basada en la confianza y la aceptación.	El terapeuta debe ser visto por el niño como alguien confiable y no orientado a juzgar, para que se sienta seguro y aceptado.
6	La terapia posee un formato estructurado y directivo, su grado está dado por las necesidades del individuo y los objetivos determinados para cada sesión.	La agenda y los objetivos se pueden establecer en cada sesión, y agregarse un tiempo de final abierto, donde el niño pueda aportar más información.

Nota. Fuente: Knell, S. M. (1993). La terapia de juego cognoscitiva conductual. Manual de terapia de juego.

Tabla 4

Principios de la TCC que se aplican a la TJCC con modificación

	Terapia Cognitivo Conductual	Terapia de Juego Cognitivo Conductual
--	------------------------------	---------------------------------------

4	Se utiliza un enfoque de equipo entre terapeuta y paciente para resolver los problemas de este. Juntos elaboran estrategias y planes para ayudar al éxito de la terapia.	El terapeuta debe encontrar un equilibrio entre imponer la estructura al niño y no interferir con los deseos de este y con su conducta espontánea.
5	El terapeuta utiliza el método socrático, hace preguntas guías y evita sugerencias y explicaciones directas, para que el individuo modifique el comportamiento desadaptativo.	Se recomienda hacer a los niños, preguntas abiertas, no directas, en un formato de afirmación. Por ejemplo, “me pregunto qué piensas de ello”, en lugar de ¿qué piensas de ello?
9	Se enseña a los pacientes un enfoque científico para sus problemas, las creencias son hipostasis y se efectúan experimentos para ponerlas a prueba. El terapeuta a partir de la información inducida crea, pone a prueba y revisa las hipótesis.	En los niños no es posible utilizar el método inductivo, el terapeuta debe poner a prueba las hipótesis y las técnicas del tratamiento. El tratamiento se va adaptando y modificando de acuerdo con ello.
10	Característica esencial de la terapia es la asignación de tareas para la casa para reforzar y complementar el trabajo en sesión.	No es un aspecto integral de la TJCC, puesto que las tareas son realizadas por los padres en la casa o con una contribución significativa por ellos.

Nota. La columna de la izquierda corresponde al número de principio de la TCC

3.3.1 Atributos de la TJCC

La terapia integra al niño y al adolescente al tratamiento por medio del juego (Knell, 1993) que dice Schaefer (2012) sirve como una forma de educación, puesto que se encarga de proporcionar al paciente, estrategias para el desarrollo de pensamientos y conductas más adaptativos, y habilidades de enfrentamiento positivas; “se enfoca sobre los pensamientos, sentimientos, fantasías y ambiente del niño” (Knell, 1993), La TJCC es estructurada, directiva y orientada a la consecución de objetivos terapéuticos, pone el énfasis en las metas, en la elección de actividades y materiales de juego (Schaefer, 2012), el terapeuta “es quien lleva el liderazgo del niño o en el conocimiento de la situación de éste, recopilado a partir de una fuente exterior” (Esquivel, 2010).

La TJCC incorpora técnicas demostradas de modo empírico y permite un análisis empírico del tratamiento. La intervención se lleva a cabo en un cuarto de juegos o consultorio equipado con materiales de juego apropiados, o puede realizarse en un entorno parecido a la situación temida por el paciente (Schaefer, 2012).

3.3.2 Plan de acción y estrategias en la TJCC

Las etapas y estrategias del tratamiento en la TJCC son las siguientes: introductoria/de orientación, de evaluación, central y de terminación. Schaefer (2017) enlista las técnicas que se pueden emplear durante la intervención: Técnicas Conductuales que incluyen: Modelamiento, que se realiza utilizando juguetes/títeres, como modelos. Entrenamiento en relajación, para enseñar estrategias para calmar las reacciones corporales. Manejo de contingencias, las conductas se modifican a partir de las consecuencias. Moldeamiento, para ayudar al niño a acercarse de manera progresiva a una meta. Desensibilización sistemática, para reemplazar las conductas desadaptativas por emociones y conductas más adaptativas. Exposición, para enseñar al niño de manera gradual y sistemática a confrontar objetos o situaciones (p. 108). Entre las técnicas cognitivas se puede aplicar; reestructuración de los pensamientos y creencias disfuncionales; role playing; y entre las propias de la resolución de problemas, se puede usar, fragmentación de los problemas mayores en unidades manejables, identificación de los pensamientos y creencias en la resolución de problemas.

Una meta importante de la TCJJ después de finalizado el tratamiento, es ayudar al niño a mantener las conductas adaptativas. (Schaefer, 2017)

4. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

4.1 Planteamiento del problema

Como bien se dijo el TDAH afecta muchas áreas de la vida de los niños que lo padecen, la impulsividad, el déficit de atención y la excesiva actividad motora, desencadenan otros conflictos como la dificultad para seguir comportamientos reglados, deficit en la distribución del esfuerzo y/o déficit motivacional, variabilidad en el comportamiento, tendencia accidentógena, dispraxia, dificultad en el rendimiento académico, y síntomas en el área cognitiva (Scandar, s.f.), “siendo una de las más comprometidas la emocional” (Esparza & González, 2018). La baja tolerancia a la frustración y la dificultad para regular sus emociones hacen que los niños con TDAH actúen de forma inapropiada ante distintas situaciones (Iglesias, 2014). Diferentes estudios indican que los niños con este trastorno tienen dificultades para reconocer los sentimientos, particularmente las expresiones faciales negativas, como la ira (Sánchez, 2017), lo que impacta en las interacciones sociales con la familia, profesores y compañeros. Cuando el niño ingresa al ámbito escolar, comienza el proceso de educación y socialización en un ambiente estructurado que no es el hogar (Scandar, s.f.), por lo que éste se convierte en uno de los contextos de mayor trascendencia para el menor (Latorre, Liesa & Vázquez, 2018); sin embargo, en el aula, al alumno con este padecimiento, le cuesta permanecer sentado, se distrae frecuentemente, molesta e interrumpe a sus compañeros, le cuesta esperar su turno y compartir (Álvarez et al., 2015), tolerar frustraciones y demoras sin malhumorarse y/o hacer un berrinche y disfrutar de juegos tranquilos; comportamientos que se convierten en las quejas diarias que reciben los padres y el mismo afectado de parte de los maestros. Pues bien, es precisamente por esto que habitualmente son etiquetados como “niños problema” y/o rechazados por los docentes y compañeros.

Asegura Domínguez (2017) que el desconocimiento, sobre el trastorno o tener una información errónea, dificulta la comprensión del TDAH y puede llegar a ser realmente perjudicial para la autoestima del alumno, agravando aún más los síntomas; por su parte Esparza et al. (2018) aseguran que la carencia de apoyo que padece el menor, la conceptualización negativa y ambigua que se tiene del niño, y la poca tolerancia dentro del ámbito familiar y escolar, “generan un círculo de demandancia-insatisfacción y conflicto” (p. 95). Por ello, es prioritario comprender que un niño en el que se dan todas las características mencionadas presenta dificultades significativas en desarrollar las habilidades necesarias para comportarse apropiadamente, y dado que no es una actitud voluntaria del menor, los adultos significativos, abuelos, padres, maestros, que rodean al niño y están involucrados en su educación, deben habilitar caminos para afrontar tales situaciones y poder desarrollar tales habilidades (Scandar, s. f.) posibilitando su inclusión. Mel Ainscow (2004), define la inclusión educativa como “un proceso de búsqueda de mejoras que posibiliten una adecuada respuesta a la diversidad, para aprender, así, a convivir con las diferencias” (Latorre et al., 2018, p. 140); ahora bien, son los educadores, una de las piezas claves, tanto en el diagnóstico precoz, como en la puesta en marcha de las estrategias de intervención (Álvarez et al., 2015) para facilitar tal inclusión. Lafuente (2014) manifiesta que los niños con TDAH suponen un reto para los docentes, quienes, al no poder controlar el comportamiento disruptivo del alumno, elevan el nivel de conflicto, agresión y hostilidad, o se ven obligados a buscar información sobre el trastorno y ayuda profesional para apoyar al niño en su adaptación al ámbito escolar.

Por las razones expuestas y porque el éxito escolar del niño con TDAH depende fundamentalmente del docente, es que se propuso la implementación de un programa de intervención basada en la terapia de juego con enfoque cognitivo conductual, con el objetivo de disminuir las conductas agresivas en un niño de 5 años diagnosticado con TDAH, en el contexto

escolar; con la implicación activa del maestro informándole sobre el trastorno y sobre las estrategias y adecuaciones que puede utilizar en el salón.

Preguntas de investigación:

- ¿La terapia de juego generará cambios positivos en la conducta de un niño de preescolar con diagnóstico de TDAH permitiendo la adaptación de éste al grupo de compañeros?
- ¿El ámbito escolar será el adecuado para el desarrollo de una intervención psicológica?
- ¿Los maestros y tutores del menor mostraran su apoyo y participación en el proceso para el logro de un resultado exitoso?
- ¿Será efectiva la aplicación de la TJCC en el ámbito escolar si los agentes significativos, en especial el maestro, que rodean al niño no colaborase?

Hipótesis alterna: La aplicación de la TJCC y la colaboración del maestro permitirán disminuir las conductas disruptivas del paciente en el contexto escolar y adquirir habilidades que le permitan comportarse de una manera más adaptada.

Hipótesis nula: La correcta aplicación de la TJCC y la colaboración del maestro no permitirán disminuir las conductas disruptivas del paciente en el contexto escolar y adquirir habilidades que le permitan comportarse de una manera más adaptada.

4.2 Objetivos

4.2.1 Objetivo General

- Aplicar un programa de intervención basada en la terapia de juego cognitivo conductual para disminuir las conductas disruptivas en un niño de 5 años diagnosticado con TDAH, en el contexto escolar.

4.2.2 Objetivos específicos

- Determinar si la aplicación de la terapia de juego en un contexto escolar permite la disminución de las conductas valoradas como problemáticas, como golpear y escupir a la maestra, romper y arrojar el material de trabajo propio y de compañeros y escaparse del salón.
- Facilitar al niño, el reconocimiento y la expresión de emociones mediante el juego
- Brindar información a los maestros sobre las características de los niños que presentan este trastorno y el modo de tratarlos.
- Reforzar las habilidades del docente para el manejo asertivo y efectivo de las situaciones durante las horas de clase.
- Promover la integración del niño en los juegos grupales durante el receso.

4.3 Metodología

Población

El paciente asiste a un colegio preescolar de gestión privada, ubicado en el estado de México, en un área urbana y en una colonia de clase media. La institución recibe a niños a partir de 3 años, tiene sala de Maternal, 1° y 2° año, con un total de 40 alumnos; los alumnos reciben clases de

computación, música, educación física y taller opcional de Taekwondo. Se trabajó con un alumno de 2° de preescolar conformado por 15 alumnos de 4 años.

Procedimiento de selección de la muestra

De un grupo de 15 alumnos de 4 años, que cursan el 2° año del nivel preescolar, se decidió trabajar con el menor en cuestión a solicitud de los directivos del colegio, puesto que las conductas disruptivas del mismo iban en aumento día a día y ya se hacía imposible el dictado normal de las clases, añadido a que también se sumaban las quejas de los tutores del resto del alumnado. Se informo al tutor del menor y se solicitó su autorización mediante la firma del consentimiento informado.

Participante

Paciente de sexo masculino al que se nombrará EIPM para respetar la confidencialidad, en el momento de la intervención contaba con 5 años, 6 meses de edad y cursaba por segundo año consecutivo el nivel 2 de preescolar en un colegio privado del estado de México.

Historia de desarrollo: único hijo, producto de primer embarazo, de madre con historial de epilepsia y conducta desafiante, embarazo de curso normal sin supervisión médica, a término en la semana treinta y nueve, se le practicó cesárea. El recién nacido presentó al nacer, hipoxia, con los ojos en blanco y cabeza en cono. Permaneció en incubadora más de dos horas, se le realizó tamiz auditivo y neonatal, reportándose todo en normalidad. El desarrollo psicomotor se reportó dentro de los límites normales, inició con las primeras palabras al año, pero dejó de hablar cuando ingresó a la guardería, según manifiesta su abuela. Fue llevado a un centro de atención integral psicológica donde lo evaluaron con los instrumentos, Test logopédico de articulación de Ela Albor y Test de maduración visoperceptual de M. Frostig, el diagnóstico otorgado fue: déficit e

inmadurez en los procesos cognitivos básicos, principalmente en la atención, nivel de maduración visoperceptual por debajo de su edad cronológica y disartria, nivel de habla con dificultades en la articulación de los fonemas /r/ y /rr/, así como en las sílabas trabadas con /l/ y/r/.

El tutor presentó un informe de neurología con fecha junio de 2019, donde se lee el diagnóstico de Trastorno mixto de desarrollo TDAH, con retraso en el desarrollo del lenguaje, trastorno de la conducta y mal manejo de límites y reglas, asimismo se adjuntan los resultados del electroencefalograma aplicado en ese momento: alteración de la función bioeléctrica cerebral en relación con problemas de maduración; además en el mismo consta que el niño tuvo diversos tratamientos y valoraciones desde los dos años (sin especificar cuáles) y que se le realizó en noviembre de 2016 un primer electroencefalograma, descrito como normal, pero con alteraciones en la maduración. Asegura su cuidadora que durante estos años se mantuvo sin tratamiento farmacológico, sin embargo, a mediados de noviembre de 2019 (durante la intervención que se describe en este trabajo) se le empezó a administrar Carbamazepina suspensión 100 mg/ml, en dosis de 1 ml cada 12 horas, asimismo afirma que acudió con el niño tres veces a psicoterapia, pero en todas abandonó por no estar de acuerdo con los ejercicios que se solicitaba realizará con el menor en casa.

Historia familiar, se desconoce datos del padre biológico, desde los 3 meses de edad permaneció al cuidado de su abuela materna y fue amamantado por una tía del niño porque su madre biológica se fue de la casa, no se sabe si actualmente tiene contacto con ella, puesto que, al consultarle a la abuela, no contesta.

Historia escolar: a la edad de dos años ingresó a la guardería porque era muy inquieto y la abuela no podía controlarlo; cursó primer y segundo año del preescolar en una escuela de gobierno, pero no pudo inscribirlo nuevamente, a decir del tutor, porque la escuela se negó debido a una

inadaptación del niño al medio escolar. Con respecto a las actividades que el menor realiza en el presente, aparte del colegio, asiste a natación dos veces a la semana y a equinoterapia una vez por semana. Actualmente asiste a un colegio privado, sin presentar avances significativos en el proceso de aprendizaje, presentando mayor déficit en el área de “Habilidades socioemocionales y proyecto de vida”, es descrito por el personal del colegio al que asiste como un niño desobediente, grosero, irritable, hiperactivo, “cambiante porque va de la risa al llanto en cuestión de segundos”, cariñoso por momentos.

Escenario

La intervención se realizó en un colegio privado y las sesiones se llevaron a cabo en las oficinas de la dirección del colegio, previamente a la sesión se retiraban todos aquellos elementos que pudieran ser usados por el niño y que le causarían un posible daño (plumas, materiales punzocortantes); los juguetes se ordenaron a lo largo del escritorio y en los libreros y se pegaban en la parte alta de la pizarra, las láminas con las reglas de la sesión. El edificio del colegio es de una sola planta, el salón de 2° de preescolar tiene ventana que da a la calle y salida directa al patio, cada niño tiene su propia mesa de trabajo, y en el aula también hay un librero donde se acomodan el material de trabajo de los alumnos, un estante con puertas y el escritorio de la maestra, mas una pizarra. No se observan láminas en las paredes, solo tres carteles de inglés.

Tipo de investigación

Se realizó una investigación descriptiva de estudio de caso único, centrado en la descripción y el análisis a profundidad de una unidad en su contexto de manera sistémica y holística (Hernández, Fernández & Baptista, 2014). Se utilizaron instrumentos de recolección correspondientes al

enfoque cuantitativo y cualitativo, por lo tanto, es una investigación mixta, no experimental y longitudinal.

Diseño de investigación

Se recurrió a la metodología de caso único, diseño A-B-A, puesto que se inició en una línea base A con la recolección de datos de la VD, en ausencia de la intervención; en la fase B o de tratamiento, se tomaron medidas de la VD en presencia del tratamiento (VI, terapia de juego); y finalmente, la fase A, de reversión o retirada del tratamiento

Variable independiente: Terapia de juego.

Definición conceptual: es una modalidad terapéutica con bases firmes en modelos teóricos, la asociación de terapia de juego (Association for Play Therapy) la define como “el uso sistemático de un modelo teórico para establecer un proceso interpersonal en que terapeutas capacitados utilizan los poderes terapéuticos del juego para ayudar a los clientes a prevenir o resolver dificultades psicosociales y a alcanzar un crecimiento y desarrollo óptimos” (Schaefer, 2012)

Definición operacional: Se aplicará un programa de 12 sesiones con el objetivo de modificar y modelar la conducta a través del juego. Las conductas elegidas para trabajar serán evaluadas mediante la observación y el registro pre tratamiento, durante y post tratamiento.

Variable dependiente: Comportamiento infantil problemático

Definición conceptual: Castel (2013) citando a Moreno (2005) define a una conducta problemática como una conducta “excesiva”, es decir, aquella cuya intensidad o repetición de hechos es muy apreciable; la que es normal en sí misma pero que se desarrolla en contextos limitados, por lo que no se atiene a la concepción del comportamiento como ajuste del individuo

a su entorno; o la conducta que está ausente o representada de un modo pobre en el comportamiento general del niño. La misma autora citando a Molina (1995), afirma que los trastornos de comportamientos son todas las alteraciones o perturbaciones de este con respecto a la norma.

Definición operacional: Se seleccionaron para trabajar las siguientes conductas consideradas problemáticas.

- ✓ Durante la hora de clase, el niño se levanta de su lugar, abre la puerta y escapa corriendo del salón, de 12 a 15 veces por semana, cada vez que la maestra no atiende inmediatamente a su llamado y no se acerca a su mesa.
- ✓ El niño golpea con la mano o con sus puños a la maestra, con una frecuencia de 20 veces por semana, cuando la maestra, para impedir que el niño se escape del salón durante la hora de clase, le regaña con un grito, sujeta del brazo o coloca llave a la puerta.
- ✓ Durante la hora de clase, el niño se tira al piso, llora y da patadas al mobiliario, de 10 a 12 veces por semana, cuando la maestra le regaña con gritos y evita que el niño la muerda

Instrumentos

En el presente estudio se utilizaron los siguientes instrumentos:

- Entrevistas semi estructurada elaborada ex profeso para recabar información socioeconómica y de neurodesarrollo del menor (Anexo 3).
- Formato de registro semanal de comportamiento infantil problemático: diseñado ex profeso para recabar información sobre la respuesta del paciente registrar la frecuencia, duración, intensidad (grave, moderada, ligera) de los comportamientos del menor valorados como problemáticos

- Sistema de evaluación de niños y adolescentes. SENA elaborado por Fernández, Santamaria, Sánchez, Carrasco y Del Barrio (2015). Es un cuestionario para padres y profesores, instrumento dirigido a la detección de un amplio espectro de problemas emocionales y de conducta. Permite detectar áreas de vulnerabilidad que predisponen al evaluado a presentar problemas más severos (Anexo 5)

Materiales

Consultorio móvil con juguetes seleccionados por el terapeuta de acuerdo con las necesidades del niño y objetivos terapéuticos: juguetes sensoriales, pañuelos y telas de distinta textura. Arenero. Plumas y papeles. Títeres y libros de cuentos, biberón, antifaz, carritos y pista, casa de muñecas, cinta adhesiva transparente, crayones (caja de ocho), cuchara, dos platos y tazas de juguete, muebles para casa de muñecas (cama, cocina y baño), muñecas, pelotas suaves, plastilina no tóxica, soldaditos (20 son suficientes), teléfonos (dos), tijeras de punta chata.

Procedimiento

Motivo de consulta: El colegio solicitó la atención para el menor EIPM, de 5 años, alumno de 2° año de preescolar, puesto que a diario aumentaban las conductas agresivas del menor hacia los docentes, como escupir, morder, pellizcar, dar patadas, lo que hacía incontrolable su comportamiento, y ante la afirmación de la abuela del menor, que en el hogar, el niño no manifiesta ningún tipo de conductas disruptivas, solo el “desacomodar y no ordenar los juguetes, por lo que no le es permitido jugar”.

Consentimiento informado (Anexo 1): La institución informó al tutor del niño sobre la necesidad de la intervención en el contexto escolar y la importancia de su colaboración en el

proceso, detalló los objetivos de ésta, las fases e implicaciones. Luego de que la abuela del menor aceptara, se le pidió firmar el consentimiento informado.

Fase A o de línea base. Plan de evaluación.

Objetivo	Actividad	Semana
Recolectar información sobre el paciente	Analizar el expediente del paciente Analizar bitácora escolar del paciente	1
Recabar datos Socioeconómicos y sobre el desarrollo del paciente	Realizar entrevista semiestructurada a la directora Realizar entrevista de neurodesarrollo con la tutora del menor	2
Identificar conductas disruptivas	Observar y registrar las acciones disruptivas del niño durante las horas de clases Aplicar instrumento de evaluación a la maestra del salón	3

El plan de evaluación se llevó a cabo durante 3 semanas, en la primera semana se realizó el análisis del expediente del paciente, el mismo incluía nota de valoración con diagnóstico de TDAH expedido por un médico neurólogo, informe de evaluación remitido por un centro de atención integral de psicología, informe de rendimiento académico y bitácora de reporte conductual diario. En la segunda semana se realizó entrevista semiestructurada a la directora del nivel donde asistía el niño, para recolectar los datos sociodemográficos del menor y datos sobre la relación del tutor con la escuela; la tercera semana se realizó observación directa y registro de las conductas disruptivas que presentaba el paciente durante las horas de clase en el salón, en educación física, en música y en computación, cada una con diferentes maestros y en distintos contextos; asimismo se prestó especial atención al trato entre abuela y nieto (en el momento de recepción y entrega del menor), a la relación maestra-estudiante, al juego del niño durante el receso y la interrelación con

los demás compañeros. Finalmente, se prestó atención al lenguaje del niño, a la expresión verbal del niño, a la construcción y amplitud de las frases y pronunciación.

Fase B. Fase de intervención

Selección de tratamiento más adecuado: Teniendo en cuenta la edad del niño, las necesidades examinadas, y que el niño con TDAH requiere un contexto afectivo positivo, el que se da durante el juego, se decidió aplicar un programa de terapia de juego con enfoque Cognitivo Conductual, puesto que existe evidencia científica sobre los resultados positivos de las técnicas de TCC en el manejo de la rabia y la frustración y un mejoramiento en el manejo de las habilidades sociales en niños. Se decidió trabajar sobre tres conductas problema consideradas como más graves:

- Escaparse del salón sin permiso de la maestra.
- Dar golpes con su mano o puño a la maestra
- Tirarse al piso y dar patadas al mobiliario.

La intervención fue planeada para desarrollarse en 12 sesiones, una por semana, durante 30 minutos, combinado con el entrenamiento a la maestra titular sobre aplicación de técnicas de modificación de conducta, y brindándole información sobre el trastorno; y con la observación participante en el salón de clases, tres veces por semana, durante dos horas.

Se establecieron los siguientes objetivos terapéuticos:

- Que el paciente establezca una relación de seguridad y confianza con el terapeuta en el espacio terapéutico.
- Que el paciente pueda reconocerse a sí mismo.

- Que el paciente disminuya el número de salidas del salón sin autorización de la maestra.
- Que el paciente pueda desarrollar la habilidad de controlar las propias emociones.
- Que el paciente pueda adquirir estrategias de afrontamiento del enojo.

Y las siguientes metas:

- Que el paciente pueda trabajar a gusto, colaborar y divertirse durante las sesiones.
- Que el paciente pueda referirse a sí mismo, utilizando el "Yo soy".
- Que el paciente pueda salir del salón solo cuando la maestra se lo permita, y regresar sin que los maestros lo persigan.
- Que el paciente pueda reconocer la emoción de enojo al momento de sentirla y aplicar la técnica de la tortuga.
- Que el paciente pueda disminuir la frecuencia de conductas agresivas.

Se inició con la información al director, al tutor y a los maestros del paciente, sobre los objetivos, las metas y las acciones que se llevarían a cabo. Durante el periodo de intervención se realizó el seguimiento mediante la observación y el registro de las conductas del alumno en el salón de clase, mediante observación participante.

Objetivos terapéuticos y plan de intervención con el niño.

Objetivo: Que el paciente disminuya el número de salidas del salón sin autorización de la maestra.

Objetivos	Técnica	Actividades	Sesiones
	Moldeado	Enseñar al niño a pedir permiso a la maestra para salir del salón,	Aplicar a lo

Estructurar un patrón de respuesta conductual para que el niño salga y entre del salón.	Modelado Refuerzo positivo	cada vez que se acerque a la puerta. Acompañar al niño en cada salida del salón. Jugar en el camino al baño, a estatuas y a semáforo adaptado a las necesidades del niño. Enseñar al niño a salir del salón usando su caballo de madera.	largo de todo el proceso (12 sesiones) y durante las horas de clase en el salón
---	-----------------------------------	---	---

Objetivo: Establecer una relación de seguridad y confianza con el terapeuta en el espacio terapéutico.

Objetivos específicos	Técnicas/ Estrategias	Actividades	Sesiones
Conocer al niño y generar confianza en él. Establecer una relación de confianza y seguridad en el espacio terapéutico.	Refuerzo positivo Trabajo con títeres Juego de roles.	Presentación de terapeuta y paciente. Presentar al títere que será el coterapeuta y elegir su nombre. Propiciar el diálogo entre terapeuta, coterapeuta y paciente. Jugar a disfrazarse y tiempo de 10 minutos de juego libre. Realizar “Mi dibujo”	1

Objetivo: Que el paciente pueda reconocerse a sí mismo.

Objetivos específicos	Técnicas/Estrategias	Actividades	Sesión
Iniciar al niño en la	Modelado Refuerzo positivo continuo	Saludar Presentar las reglas de la sesión.	2

autoobservación y en el autoconocimiento.	Juego a partir del propio cuerpo Técnicas de control de movimientos.	Trabajar el juego con pañuelos y telas de distintas texturas. Jugar a estatuas. Tiempo de juego libre. Incorporar música e instrumentos musicales en la sesión.	
Iniciar al niño en la autoobservación y en el autoconocimiento.	Dramatización de canciones Modelado Refuerzo positivo	Saludar y Presentar las reglas de la sesión. El terapeuta y coterapeuta modelan el baile. Jugar al memorama Otorgar tiempo de juego libre al final de la sesión	3

Objetivo: Que el paciente pueda desarrollar la habilidad de controlar las propias emociones.

Objetivos	Técnicas/Estrategias	Actividades	Sesión
Trabajar sobre la regulación emocional.	Modelado y moldeamiento Refuerzo positivo continuo	Saludar y presentar las reglas de la sesión. Leer y dramatizar el cuento “Vaya rabieta”. Imaginar que está enojado como Roberto y rayar una hoja de papel, luego de dibujar los ojos de la rabia, guardarlo en la “caja de la rabia”.	4
Identificar las emociones básicas	Cuentos terapéuticos	Técnica del semáforo asociada al juego de estatuas.	
Identificar las emociones básicas	Juego de representación de cuentos. Modelado Refuerzo positivo	Saludar y recordar las reglas de la sesión Leer el cuento "el monstruo de colores" y bailar la canción "el monstruo de colores" El terapeuta debe modelar	5
Identificar y relacionar las emociones básicas	Refuerzo positivo	Saludar y recordar las reglas de la sesión. Asociar las emociones con los colores y elaborar máscaras del monstruo con el color de cada emoción. Desenredar el monstruo.	6
Iniciar con el entrenamiento en autocontrol corporal.	Técnica de la tortuga Modelado Refuerzo positivo	Saludar y recordar las reglas de la sesión. Mostrar el video sobre la historia de la tortuga. Dramatizar las sensaciones que mostraba la tortuga. El terapeuta y coterapeuta enseñan como realizar la técnica.	7

Objetivo: Que el paciente pueda adquirir estrategias de afrontamiento del enojo.

Objetivos	Técnicas/Estrategias	Actividades	Sesiones
Iniciar el entrenamiento de relajación.	Técnica de relajación Modelado Moldeamiento	Saludar y Recordar las reglas de la sesión. Mostrar videocuento "Respira" Realizar práctica de respiración El terapeuta ejemplifica. Dar tiempo libre de juego. Solicitar nuevamente que se practique la técnica de la tortuga en el salón para generalizar la técnica.	8
Iniciar el entrenamiento de relajación.	Refuerzo positivo intermitente Modelado	Saludar y recordar las reglas de la sesión. Poner música de ritmo rápido y de ritmo lento. Moverse al ritmo de la música. Guiar al niño para que descubra la diferencia de ambos estilos. Bailar con él. Trabajar la técnica del globo.	9
Enseñar estrategias para reaccionar ante el enojo	Refuerzo positivo intermitente	Enseñar con láminas a verbalizar el enojo. Repetir las frases: "estoy molesto", "me enoja que me grites" o "no me grites, porque me enoja".	10
Enseñar estrategias para reaccionar ante el enojo	Encadenamiento	Simular una situación de enojo, aplicar la técnica de la tortuga y/o la del globo. Verbalizar el enojo. Despedida	11

Desarrollo del tratamiento. (ver cronograma. Anexo 2)

Sesión 1

Resumen: Fue acompañado, desde el salón al lugar que ejercería como consultorio, por la directora del nivel preescolar. Se estableció rapport con el niño y se designó como coterapeuta a un títere. Para fomentar la imaginación, el terapeuta motivó al niño a elegir un disfraz, para el juego de roles.

Sesión 2

Resumen: Se presentaron las reglas de la sesión, tarea encargada al coterapeuta, ayudado por láminas sobre lo que se debe evitar hacer durante el encuentro. Para iniciar al niño en la autoobservación y el autoconocimiento, se trabajó mediante el juego con pañuelos y telas de distintas texturas y el juego de estatuas. Se incluyeron los juegos de mesa con el objetivo de promover una mejor tolerancia a la frustración y la espera de turnos. Tiempo de juego libre.

Sesión 3

Resumen: Se recuerdan al inicio de la sesión las reglas que se deben tener presentes. Se incorporó música e instrumentos de juguete, (guitarras), el terapeuta y coterapeuta modelaron la dramatización de la canción. Se jugó al memorama de las emociones para observar las estrategias que el niño emplea y para entrenarlo en saber esperar su turno. Durante el receso se integró al niño en el juego de lanzar la pelota al cesto de basquetbol, con el resto de sus compañeros.

Sesión 4

Resumen: Se inició la sesión recordando las instrucciones dadas la sesión anterior, sobre lo que se evitaría hacer durante el encuentro y sobre el acomodado de juguetes al finalizar el mismo.

Como en un inicio se constató que al niño le gustaba que le leyeran cuentos, se optó por la técnica de Cuentos Terapéuticos. Se siguió trabajando con la técnica del modelado y se identificaron las emociones básicas a partir de la lectura del cuento "Vaya rabieta" y el dibujo de los personajes del mismo. Se aplicó la técnica del semáforo: rojo, pararse, amarillo, pensar; verde, solucionarlo, asociada al juego de las estatuas. Para continuar propiciando el incremento de la confianza en sí mismo se siguió aplicando el refuerzo continuo.

Sesión 5

Resumen: Se leyó y trabajó el cuento "monstruo de colores" de Anna Llenas, herramienta útil para trabajar con los niños la gestión de las propias emociones. Se reforzó la confianza en sí mismo mediante el baile y la expresión corporal y el refuerzo positivo constante. Se bailó la canción del monstruo de colores, simulando ser éste. Se reconocieron las emociones de la alegría, disgusto, tristeza, miedo y calma. Se asoció cada emoción a un color y se le solicitó al niño que desenredara al monstruo, para que pudiera empatizar con las emociones del monstruo de colores, y verlas como reflejo de las propias y de los demás. Para continuar con el objetivo de evitar que salga del salón sin regresar, se incorporó un juguete, un caballo de madera, se le solicitó a la maestra que se le entregara cuando el niño saliera al baño y con la condición de que regresara el caballo al salón.

Sesión 6

Resumen: Se incorporó lámina del monstruo de colores con distintas expresiones faciales y se jugó con un espejo a imitarlas. Se construyó máscaras del monstruo con las cuatro emociones, pintándolas de acuerdo con el estado de ánimo, usando acuarelas, lápices, plumones. En el tiempo libre de juego, mostró un juego más organizado con sus carritos. Cinco minutos antes preparó su caballo para salir del salón.

Sesión 7

Resumen: Se trabajo la emoción del enojo. Se presentó y enseñó la técnica de la tortuga, diseñada por M. Schneider en 1974, como un método eficaz para el autocontrol de la conducta impulsiva. Se mostró un video del cuento de la tortuga, el coterapeuta invitó al niño a dramatizar las sensaciones que mostraba la tortuga: frustración, enojo y el intento de introducirse en el caparazón. El terapeuta modeló cómo escenificarlo. Se propuso a la maestra que se realice cambio de lugar en el salón, ubicando al niño cerca de ella (de su escritorio). Se siguió reforzando de manera positiva y continua, la participación del niño.

Sesión 8

El objetivo de esta sesión fue Iniciar el entrenamiento de relajación. Luego de saludar y recordar las reglas de la sesión, mostrar videocuento "Respira" y realizar práctica de respiración. El terapeuta ejemplifica. Dar tiempo libre de juego. Solicitar nuevamente que se practique la técnica de la tortuga en el salón para generalizar la técnica.

Sesión 9

Se continua con el objetivo de iniciar al niño en la técnica de la relajación. Luego de saludar y recordar las reglas de la sesión, poner música de ritmo rápido y de ritmo lento. Moverse al ritmo de la música. Guiar al niño para que descubra la diferencia de ambos estilos. Bailar con él. Trabajar la técnica del globo.

Sesión 10

El objetivo de esta sesión fue, enseñar estrategias para reaccionar ante el enojo e implementar el refuerzo positivo intermitente. Luego de saludar y recordar nuevamente las reglas de la sesión,

enseñar con láminas a verbalizar el enojo. Repetir las frases: "estoy molesto", "me enoja que me grites" o "no me grites, porque me enoja".

Sesión 11

El objetivo es presentar al niño una situación que provoque enojo y solicitar que aplique la técnica de la tortuga y/o la del globo. Verbalizar el enojo. Técnica a utilizar el encadenamiento.

Fase A. De reversión o retirada de tratamiento. Plan de intervención

Objetivos	Técnica/Estrategia	Actividades	Sesión
Aplicar post evaluación	Observación. Entrevista	Aplicar instrumento de evaluación SENA Realizar entrevista semiestructurada a la maestra Realizar registro de conductas del menor	12

Desarrollo de la sesión: Aplicar el instrumento de evaluación SENA, realizar entrevista semiestructurada a la maestra y realizar registro final de conductas del menor.

Intervención con la maestra: se planificó el siguiente programa para aplicar de manera paralela a la intervención individual.

Objetivo: Que el maestro adquiriera la información necesaria para promover prácticas educativas adecuadas.

Sesión	Objetivos	Actividades para desarrollar
--------	-----------	------------------------------

1	Concientizar al docente acerca del trastorno y de la importancia de una intervención adecuada	Brindar Información sobre el trastorno: síntomas y características de los niños que lo presentan.
2	Entrenar a la maestra en el manejo de las interacciones del niño con el entorno	Se brindó información sobre las pautas metodológicas y adecuaciones a realizar en el aula
3	Entrenar a la maestra en el manejo de las interacciones del niño con el entorno	Entrenamiento en las técnicas de modificación de conducta: refuerzo positivo y negativo, modelado, moldeado. Castigo negativo y positivo, extinción.
4		Trabajar con la técnica economía de fichas, explicar al profesor el funcionamiento de la economía de fichas, definir las conductas a reforzar, establecer los criterios que se llevarían a cabo para poder dar el refuerzo y acordar los reforzadores.
	Entrenar a la maestra en el manejo de las interacciones del niño con el entorno	

Desarrollo de las sesiones:

Sesión 1. Psicoeducación. Se explicó a la directora y a la maestra, el análisis funcional, y se brindó información sobre el TDAH. Etiología, principales áreas afectadas y síntomas. A partir de lo observado en el salón de clases, se recomendó revisar las adecuaciones curriculares. Se solicitó la colaboración de la maestra para que el niño realice las tareas que se le solicitaba en cada sesión terapéutica.

Sesión 2. Se indicó una serie de pautas y estrategias educativas para el manejo del niño en el aula y el control ambiental. (Anexo 8). Se sugirió establecer una alianza de trabajo con la abuela del menor, aunque se argumentó que no tienen colaboración por parte de la mujer. Se resaltó que es

prioritario desarrollar objetivos comunes, técnicas compartidas y mantener una comunicación fluida.

Sesión 3. Se entregó a la maestra para que sacara copias, las láminas sobre las reglas usadas en las sesiones para que se pegaran en el salón, con el objetivo de asegurar y mantener la estructura del aula. Se informó sobre la importancia del uso de los refuerzos durante las clases, y de los tipos de reforzadores. Se remarcó la importancia del refuerzo positivo continuo e inmediato (halagos, felicitaciones), y del modelado de los comportamientos por parte de la maestra, de los comportamientos positivos que ella solicita.

Sesión 4.

Trabajar con la técnica economía de fichas, explicar al profesor el funcionamiento de la economía de fichas, definir las conductas a reforzar, establecer los criterios que se llevarían a cabo para poder dar el refuerzo y acordar los reforzadores, para ser aplicada en conjunto, en las sesiones de terapia y durante las clases en el salón.

4.4 Análisis de datos

Resultados Cuantitativo

Para evaluar la eficacia del tratamiento, después de cada sesión durante la semana se registraba la frecuencia de las conductas disruptivas trabajadas, mediante registros cumplimentados por el terapeuta y la maestra durante las horas de clases. La grafica 1 (Figura 1) muestra un leve descenso en las conductas de Tirarse al piso y dar patadas y en la de Golpear a la maestra. Contrariamente, en la conducta Escaparse del salón, como se observa en la figura y como lo manifestó la maestra,

hubo un cambio positivo en la conducta, a partir de la cuarta semana. Esto significa que el niño adquirió un patrón de conducta de respuesta, mismo que al inicio de la intervención era inexistente.

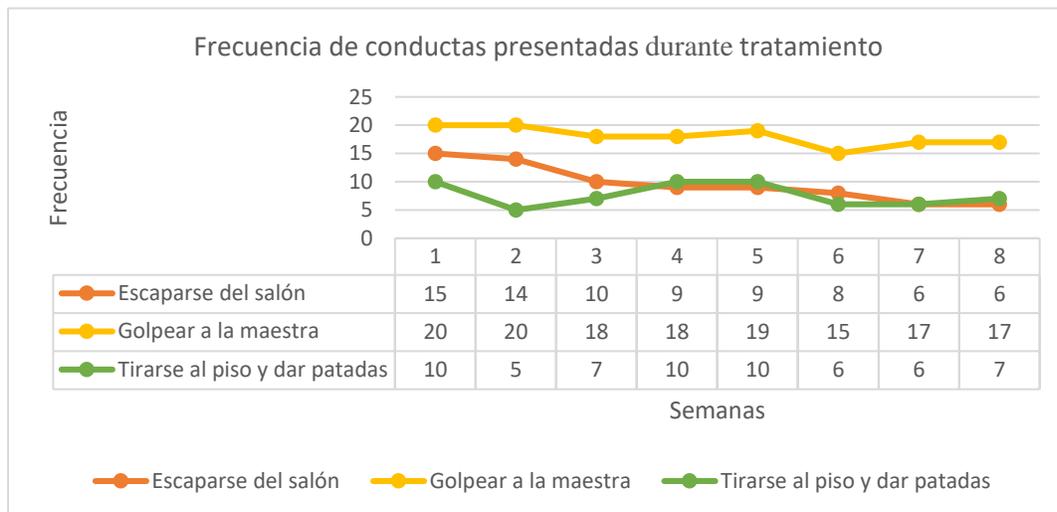


Figura 1. Frecuencia de conductas disruptivas trabajadas durante la intervención

La grafica 2 (Figura 2) permite observar que la variable dependiente, comportamiento problemático infantil fue modificado por la intervención de la variable independiente, es decir por la aplicación de la terapia de juego con enfoque cognitivo conductual.

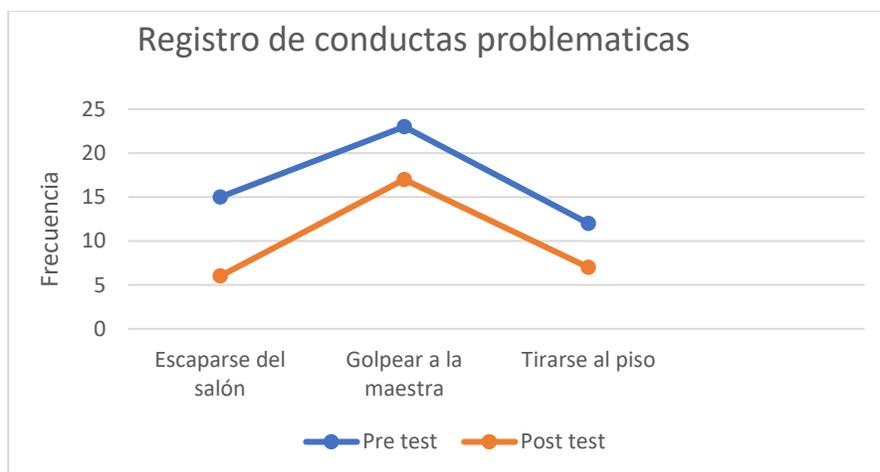


Figura 2. Frecuencia de conductas disruptivas. Pre-test y post-test

Resultados Cualitativos.

Durante el tratamiento se observó que el niño se niega a trabajar con acuarelas, lápices., asimismo en las sesiones 2 y 3 el juego con memorama permitió observar que el niño al primer intento abandonaba el juego y no quería volver a intentar. Asimismo, al ser integrado al juego con el resto de los niños a la hora de receso, mostró que le constaba en un inicio, esperar su turno, pero se mostraba entusiasmado y participativo. Durante las primeras sesiones, el niño insistía en sus intentos por escaparse del consultorio, se mostraba molesto cuando el terapeuta le ponía límites, se tiraba al piso de 4 a 7 minutos, sin embargo, al escuchar que terapeuta y coterapeuta conversaban sin hacerlo participar se incorporaba. A partir de la cuarta sesión empezó a mostrarse más relajado y despreocupado, sin querer escaparse. Mostró dificultad durante todo el proceso para participar en el juego simbólico. Se observó que en cuanto el menor mostraba fastidio o frustración porque se le ponía límites a su conducta, y la maestra o el terapeuta le decían “tortuga”, aplicaba la técnica inmediatamente; y antes de salir del salón con permiso de la maestra, buscaba su caballo de madera. En la semana de la sesión 8, el niño comenzó a ser tratado con fármacos, por lo que se mostraba más inquieto que lo normal, lloraba y no quiso ingresar a la sesión; y en la 9, el niño fue retirado del colegio, puesto que se durmió a la hora de haber ingresado. Con respecto a las sesiones 10 y 11, se acordó con el tutor y el colegio retomar el tratamiento al cumplirse el mes de la intervención farmacológica, el cual sería en marzo. Finalmente, la aplicación de la fase A de retirada no se aplicó, ya que fue programada para la cuarta semana de marzo de 2020, pero las actividades escolares se suspendieron desde el 24 de marzo, ante la emergencia por COVID-19.

En el período de observación de la línea base, se comprobó que el niño reaccionaba con conductas disruptivas solamente cuando estaba con la maestra del salón, en las clases de computación, música y educación física, no mostraba comportamientos agresivos con los maestros. Con respecto a las sesiones planeadas con la maestra, durante la primera sesión, se informó a ella y a la directora del nivel sobre los aspectos generales del síndrome. Ambas, al momento de la explicación relacionaron la teoría con lo observado en el niño. Durante la segunda sesión, se solicitó una junta con la abuela del niño, por lo que se pidió que el colegio la citara, pero no se llevó a cabo. La tercera sesión, solo duró 20 minutos, por falta de tiempo de la maestra. Las técnicas que no se pudieron enseñar fueron: reforzamiento negativo, castigo positivo y castigo negativo y extinción. A pesar de que se entregó las láminas con las reglas de la sesión, no se observó que las hubiera pegado en el salón. La cuarta sesión no se llevó a cabo, puesto que se solicitó fecha para el encuentro, pero al decirle a la maestra sobre el tema a tratar, “economía de fichas”, respondió que ya la había aplicado sin resultados positivos. No se concretó la sesión.

La observación participante se llevó a cabo durante las ocho semanas que duró la intervención, con el objetivo de comprobar si las adecuaciones solicitadas al docente permitían un mejor desempeño del menor en el salón, y si la aplicación de las técnicas de modificación de conducta por parte de la maestra era efectiva. Se concluye lo siguiente: las contradicciones entre lo que se sugería a la maestra y el modo en que ésta se dirigía al alumno observado eran evidentes, se seguía apelando de manera recurrente al grito como control de conducta; el buen comportamiento y el cumplimiento de alguna tarea por parte del niño, seguía sin reforzarse de manera inmediata; esto explica la ligera hasta casi nula modificación de la conducta Golpear a la maestra, que muestra la gráfica 1. Igualmente, continuaba sin poner límites claros en el momento preciso y de manera tranquila y firme. Se seguía solicitando al niño, las mismas tareas que al resto de los alumnos, a

pesar de haber pedido una adecuación curricular. Se continuaban reforzando de manera positiva las conductas inadecuadas, por ejemplo, el menor se levantaba de su lugar a caminar por el salón y la maestra le daba un abrazo; empero en el momento que se acercaba a la mesa de otros compañeros, la maestra le gritaba, lo que provocaba la reacción del niño, que repetía “tortuga, tortuga, enojado yo”, mientras levantaba los hombros. La repetición de las conductas agresivas y la intensidad iban en aumento de acuerdo con la intensidad del regaño de la maestra. Si la maestra lo ignoraba por mucho tiempo, también el niño manifestaba su enojo. No se puso en práctica la economía de fichas en el salón, puesto que la maestra adujo que ya lo había implementado sin éxito. En cada sesión se dejaba tarea para realizar, las que reforzarían lo realizado durante la sesión, sin embargo, no se les daba continuidad.

Finalmente, y respondiendo a las preguntas de investigación, se afirma que la aplicación del programa basado en la terapia cognitivo conductual generó ligeros cambios en el menor, siendo el ambiente escolar el adecuado para la intervención; no obstante, en el proceso no se logró la implicación de todos los agentes significativos para el menor, puesto que la abuela aceptó el procedimiento, pero no mostró interés en participar. Si bien, el colegio ofreció sus instalaciones y propuso que se llevara a cabo allí la intervención, la colaboración por parte de la docente fue nula. La directora del nivel mostró su preocupación y angustia por el comportamiento del niño, sin embargo, fue posible constatar que tanto ella como la maestra del salón, creen que "nada va a cambiar en el niño", "ya todo lo que podía hacer, se hizo", "el problema es la abuela", "es un niño grosero y no va a cambiar, al contrario, irá en peor". Por lo tanto, sin el compromiso de todos los agentes es difícil alcanzar un resultado exitoso para el infante.

4.5 Conclusión

Una vez realizado el presente trabajo hago algunas propuestas de mejora para considerar en un futuro: En la etapa de línea base, aplicar instrumentos de evaluación que permitan determinar la comorbilidad del trastorno y la valoración de un amplio abanico de elementos comportamentales observables en el contexto de trastornos emocionales o conductuales de los menores.

En segundo lugar; aplicar, primero un programa de entrenamiento a la cuidadora y a la maestra. Finalizado el mismo, aplicar la intervención sobre el niño, con la participación de los tutores y el apoyo de la escuela. Procurar la colaboración efectiva del docente del menor.

En tercer lugar, para evitar nuevamente la limitación del tiempo, evitar realizar la intervención en el contexto escolar o considerar la fiabilidad de realizar la sesión en un consultorio fuera del colegio, en el momento en que no hubiera actividades académicas.

Ahora, de manera general, es importante que el diagnóstico de un menor con este trastorno sea realizado por un especialista en TDAH, que determine luego de las pruebas correspondientes si el trastorno presenta alguna comorbilidad, para valorar el tipo de tratamiento a seguir.

En una intervención se debe contar con la participación de todos los agentes significativos para el paciente. Generalmente, los tratamientos conductuales focalizan la atención en el niño, porque se considera que el problema es “algo” circunscrito al niño, sin tomar en cuenta el ambiente; sin embargo, este caso demuestra la importancia de un abordaje más sistémico, donde las intervenciones sean aplicadas tanto sobre el niño, como sobre la familia y los maestros. La colaboración de los maestros es tan importante como la de los padres, por lo tanto, es un participante necesario, para el logro exitoso de los objetivos terapéuticos.

El paciente debe recibir el tratamiento farmacológico antes de iniciar el proceso terapéutico, para evaluar el modo en que éste responde al medicamento y valorar los efectos secundarios o colaterales, que provocan en el niño.

Esta intervención se realizó en el contexto escolar, puesto que la problemática se presentaba en ese lugar, por lo que realizamos las siguientes observaciones, encaminados a mejorar este tipo de situaciones en los centros escolares:

- Es menester que el personal a cargo del menor tenga información del padecimiento o trastorno que presenta el alumno presenta, para facilitar su inclusión al centro educativo.
- Que se realicen las adecuaciones necesarias y pertinentes, físicas, curriculares y en el modo de trabajo con el niño que presente una necesidad educativa especial.

Recomendaciones: que al reanudar las actividades aúlicas, el niño continúe con el proceso de intervención, y se brinde asesoramiento sobre el trastorno y el modo de trabajar con el niño a la maestra asignada a 3° año de preescolar. También se recomienda trabajar las habilidades sociales y la autoestima, sumado a una terapia de lenguaje, y a un entrenamiento para padres sobre manejo de técnicas de control conductual.

Las limitaciones que se presentaron fueron: no se llegó a unificar criterios de actuación, desde el inicio del proceso, para una mayor efectividad de la intervención, esto se vio en la falta de adhesión por parte de la maestra del salón, a las pautas de actuación aconsejadas por el profesional frente al niño. La primera limitación fue en la aplicación del instrumento de evaluación SENA, Sistema de evaluación de niños y adolescentes, que debía ser respondido por la maestra del salón. Dicha solicitud no fue atendida y contrario a ello, el cuestionario fue completado por la maestra

del salón, en compañía de la directora del nivel preescolar y la directora del nivel primaria. De tal modo que los resultados fueron invalidados.

Segunda limitación: a lo largo del proceso, se notó la baja motivación y colaboración de la abuela y de la maestra del niño; tercera limitación, al ser una intervención exclusiva del contexto escolar, se ajustó al calendario escolar vigente, por lo que durante el período vacacional de diciembre no se tuvo contacto con el menor. Las sesiones se reanudaron en el mes de enero, pero en el mes de febrero el niño comenzó a ser medicado (cuarta limitación) y como efecto secundario, se dormía al llegar al colegio, o se mostraba irritable, lloraba constantemente, o caminaba sin sentido en el salón tocándose los ojos o la nariz. Por esta situación, en conjunto con el colegio y la cuidadora, se decidió trabajar nuevamente con el menor desde mediados del mes de marzo, empero debido a la suspensión de clases, requerida ante la situación actual de emergencia nacional y mundial frente al COVID-19, la intervención fue interrumpida.

REFERENCIAS

Axline, V. M. (1975). *Terapia de juego*. México: Editorial Diana.

Álvarez, M. S & Pinel, G. A. (2015). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en mi aula infantil. *Revista Española de Orientación y Psicopedagogía*, 26(3) Recuperado de

<https://www.redalyc.org/pdf/3382/338245392008.pdf>

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.).7 Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

- Andreu, A. N., García, B. G., López-García-Torres, R. & Saneleuterio, E. (2016). El TDAH a través de narraciones ilustradas. Propuesta preventiva para el aula infantil. *Escuela abierta*, 19. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5815709>
- Barrios, O., Matute, E., Ramírez-Dueñas, M., Chamorro, Y., Trejo, S. & Bolaños, L. (2016) Características del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en escolares mexicanos de acuerdo con la percepción de los padres. *Suma psicológica*, 23(2) Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1016/j.sumpsi.2016.05.001>
- Bastardas, S. J., Ortiz, G. J., Sánchez, G. V. & Sabaté C. (2015). Diagnóstico del TDAH. *Revista Española de Pediatría*, 71(2). Recuperado de <https://medes.com/publication/100515>
- Bermejo, C. R. & Blázquez, C. R. (2016) El juego infantil y su metodología.
- Borra, R. M., Álvarez, G. M., Marín, M. & Soutullo, E. C. (2015). Estudio de prevalencia de posible trastorno por déficit de atención e hiperactividad en niños preescolares. *Revista de Psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, 26. Recuperado de www.fundacioorieta.com/revista.html
- Carvalho-Gómez, C. (2018). ¿Cómo intervenir psicológicamente en pacientes con TDAH? *Bibliopsiquis*, 19. Recuperado de <http://psiqu.com/1-8757>
- Castel, M. (2013). *El manejo de los comportamientos disruptivos en un aula de Educación Infantil*. (tesis de maestría). Universidad de Valladolid, España. Recuperado de <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/3457>
- Children and adults with attention deficit/hyperactivity disorder (2020) CHADD. Maryland, Estados Unidos: CHADD, INC Recuperado de www.chadd.org
- Cornejo, L. (1996). Manual de terapia infantil Gestáltica. Editorial Desclée De Brouwer. España.

Cornellá, J. (2010). Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad. Una revisión crítica.

Revista Elsevier, 8(6) Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-ambitos-ciencias-salud-kINPCC00091B-profesion-medicina-kINPBA000918>

Correa, R. (2018, febrero 22). Hiperactividad y déficit de atención, problema de salud.

Alteraciones en el estado de ánimo. *Gaceta digital UNAM*. 4942, p. 6 Recuperado de <https://www.gaceta.unam.mx/>

De la Peña, F., Galicia, F., Aguirre, R. & Palacios, L. (2016). Guía clínica para el tratamiento del

trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños y adolescentes. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Recuperado de http://inprf.gob.mx/clinicos/archivos/Guia_TDAH_2017.pdf

Domínguez, M. R. (2017). El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). La

preocupación de las familias de afectados y la necesidad de ampliar conocimientos de los profesionales de la educación. *Revista Cuestiones Pedagógicas*. 26 pp. 97-110. Recuperado de <https://idus.us.es/handle/11441/75973>

Esparza M., González, M. D. (2018) Conflictos emocionales de los niños con trastorno por déficit

de atención con hiperactividad. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*, 21(1). Recuperado de

<https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol21num1/Vol21No1Art5.pdf>

Esquivel y Ancona, F. (2010). Psicoterapia infantil. Casos clínicos. Recuperado de

<https://books.google.com/>

Fernández, P. I., Santamaria, P. Sánchez, S. F., Carrasco, M. A. & Del Barrio, V. (2015).

SENA. Sistema de evaluación de niños y adolescentes. Editorial: TEA Ediciones.

Fundación Cantabria Ayuda al Déficit de atención e Hiperactividad. (2006-2020). Fundación CADAH. Cantabria, España: fundacioncadah.org. Recuperado de <https://www.fundacioncadah.org/web/>

Fundación de Neuropsicología clínica. (2006-2020). Fundación de Neuropsicología Clínica. Buenos Aires, Argentina: FNC.ORG.AR Recuperado de <http://www.fnc.org.ar/contacto..html>

Gallardo-Saavedra, G., Martínez-Whaldo, M. & Padrón-García, A. (2019). Prevalencia de TDAH en escolares mexicanos a través de un cribado con las escalas de Conners 3). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 47(2). Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6894116>

García-Teixidor, A., Sanz-Cervecera, P. & Tárraga-Mínguez, R. (2016) Comparación de la eficacia de las intervenciones médica, psicológica y combinada en el tratamiento de niños y adolescentes. Una revisión teórica. *Reidocrea*, 5(21). Recuperado de <https://digibug.ugr.es/handle/10481/42929>

Gómez R. J. (2015) El juego infantil y su importancia en el desarrollo. *CCAP*, 10(4) Recuperado de https://www.academia.edu/10576110/El_juego_infantil_y_su_importancia_en_el_desarrollo

Goncalves, B. R. (2015). Conflictos psíquicos en la infancia y cuentos de hadas: los cuentos infantiles como dispositivo de intervención en la práctica clínica. *Subjetividad y procesos cognitivos* 19(1), pp. 131-148. Recuperado de <https://www.redalyc.org/>

- Hernández., S. R., Fernández, C. C. & Baptista, L. (2014) Metodología de la investigación. Sexta Edición. Recuperado de <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
- Iglesias, L. J. (2014) ¿Qué saben los docentes de Educación Infantil sobre TDAH? (Tesis de grado)
- Knell, S. M. (1993) La terapia de juego cognoscitiva conductual. Manual de terapia de juego. Recuperado de https://www.terapia-cognitiva.mx/pdf_files/3Semestre/teoria-cognitiva-del-juego/clase4/Manual_de_ter_de_juego_Cap_5.pdf
- Latorre, C.C, Liesa, O. M. & Vázquez, T. S. (2018) Escuelas inclusivas: aprendizaje cooperativo y TAC con alumnado con TDAH. *Magis, revista internacional de investigación en educación*, 10(21). Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/revista/13071/V/10>
- Marín-Méndez, J., Borra, R. M., Álvarez, G. & Soutullo, E. (2016) Desarrollo psicomotor y dificultades de aprendizaje en preescolares con probable trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Estudio epidemiológico en Navarra y La Rioja. *Neurología*, 32(8). Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213485316001183>
- Morales, P. C., García T. M., Álvarez O. C., Gervás S. M., Pardo C. R & Pérez C. O. (2015). Guía de intervención clínica infantil. *Centro de psicología Aplicada UAM*. Recuperado de <http://www.uam.es/UAM/Home.htm?language=es>
- O'Connor, K. J., Schaefer, Ch., & Braverman, L. (2017). Manual de terapia de juego. Manual Moderno Recuperado de <https://books.google.com/>
- Olvera F. D., Barragán P. E., Rohde, L. A., Patiño, D. L., Zavaleta, R. P., Ulloa, F. R., Isaac A. M., Murguía, A., Pallia, R. & Larraguibel M. (2009) Algoritmo de Tratamiento Multimodal

- para Escolares Latinoamericanos con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). *Salud Mental*, 32(S1). Recuperado de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=23272>
- Organización Mundial de la Salud (2018) Clasificación Internacional de Enfermedades. CIE, 11° revisión. Recuperado de <https://icd.who.int/es>
- Palacios, D. J., Ruiz-García, M., Bauermeister, Montiel-Navas C., Henao, G. & Agosta, G. (2009). Algoritmo de Tratamiento Multimodal para Preescolares Latinoamericanos con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). *Salud Mental*, 32 (1). Recuperado de http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/1324
- Quintero, G. F. & García, C. N. (febrero, 2019) Actualización en el manejo del TDAH. En: AEPap (ed.). Congreso de Actualización Pediatría 2019, Madrid. Recuperado de www.aepap.org
- Ramos, R. L. (2016). "Terapia de juego e hiperactividad (Estudio realizado con niños de la Escuela Rural Mixta San Luis zona 5 de la cabecera departamental de Retalhuleu)" (tesis de grado). Universidad Rafael Landívar, Quetzaltenango, Guatemala. Recuperado de <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2016/05/42/Ramos-Lizabeth.pdf>
- Ruiz G. M. (2017) El juego: una herramienta importante para el desarrollo integral del niño en educación Infantil. (Tesis de maestría). Universidad de Cantabria, España. Recuperado de <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/11780/RuizGutierrezMarta.pdf?sequence=1>
- Saravia, G. A. (2012). El cuento como herramienta psicoterapeuta en el manejo emocional de niños con discapacidad. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*. 15, (4). Recuperado de <https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol15num4/Vol15No4Art3.pdf>

- Sánchez C. D. (2017) Perfil multicontextual de los niños con Trastorno por déficit de atención e hiperactividad en sus competencias sociales. Tesis doctoral. Universitat Jaume I, UJI
Recuperado de <http://dx.doi.org/10.6035/14016.2017.103804>
- Scandar, R. O. (2018) Manual para padres de niños con TDAH. Recuperado de <https://www.revistaclinicapsicologica.com/>
- Scandar, R. & Bunge E. (2017). Tratamientos psicosociales y no farmacológicos para el trastorno por déficit de atención e hiperactividad en niños y adolescentes. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 26(2). Recuperado de <https://www.revistaclinicapsicologica.com/>
- Schaefer, C. E. (2012) Fundamentos de la terapia de juego. 2º edición. Manual Moderno
- Secretaria de Salud Gobierno de México. (2018). Guía clínica Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. Actualización. Recuperado de <https://www.gob.mx/salud/es/archivo/documentos>
- Vásquez, J., Cárdenas E. M., Feria M. Benjet C., Palacios L. & De la Peña F. (2010). Guía clínica para el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. Recuperado de http://inprf-cd.gob.mx/guiasclinicas/guia_tdah.pdf
- Vidal B. (2016). Intervención educativa con alumno diagnóstico de TDAH. Trabajo fin de máster.
Recuperado de <https://idoc.pub/documents/terapia-centrada-en-el-cliente-carl-rogers-pnxkxe8eqg4v>
- Zarate, V. A., Castro, S.U. & Tirado, P. (2017) Crecimiento y desarrollo normal del preescolar, una mirada desde la atención primaria. *Revista Pediatría Electrónica*, 14(2). Recuperado de <https://www.revistapediatria.cl/>

ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento informado



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
 SUAYED
 LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por este medio doy mi consentimiento libre, consciente e informado para que mi menor hijo EIPM participe en el proceso de intervención psicológica, ofrecido por el alumno María de los Angeles Chayle con número de cuenta 41649031-2, inscrito en 9º semestre de la Licenciatura en Psicología que imparte la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, en la modalidad a distancia. Me ha sido informado que realicen actividades de observación, entrevista, aplicación de tests y asistencia en sesiones de terapia de juego con enfoque cognitivo-conductual a mi menor hijo, esto con el objetivo de disminuir las manifestaciones de conducta disruptiva de mi menor hijo en el contexto escolar. Además, se me informó que dichas sesiones se realizarán en las instalaciones del colegio al que asiste actualmente mi menor hijo. Asimismo, doy mi consentimiento para que mi hijo sea mencionado solo usando las letras iniciales de su nombre.

Manifiesto que he escuchado la información descrita en los párrafos anteriores, se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas sobre la intervención y que han sido aclaradas satisfactoriamente y que comprendo que en cualquier momento puedo revocar el consentimiento que ahora otorgo.

Mi firma en este documento manifiesta mi participación libre y voluntaria, así como mi consentimiento para trabajar con mi hijo menor de edad y utilizar la información de manera anónima.

Nombre completo y firma de la madre del menor participante:

Guadalupe Morales R.

Nombre completo y firma del alumno responsable de la intervención:

María de los Angeles Chayle Meriñgch

Anexo 2.

Cronograma de intervención.

CRONOGRAMA INTERVENCIÓN	INICIAL	FINAL
LÍNEA BASE	10.10.2019	31.10.2019
SESIONES 1-2-3	13.11.2019	27.11.2019
SESIONES 4-5	04.12.2019	13.12.2019
PERÍODO VACACIONAL	18.12.2019	07.01.2020
SESIONES 6-7-8	08.01.2020	22.01.2020

OCTUBRE							NOVIEMBRE							DICIEMBRE							ENERO							FEBRERO							MARZO						
D	L	M	X	J	V	S	D	L	M	X	J	V	S	D	L	M	X	J	V	S	D	L	M	X	J	V	S	D	L	M	X	J	V	S	D	L	M	X	J	V	S
		1	2	3	4	5					1	2	1	2	3	4	5	6	7				1	2	3	4							1	1	2	3	4	5	6	7	
6	7	8	9	10	11	12	3	4	5	6	7	8	9	8	9	10	11	12	13	14	5	6	7	8	9	10	11	2	3	4	5	6	7	8	8	9	10	11	12	13	14
13	14	15	16	17	18	19	10	11	12	13	14	15	16	15	16	17	18	19	20	21	12	13	14	15	16	17	18	9	10	11	12	13	14	15	15	16	17	18	19	20	21
20	21	22	23	24	25	26	17	18	19	20	21	22	23	22	23	24	25	26	27	28	19	20	21	22	23	24	25	16	17	18	19	20	21	22	22	23	24	25	26	27	28
27	28	29	30	31			24	25	26	27	28	29	30	29	30	31				26	27	28	29	30	31		23	24	25	26	27	28	29	29	30	31					

Anexo 3.

Entrevista socioeconómica y de neurodesarrollo

ENTREVISTA

Entrevistador: _____
 Fecha: _____

I. FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

1. Nombre: _____
2. F. de nacimiento: _____ Edad: _____
3. Sexo: _____ Teléfono: _____
4. CURP: _____ Teléfono: _____
5. Cartilla de vacunación completa: SI () NO ()
6. Domicilio: _____
7. Canalización previa a servicio de Psiquiatría () Psicología () Neurología () Psicomotricidad ()
 Rehabilitación () Fonoaudiólogo () Estimulación temprana () Pedagogía () Lenguaje ()
8. Diagnóstico previo e institución de procedencia: _____
9. Motivo de valoración: _____

II DATOS FAMILIARES

Nombre de la madre: _____
 Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Ocupación: _____
 Escolaridad: _____ Religión: _____
 Nombre del padre: _____
 Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Ocupación: _____
 Escolaridad: _____ Religión: _____
 Estado civil: casados civil () casados religión () unión libre () separados () sin contacto ()
 Nacionalidad de los padres: _____

Personas que viven con el niño:

Nombre	Edad	Parentesco	Ocupación

III Contexto socioeconómico

Tipo de la vivienda
 Casa () Finca () Departamento () Otra () ¿Cuál? _____
 Uso de la vivienda.
 Solo vivienda () Vivienda y actividad productiva () Otra () ¿Cuál? _____
 Tenencia de la vivienda.
 Propia () Renta ()
 Posee servicios de:
 Luz () Agua () Teléfono () Gas ()

IV Dinámica familiar

Familiares: Violencia intrafamiliar () Maltrato físico () Maltrato emocional () Abuso () Negligencia () Abandono () Sobreprotección () Problemas conyugales () Situación de calle () Encarcelamiento () Padecimiento emocional o psiquiátrico en algún familiar () Alcoholismo () Farmacodependencia () Muerte de algún familiar () Familiar con enfermedad crónica o terminal () Madre o padre soltero () Padres desempleados () Hacinamiento () Evento traumático o estresante que haya modificado la conducta del menor ()
 Describe: _____

1. Nombre a la persona que más convive con el menor

2. ¿Cómo es la relación?

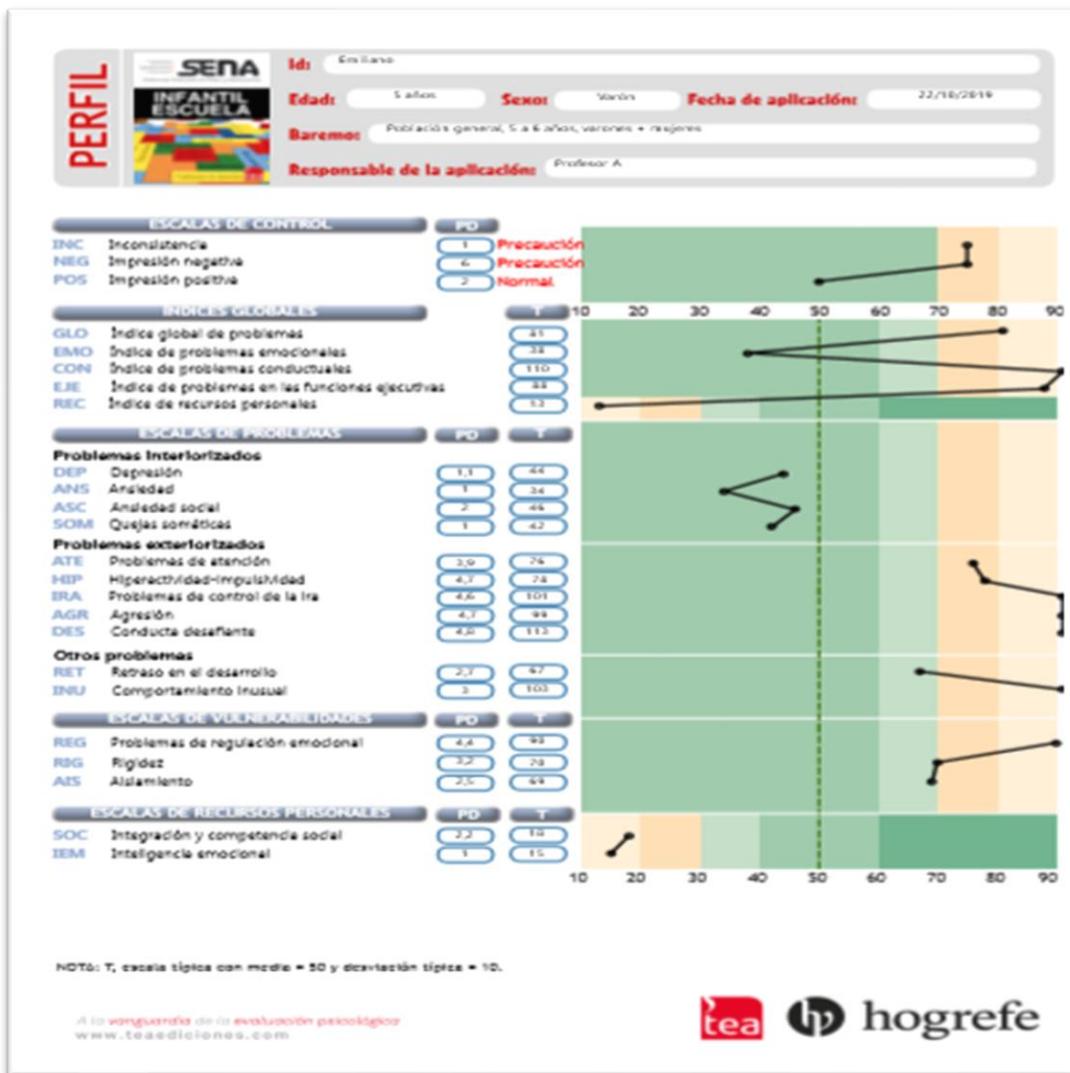
3. Lugar que dispone su hijo (a) para jugar: _____
 4. Asiste a fiestas () zoológico () parques () circo () museos () cine () balneario ()
 Otros: _____

IV HISTORIA DEL DESARROLLO Y MÉDICA**Antecedentes maternos e historia reproductiva**

1. Edad de la madre al momento del embarazo: _____ Número de embarazos: _____
 Lugar que ocupa entre los mismos: _____ Abortos: _____ Fallecimiento de algún hijo: _____
 Uso ácido fólico antes del embarazo sí () no ()
 Considera que tenía una alimentación balanceada antes del embarazo, ¿En que consistía?

Anexo 5.

SENA. Instrumento aplicado a la maestra del salón.





Anexo 6.

Registro conductas. Línea base

Conducta	Frecuencia semanal	Duración (minutos)	Intensidad (0-10)
Escaparse del salón	15	De 10 minutos a una hora	10
Levantarse de la silla	20	15	8
Gritar	15	5	7
Desobedecer	25	10	7
Desordenar o romper elementos del salón	10	5	8

Molestar a compañeros	5	5	3
Morder a la maestra	7	2	10
Pellizcar a la maestra	10	2	10
Escupir	15	3	7
Pegar a la maestra	23	5	10
Tirarse al piso y dar patadas	12	15	10

Anexo 7.

Registro de conductas de alumno durante la intervención

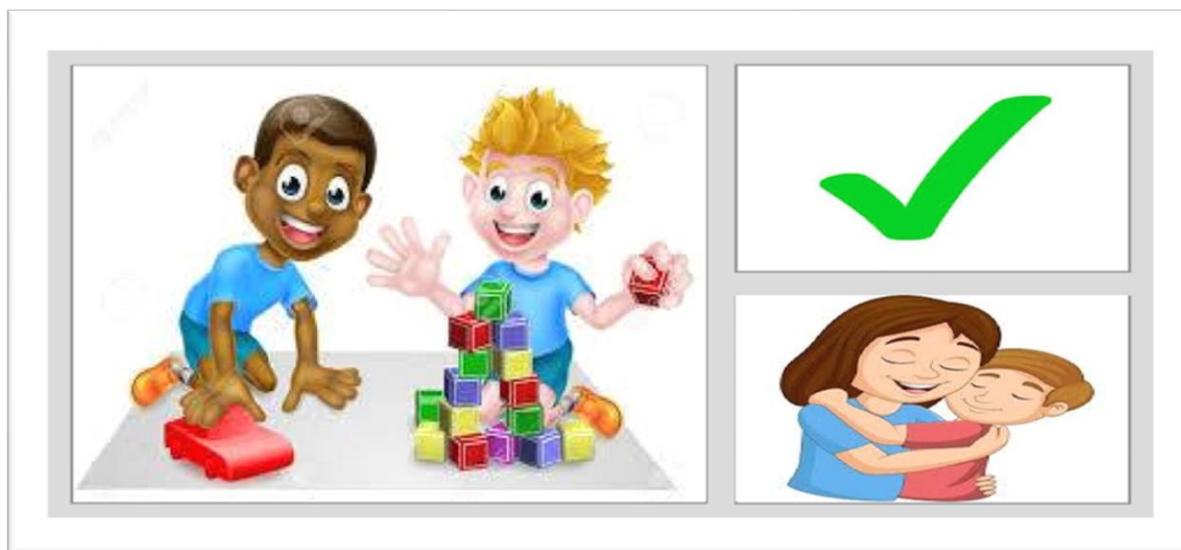
Conducta	Frecuencia	Duración. Tiempo	Que ocurre antes	Que ocurre después
Escaparse del salón				
Pegar a la maestra				
Tirarse al piso y pegar patadas				

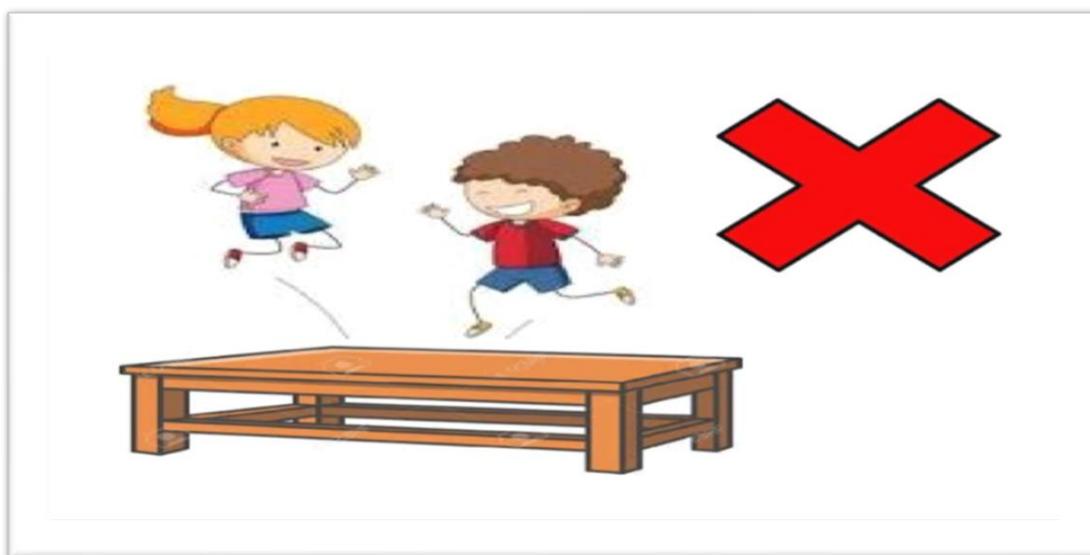
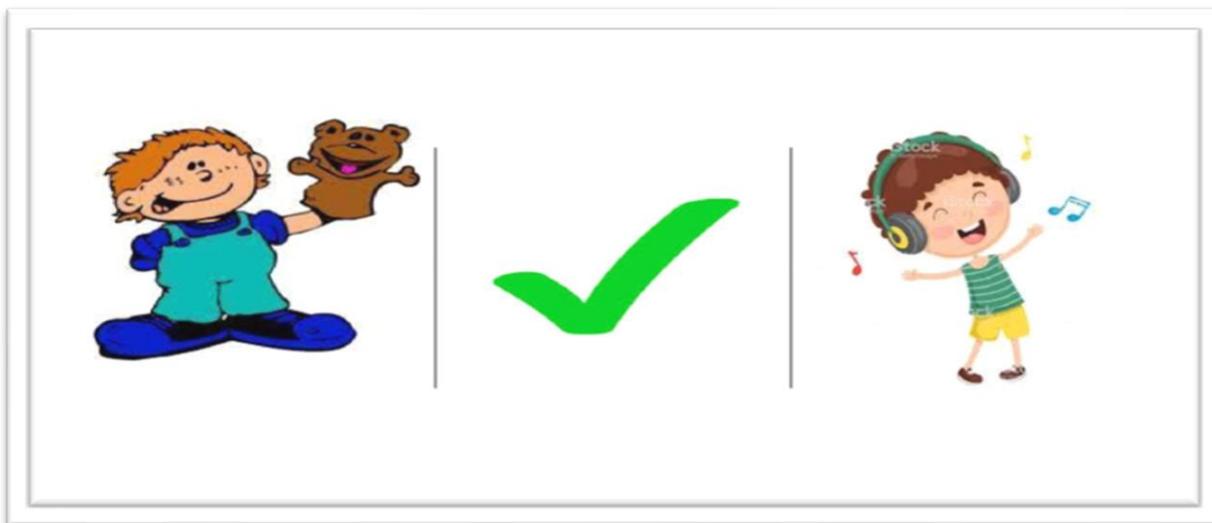
Anexo 8. Coterapeuta

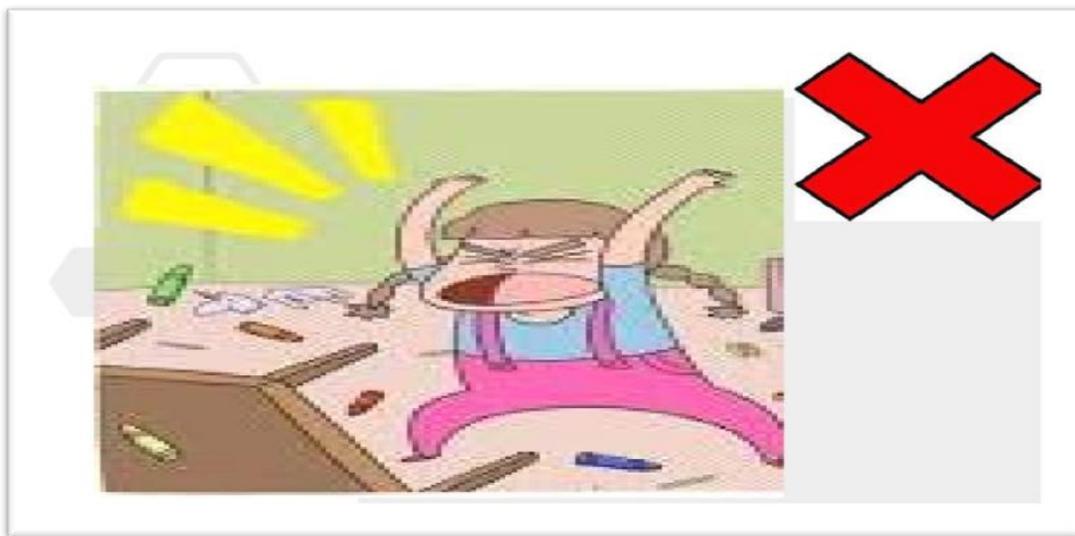


Anexo 9.

Reglas de la sesión









Anexo 10

Pautas y estrategias educativas. TDAH en el aula

1. Ubicar al niño cerca de la docente o frente a ella, de tal manera que ambos mantengan contacto visual.
2. Es sumamente importante que retroalimente de manera frecuente e inmediata al niño, sobre todo cuando tiene un buen comportamiento.
3. Sea breve y utilice un lenguaje simple y concreto.
4. Procure establecer reglas claras y explícitas. Sea dulce pero firme en su trato.
5. Bríndele atención positiva, con respeto y confianza.
6. Antes de darle una instrucción obtenga la atención del niño antes y durante la instrucción; y que sostenga contacto visual con usted.
7. Proporcione instrucciones y consignas breves, simples y claras. Puede repetirlas si es necesario.
8. Evitar impartir dos o más indicaciones por vez.
9. Luego de dar la instrucción, solicite al niño que explique a otro niño lo que debe hacer.
10. En la presentación de un tema, apóyese en métodos visuales y gráficos. Láminas, videos, canciones.

11. Brindar información audio visual.
12. Fraccione la hora de trabajo en dos o tres partes, organizando un "mini recreo para el niño"
13. Verifique el desempeño del niño de manera seguida durante la hora.
14. Las evaluaciones deben ser más cortas y más frecuentes con respecto a los otros niños.
15. Privilegie las evaluaciones orales.
16. Tolere los movimientos ociosos que no perturben el trabajo propio y/o ajeno.
17. Manténgase atento a los indicadores de tensión, stress, excitación y/o aburrimiento del niño para actuar en forma preventiva.
18. Evite gritarle.
19. Evite concentrarse en los aspectos negativos del comportamiento y desempeño.
20. Evite etiquetar al niño como vago, desinteresado, grosero, tonto.
21. Evite interpretar apresuradamente sus comportamientos como actos deliberados de desobediencia.
22. Puede realizar acomodamientos ambientales y curriculares.

Anexo 12.

Cartas descriptivas. Descripción de sesiones

Sesión 1.

Fecha: 13 de noviembre de 2019

Duración: 30 minutos

Objetivo	Actividades	Materiales	Tarea en el salón	Observaciones
Conocer al niño y generar confianza en él.	Dialogo de presentación del terapeuta y del paciente. Se le informa que se hará en las sesiones: jugar, armar, pintar.	Láminas con dibujos de las normas.	Guardar sus útiles escolares en la mochila.	El niño buscaba constantemente salir del salón. Colaboró en la búsqueda de un nombre para el coterapeuta. Se llamó "Feo"
Establecer una relación de confianza y seguridad en el espacio terapéutico.	Se enseña laminas con reglas de la sesión. Se presenta al coterapeuta y se le solicita que ayude al terapeuta a colocarle un nombre. Se jugó a disfrazarse. Y luego se dio 10 minutos de juego libre.	Juguetes Disfraces, capas de super héroe, antifaz, peluca		

	Para finalizar la sesión se le solicita que guarde los elementos con los que trabajo en una canasta Cinco minutos antes se advirtió al niño, de que la sesión finalizaría.	Telas con distinta textura		autos con los que había jugado. El infante tiene un lenguaje escaso, no se refiere a sí mismo, en primera persona sino en tercera persona, (él).
--	---	----------------------------	--	---

Sesión 2.

Fecha: 20 de noviembre de 2019

Duración: 30 minutos

Objetivo	Actividad	Materiales	Tareas para el salón	Observaciones
Trabajar en el autoconocimiento y la autoobservación Trabajar con la técnica del modelado y el seguimiento de reglas.	Luego del saludo entre terapeuta, coterapeuta y paciente, y de mostrar las reglas de la sesión, se inicia con la canción "alguien llama a mi puerta". El terapeuta modela el baile de la canción, y el uso de la guitarra. Se trabaja con pañuelos de psicomotricidad. Se le enseñó a jugar estatuas. Se le dio tiempo de juego libre Se premia su participación con la pelota. Ayuda a acomodar el espacio. Se despide del coterapeuta y terapeuta	Láminas con las reglas de la sesión Juguetes, carritos, pelotas, títeres de dedo Pañuelos, telas de distintas texturas.	Jugar estatuas durante el receso. Acomodar sus pertenencias solo en la mochila.	Se muestra participativo en la canción, en un momento mientras cantaba intentó subirse al escritorio, pero se le recordó las reglas. inicio del juego con las telas se mostró temeroso. Solo juega con carritos. Para regresar al salón, en el camino se sigue jugando a Estatuas.
Canción "Alguien llama a mi puerta" https://www.youtube.com/watch?v=99NFOjJndYc				

Sesión 3.**Fecha: 27 de noviembre de 2019****Duración 30 minutos**

Objetivo	Actividad	Materiales	Tarea para el salón	Observaciones
Fomentar la imaginación Trabajar el modelado y seguimiento de reglas Trabajar en el autoconocimiento y la autoobservación	Luego de saludar al terapeuta y al coterapeuta se inició la sesión con la canción "alguien llama a mi puerta". Se propone el juego del memorama (con diez piezas). Se da tiempo de juego libre Se solicita acomodar el espacio y se despidiera del coterapeuta. Se juega a "las estatuas"	Láminas con las reglas de la sesión Cartulina, lápices, crayones, plumones Plastilina Juguetes Computadora memorama	Acomodar sus útiles en la mochila Dibujar las caritas con emociones.	No quiso trabajar con plastilina Solo utilizó una vez la pista de autos, el resto del tiempo jugó aparte y simulando chocar su auto.

Sesión 4.**Fecha: 4 de diciembre de 2019****Duración 40 minutos**

Objetivo	Actividad	Materiales	Tarea para el salón	Observaciones
Trabajar sobre la regulación emocional Identificar las emociones Iniciar con el entrenamiento en control corporal. Trabajar la técnica de la tortuga Incrementar la confianza en sí mismo	Luego de saludar se leyó y dramatizó el cuento "Vaya Rabieta" Simulando ser el enojo de Roberto, rayó hojas en blanco, luego les dibujamos ojos y se las arrugó para guardarlas en la caja de la rabia. Tomó para jugar tres autos.	Lámina con reglas Cuento "Vaya rabieta" Hojas en blanco Crayones Plumas y plumones. Computadora Dibujos impresos de la tortuga para colorear. Juguetes. Plumones de color rojo, azul,	Rayar hojas de papel o romperlas cada vez que se sienta enojado. Practicar la técnica aprendida	Le gusta escuchar los cuentos, aunque no se pudo leer de corrido, solo se leía una página por vez, mientras él jugaba. Puso esmero en rayar la hoja. Practicó junto al títere y con el peluche la técnica de la tortuga. En esta sesión se incorporó un caballo de madera para que el niño regresara al salón y

		verde, amarillo y morado. Caballo de madera	durante la sesión, a fin de generalizar la técnica in situ Acomodar sus pertenencias en la mochila	lo usara para salir al baño, esto con el objetivo de controlar sus escapadas.
Cuento “Vaya rabieta” https://es.slideshare.net/psicoalmazan/cuento-vayarabieta				

Sesión 5.

Fecha: 13 de diciembre de 2019

Duración 40 minutos

Objetivos	Actividades	Materiales	Tarea para el salón	Observaciones
Reconocer las manifestaciones de una emoción: enojo. Continuar el entrenamiento en autocontrol. Propiciar el juego simbólico Incrementar la confianza en sí mismo	Presentación de terapeuta, coterapeuta y paciente. Se leyó el cuento “el monstruo de colores”. Baile de la canción del monstruo de los colores, expresión corporal y juego con instrumentos de juguete. Se desenredó al monstruo de colores y se fue asociando cada color con una emoción.	Lámina con reglas Capa de super héroe. Antifaz. Computadora para reproducir la canción. Bloques Instrumentos musicales de juguete Libro de cuento: “El monstruo de colores” Papeles, lápiz, plumón.	Practicar la técnica de la tortuga. Acomodar sus pertenencias en la mochila.	Llegó molesto a la sesión, cuando el coterapeuta le pregunto cómo se sentía, sin hablar dibujó una cara de enojo en la pizarra. Participó en toda la sesión.
Cuento “Monstruo de colores” http://www.escuelafranciscovarela.cl/wp/wp-content/uploads/2017/07/El-monstruo-de-colores.pdf				
Canción del monstruo de colores https://www.youtube.com/watch?v=lieUUzZSXxU				

Sesión 6.**Fecha: 15 de enero de 2020****Duración 30 minutos**

Objetivo	Actividades	Materiales	Tarea para el salón	Observaciones
<p>Propiciar el Juego simbólico.</p> <p>Identificar las emociones básicas</p> <p>Trabajar sobre la regulación emocional.</p>	<p>Luego del saludo de terapeuta y coterapeuta se le recordó las normas de la sesión.</p> <p>Se inició la sesión con la canción del monstruo de colores.</p> <p>Se mostró una lámina del monstruo de colores con distintas expresiones faciales.</p> <p>Se construyó máscaras del monstruo con las cuatro emociones, pintándolas de acuerdo con el estado de ánimo. Durante la sesión mantuvo cerca los carritos con los que jugaba seguido.</p> <p>Cinco minutos antes preparó su caballo para salir del salón.</p>	<p>Lámina con reglas</p> <p>Carritos. Pelota</p> <p>Muñecos pequeños</p> <p>Títere</p> <p>Plumones de color amarillo, azul, rojo, negro, verde y rosa</p> <p>Lápices</p> <p>Recortable de las caras del monstruo de colores.</p> <p>Hojas en blanco</p> <p>Hojas con el dibujo del monstruo de las emociones recortables.</p>	<p>Pedir permiso a la maestra, antes de salir del salón.</p> <p>Salir del salón con el caballo y regresarlo al salón</p>	<p>El juego del niño con los carritos siempre fue de choque, solo una vez juego con la pista y participó en la elaboración de una pista con papeles, pero no desplazó los carros por ella.</p>

Sesión 7.**Fecha:**

Objetivo	Actividades	Materiales	Tareas para el salón	Observaciones
<p>Propiciar el Juego simbólico.</p> <p>Iniciar con el entrenamiento en autocontrol corporal.</p>	<p>Saludo a terapeuta y coterapeuta</p> <p>Se inició con la canción, "la tortuga manuelita". Bailamos</p> <p>Se expuso un video sobre la técnica de la tortuga</p> <p>El coterapeuta fue el encargado de mostrar como practicar la técnica y se usó un peluche de tortuga.</p> <p>Se entregó el peluche para que jugara</p> <p>Se avisó 5 minutos antes para que preparara a su caballo para salir del lugar.</p>	<p>Lámina con reglas</p> <p>Carritos. Pelota</p> <p>Muñecos pequeños</p> <p>Títere</p> <p>Plumones de color amarillo, azul, rojo, negro, verde y rosa</p> <p>Lápices</p> <p>Hojas en blanco</p>	<p>Pedir permiso antes de salir del salón.</p> <p>Salir del salón con el caballo y regresarlo al salón.</p> <p>Practicar la técnica de la tortuga al sentir enojo</p>	<p>Esta vez el niño buscó colocarse solo el antifaz, hecho que anteriormente le provocaba desconfianza.</p> <p>No quiso trabajar con plastilina, decía ¡No, lupita No!! (el nombre de su abuela)</p>
<p>Canción de la tortuga Manuelita https://www.youtube.com/watch?v=vxSh0tzCZTU</p> <p>Video Cuento de la tortuga https://www.youtube.com/watch?v=riwGSIUkXR8</p>				