

**EVALUACION DEL IMPACTO DE UN PROGRAMA DE INTERVENCION  
COGNITIVO - CONDUCTUAL PARA NIÑOS CON DEFICIT DE ATENCION  
CON HIPERACTIVIDAD, PERTENECIENTES A INSTITUCIONES  
EDUCATIVAS DEL MUNICIPIO DE GIRON.**

Proyecto de trabajo de grado para optar el título de Psicólogas.

Dr. Yolima Beltrán Villamizar

Carmen Lucía Barrera Bolívar

Milena Vesga Prada

UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA  
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES  
FACULTAD DE PSICOLOGIA  
FLORIDABLANCA

Abril 2008

**EVALUACION DEL IMPACTO DE UN PROGRAMA DE INTERVENCION  
COGNITIVO - CONDUCTUAL PARA NIÑOS CON DEFICIT DE ATENCION  
CON HIPERACTIVIDAD, PERTENECIENTES A INSTITUCIONES  
EDUCATIVAS DEL MUNICIPIO DE GIRON.**

Proyecto de trabajo de grado para optar el título de Psicólogas.

Carmen Lucia Barrera Bolívar

Milena Vesga Prada

Coinvestigadoras

DIRECTORA

Dr. Yolima Beltrán Villamizar

Investigadora Principal

UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA

ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES

FACULTAD DE PSICOLOGIA

FLORIDABLANCA

Abril de 2008

Nota de Aceptación

---

---

---

Presidente del Jurado

---

---

---

Floridablanca, \_\_\_\_\_

## AGRADECIMIENTOS

*A Dios por ser el guía, horizonte y fin de todos mis proyectos, a mis padres Pedro Hernando y Carmen Cecilia por su gran ejemplo de vida y apoyo durante toda mi carrera y mi vida; a mis hermanos Diego, Oscar y Pedro por su energía constante, a Diego Alexander por su paciencia y fortaleza y a todas las personas que hicieron parte de este proceso.*

*Mil gracias*

*Calú*

*Mil gracias a Dios por ser mi luz; a mi madre, por que con su amor me dio las herramientas para alcanzar mis metas; a mi hijo por ser mi motor y fortaleza; a mi amor, por ser mi compañero y guía; a Calú, por ser mi compañera de batalla y quien estuvo en las buenas y en las malas y a todas las personas que nos impulsaron a dar un gran paso en nuestras vidas.*

*Muchas gracias*

*Milena*

**TABLA DE CONTENIDO**

	Página
Resumen.....	10
Justificación.....	12
Planteamiento del Problema.....	14
Hipótesis.....	15
Objetivos.....	16
Referente Conceptual.....	16
Contextualización sobre le TDAH.....	16
Antecedentes históricos.....	17
Etiología.....	19
Sintomatología del TDAH.....	20
Inatención.....	20
Impulsividad.....	21
Hiperactividad.....	21
Manifestaciones del TDAH de 0 a 2 años.....	22
Manifestación del TDAH en Pre-escolares.....	22
Manifestaciones del TDAH en escolares.....	23
Evaluación.....	24
Estado clínico del niño.....	24
Nivel intelectual y rendimiento académico.....	24
Factores biológicos.....	25
Condiciones sociales y familiares.....	25
Influencia del marco escolar.....	25
Diagnóstico.....	26
Intervención.....	28
Tratamiento farmacológico.....	29
Tratamiento Psicológico.....	31
Técnicas cognitivo- conductuales.....	33
Entrenamiento en solución de problemas.....	33

Entrenamiento autoinstruccional.....	34
Entrenamiento de inoculación de estrés.....	35
Modelado Participativo.....	35
Utilización de contingencias.....	36
Costo de respuesta.....	36
Economía de fichas.....	36
Retroalimentación.....	37
Reforzador social.....	37
Contrato de contingencias.....	38
Reforzado positivo.....	38
Técnica de la tortuga.....	38
Pronóstico y evolución del TDAH.....	38
Consecuencias del TDAH en niños.....	39
Consecuencias de TDAH en adolescentes.....	40
Consecuencias del TDAH en adultos.....	40
Perspectiva actual del TDAH.....	41
Método.....	51
Tipo de investigación.....	51
Participantes.....	52
Instrumentos.....	53
Procedimiento.....	56
Resultados.....	62
Resultados cuantitativos.....	62
Resultados cualitativos.....	70
Discusión.....	73
Conclusiones.....	78
Sugerencias y Recomendaciones.....	79
Referencias.....	81

## INDICE DE TABLAS

	Página
Tabla 1. Resultado por factores de la prueba pre-test, aplicado a los padres de los pacientes con TDAH.....	64
Tabla 2. Resultado por factores de la prueba pre-test, aplicado a los docentes de los pacientes con TDAH.....	65
Tabla 3. Resultado por factores de la prueba pos-test, aplicado a los padres de los pacientes con TDAH.....	66
Tabla 4. Resultado por factores de la prueba pos-test, aplicado a los docentes de los pacientes con TDAH.....	66

**INDICE DE FIGURAS**

	Página
Figura 1. Distribución en porcentaje, sobre la proporción del género del total de la población.....	62
Figura 2. Distribución en porcentaje, sobre la proporción de la edad del total de la población.....	63
Figura 3. Resultados de la prueba pre-test del EDAH, aplicado a las madres del total de la población.....	67
Figura 4. Resultados de la prueba pre-test del EDAH, aplicado a los docentes del total de la población.....	68
Figura 5. Resultados de la prueba post test del EDAH, aplicado a las madres del total de la población.....	68
Figura 6. Resultados de la prueba post-test del EDAH, aplicado a los docentes del total de la población.....	69
Figura 7. Resultados de las pruebas pre- test y pos-test aplicados a las madres de los niños.....	69
Figura 8. Resultados de las pruebas pre- test y pos-test aplicados a los docentes de los niños.....	70



## INDICE DE ANEXOS

	Página
Anexo 1. Datos sobre casos del TDAH en los municipios de Santander.....	85
Anexo 2. Consentimiento informado.....	87
Anexo 3. Historia Clínica.....	88
Anexo 4. Tabla de evaluación según criterios del DSMIV-R para diagnosticar niños con déficit de atención con hiperactividad TDAH.....	99
Anexo 5. Escala para la evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (EDAH).....	100
Anexo 6. Tabla de Baremos, datos normativos y puntos de corte del EDAH..	101
Anexo 7. Formato de seguimiento de cada sesión.....	102
Anexo 8. Formato de Auto-evaluación de cada sesión.....	103

## **RESUMEN**

Esta es una investigación pre-experimental, con un diseño pre-prueba post-prueba, con un solo grupo de tipo descriptivo, que tuvo como principal objetivo, evaluar el impacto de un programa de intervención cognitivo-conductual, para niños con déficit de atención con hiperactividad, pertenecientes instituciones educativas del municipio de Girón.

La población objeto de estudio fue de 10 estudiantes de edades entre 6 y 12 años, los cuales fueron evaluados a partir de un previo diagnóstico psiquiátrico y de la aplicación de la escala para la Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad EDAH (Farre y Carbona, 1999) aplicado a padres y maestros, historia clínica y criterios del DSM IV-R.

A través de la aplicación de la escala (EDAH) antes y después del programa, se identificaron cambios significativos en los comportamientos de los participantes ya que se encontró disminución de los síntomas centrales del TDAH (atención, hiperactividad e impulsividad), los cuales afectaban la dimensión cognitiva, emocional y social de los niños.

Palabras Claves: Déficit de atención, hiperactividad, impulsividad, TDAH, programa, niños, técnicas cognitivo-conductuales

## **SUMMARY**

This is a pre-experimental research, with a design it pre-test and post-test, with one group of descriptive type, which it took as a principal target, to evaluate the impact of a program of cognitive-behavioral intervention, for children with deficit of attention with hyperactivity, belonging educational institutions of Girón.

The sample of study was to 10 students of ages between 6 and 12 years, which were evaluated from a previous psychiatric diagnosis and of the application of the scale for the Evaluation of the Disorder for Deficit of Attention

with Hyperactivity EDAH (Farre and Carbona, 1999) applied to parents and teachers, case history and criteria of the DSM IV-R.

Through the application of the scale (EDAH) before and after the program, significant changes were identified in the behaviors of the participants since one found decrease of the central symptoms of the TDAH (attention, hyperactivity and impulsiveness), which were affecting the cognitive, emotional and social dimension of the children.

Key Word: Cognitive deficit of attention, hyperactivity, Impulsiveness, TDAH, program, children, cognitive-behavioral skills.

## JUSTIFICACION

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad, es el problema de comportamiento más común durante la infancia, ya que constituye la enfermedad crónica más frecuente en el período escolar y representa un problema complejo debido a que persiste a lo largo de la vida si no es tratado a tiempo (Cornejo y et als 2005).

Por esta razón, este trastorno ha sido estudiado por diferentes disciplinas y autores, quienes a partir de la aplicación de pruebas neurológicas, cognitivas y de observaciones de los contextos en que se desenvuelve el niño (principalmente casa y escuela), han efectuado diversas investigaciones que enfatizan tres aspectos importantes: a) su etiología, tal como lo afirma Marsellach (2005), quien señala que entre las posibles causas del TDAH se encuentran los factores biológicos, el retraso madurativo, factores pre y perinatales, influencias genéticas y otras variables propias del ambiente del niño; b) sus consecuencias, como lo determina Orjales (2000), quien afirma que los síntomas básicos del TDAH afectan tanto los aspectos cognitivos, sociales y emocionales del niño, desencadenando en la adolescencia o en la edad adulta índices elevados de abuso de alcohol y drogas, riesgos al conducir, accidentes de tráfico más frecuentes, muertes traumáticas, problemas de comportamiento en donde el 25% y el 45% desarrollan conducta antisocial y el 25% alcanza criterios de Trastornos de la Personalidad Antisocial (Murphy y Barkley 1996, citados en Orjales, 2000) y c) su prevalencia, la cual se presenta en Colombia, con un porcentaje del 15% en población de niños(a) y adolescentes (Martínez y et als 2004), en Estados Unidos y Canadá con un 30% y en Alemania y Puerto Rico con un 5% (Fernández 2004).

De ahí que, en torno a esta problemática se han planteado diversas opciones de tratamiento que incluyen intervenciones de tipo psicológico, educativo y farmacológico, siendo esta última la más apetecida por padres, maestros y médicos, por ser una alternativa de acción breve, cuyos efectos aparecen a pocas horas de haberla consumido.

Por ello, son muchos los niños que son tratados farmacológicamente con el metilfedinato (Rubifen o Ritalina), sin tener en cuenta que esta droga de ninguna manera es una “cura” o siquiera un intento serio de atacar de raíz el TDAH, ya que sólo sirve para aliviar los síntomas temporalmente (Swanson y et als, 1993 citados en Armstrong, 2001).

En esta medida, Muro (2005) muestra otro panorama que va más allá de lo expuesto anteriormente, en donde señala los efectos adversos del uso del metilfedinato, los cuales incluyen problemas serios como el suicidio, problemas cardíacos como arritmias, hipertensión, deficiencias cardíacas, así como también puede causar síntomas emocionales como psicosis, agitación, agresión, hostilidad, ansiedad y alucinaciones, consecuencias que alertaron al FDA (Food and Drug Administration) quien ordenó que en las cajas de los medicamentos utilizados para el tratamiento del TDAH, fueran colocadas con cintas negras de advertencia, después de admitir las secuelas negativas que trae en la salud de los niños.

Desde esta perspectiva, es necesario hablar de intervenciones en TDAH que no generen riesgos en esta población y realmente proporcionen efectos positivos a largo plazo; y es aquí, donde se retoman los aportes dados por Fernández (2004) quien resalta que “los avances de la ciencia explican que en la actualidad no se dispone de un tratamiento curativo para este trastorno, pero si existen medidas terapéuticas eficaces para reducir las manifestaciones sintomáticas impidiendo que las mismas provoquen problemas de adaptación a las demandas académicas y sociales, que son los que comprometen el bienestar del niño y su familia y complican el pronóstico” (p.52)

Dentro de estas medidas terapéuticas se encuentran las técnicas cognitivo conductuales, las cuales abordan cuatro aspectos fundamentales, como son: El entrenamiento en autocontrol de la conducta, entrenamiento cognitivo (estrategias de análisis y solución de problemas, de planificación, de autoevaluación, etc.), entrenamiento en habilidades sociales y desarrollo emocional, las cuales permiten proporcionar al niño con TDAH estrategias para

conocerse mejor, aceptarse así mismo, afrontar dificultades y desarrollar estrategias de compensación (Orjales 2000).

De ahí que, la presente investigación plantea la implementación de un programa basado en el uso de estas técnicas, lo que abre nuevas puertas a la disciplina psicológica, ya que por medio de su intervención se logrará dar otra visión sobre el manejo adecuado del TDAH, que involucre el abordaje de las dimensiones cognitivas, emocionales y sociales de los niños que presentan este diagnóstico.

Por ello, este proyecto tiene una relevancia práctica ya que a través de su desarrollo, se darán bases para el planteamiento de futuras investigaciones que no se limiten a la descripción de este fenómeno, sino que también ofrezcan soluciones desde los modelos teóricos de la Psicología que den lugar a la adecuada intervención del TDAH.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El déficit de atención con hiperactividad se caracteriza por ser un trastorno que se presenta con mayor frecuencia en la población infantil, con consecuencias que afectan la dimensión cognitiva, emocional y social del niño. Sus síntomas como lo afirma Orjales (2000) incluyen la dificultad para mantenerse quietos, para autocontrolar sus emociones, para solucionar problemas y para terminar tareas prolongadas que requieren concentración. En general son niños que molestan frecuentemente a sus compañeros, que interrumpen la clase con observaciones fuera de lugar, y que llaman la atención de forma infantil, lo que produce un inevitable impacto sobre sus relaciones familiares e interpersonales.

Estas situaciones, representan fuertes demandas, que al no ser satisfechas originan altas cargas de estrés y frustración, por lo cual estos niños son frecuentemente castigados y en muchos casos, como lo afirma Barkley (1997) son rechazados o ignorados por el grupo de compañeros.

Es así como, la coexistencia de estos síntomas asociados a conductas desafiantes, agresividad y negativismo normalmente presentados en conjunto con el TDAH, conlleva a una evolución muy desfavorable, debido a que los problemas iniciales suelen ser más crónicos en la adolescencia con un pronóstico que incluye, según Marsellach (2005) delincuencia, agresiones, deficiente rendimiento académico y en general, una adaptación negativa.

A partir de esta problemática, la disciplina psicológica, más específicamente el enfoque cognitivo-conductual, propone una intervención, que basada en sus técnicas (entrenamiento en solución de problemas, autoinstrucciones, utilización de contingencias, entrenamiento en habilidades sociales, entre otras), busca modificar la conducta del niño, disminuyendo los principales síntomas del TDAH (atención, hiperactividad e impulsividad), convirtiéndose por un lado, en una de las mejores alternativas para padres y profesores y por otro, en la mejor competencia para el actual tratamiento farmacológico.

No obstante, se hace necesario resaltar que los procesos de intervención son eficaces en la medida en que se vea al niño con TDAH, como un ser integral, es decir, teniendo en cuenta su personalidad, nivel de desarrollo, las formas de aprendizaje, antecedentes familiares, características culturales y medio social, ya que por medio de estos factores se podrá conocer la naturaleza de su conducta y decidir la forma de intervención más apropiada.

De acuerdo a lo anterior y partiendo de la importancia que tiene este estudio, se plantea el siguiente interrogante ¿Cuál es el impacto de un programa cognitivo conductual en la intervención de niños(as) con déficit de atención con hiperactividad?

## **HIPOTESIS**

El programa de intervención cognitivo-conductual permitirá modificar las conductas que afectan la dimensión cognitiva, emocional y social de los niños que presentan el diagnóstico del trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

## **OBJETIVOS**

### Objetivo General

Evaluar el impacto del programa cognitivo-conductual en la intervención del trastorno por déficit de atención con Hiperactividad, a partir de la identificación de los efectos que se generaron durante el proceso terapéutico.

### *Objetivos Específicos*

-Establecer a partir del diagnóstico, las características comportamentales de los niños, determinando el estado actual del trastorno.

-Implementar un programa de intervención cognitivo-conductual para niños con déficit de atención con hiperactividad, a través de sesiones terapéuticas que permitan modificar las conductas que afectan las dimensiones cognitiva, emocional y social.

-Identificar los cambios que se generaron en los comportamientos de los niños, a partir de la aplicación del programa.

## **REFERENTE CONCEPTUAL**

El déficit de atención con hiperactividad (TDAH) constituye actualmente, uno de los diagnósticos más frecuentes en el marco de los desórdenes de la conducta infantil, afectando aproximadamente del 3 al 7% de la población en edad escolar (Cuadros y Estañol, 2005 p. 5).

Es de esta manera como el TDAH, se convierte en uno de los problemas más importantes dentro de la Psiquiatría y la Psicología, ya que los datos estadísticos aportados por los diferentes investigadores demuestran su alta prevalencia en esta población, encontrando como lo afirman Correa y et als (2002), mayor índice en el sexo masculino, con consecuencias que afectan el desarrollo social, emocional, cognitivo y conductual de quienes lo padecen.

De ahí que, el trastorno por déficit de atención con hiperactividad a través de los años se ha convertido en una de las problemáticas que ha generado mayor



interés debido a los efectos adversos que este ha efectuado en la salud mental de los niños que presentan este diagnóstico, motivo por el cual, este fenómeno representa hoy por hoy una de las prioridades más significativas dentro de los programas que los gobiernos dirigen a esta población.

En relación con lo anterior, cabe resaltar el Estudio Nacional de Salud Mental (2003), realizado por el Ministerio de Protección Social, el cual determina que el 0.1% de los Colombianos entre 18 y 65 años presentan TDAH; datos que evidencian por un lado, fallas en la intervención en el caso de los que fueron tratados y por otro, falta de un tratamiento que aborde los síntomas a largo plazo.

Por tal razón, entender y estudiar este trastorno resulta algo complejo; por ello se hace necesario citar en este marco, aportes de diversos autores que contribuyeron a obtener el conocimiento sobre sus antecedentes históricos, etiología, sintomatología, evaluación, diagnóstico, intervención, pronóstico y perspectiva actual.

#### *Antecedentes históricos*

La primera descripción clínica de un síndrome semejante a lo que actualmente se llama TDAH, fue presentada en Inglaterra por Still (1902) ante el colegio Real de medicina; en donde señaló, que el TDAH se trataba de una deficiencia de la “inhibición de la volición” y de defectos en el “control normal”, haciendo especial énfasis, en que este problema iba más allá de las insuficiencias de la enseñanza moral, e incluía factores biológicos probablemente de índole genética, o bien, asociados con el sistema nervioso central.

Consecutivamente, Hohman (1922) describió un síndrome de hiperactividad asociado a un comportamiento impulsivo y de agresividad, conjuntamente con problemas de aprendizaje y con fallas en la coordinación motora en los niños que habían padecido encefalitis de Von Economo.

De otro modo, Kahn y Cohen (1934, citado en Cuadros y Estañol, 2005) propusieron que la hiperactividad y la conducta impulsiva, acompañadas a menudo de agresividad, se debían a factores orgánicos localizables

posiblemente en el tallo cerebral. Así mismo Brakley (1937), descubrió que los niños hiperactivos respondían adecuadamente al tratamiento con anfetaminas (en particular con benzedrina), aun cuando no había evidencia manifiesta de daño cerebral.

Posteriormente, Strauss y Lethinen (1947), infirieron que los traumatismos craneoencefálicos, y las secuelas posencefálicas podrían producir manifestaciones de hiperactividad, problemas de atención y de impulsividad, en donde todo niño que exhibiera esa sintomatología debía tener algún tipo de “daño cerebral mínimo”.

Por otro lado, Laufer y et als (1957) desarrollaron un modelo que explicaba la hiperactividad como un defecto neurológico que se caracterizaba por permitir la llegada a la corteza motora de una cantidad excesiva de estímulos periféricos y por la incapacidad para manejarlos. Debido a la popularidad de la que gozó este modelo en los años sesenta favoreció para que este trastorno se denominara síndrome del niño hiperactivo, reacción hiperquinética de la niñez y otras semejantes.

No obstante a pesar del éxito obtenido para disminuir la sintomatología del trastorno con anfetaminas, no fue posible confirmar la presencia manifiesta y/o consistente de daño cerebral en los niños a los que se les diagnosticó este problema, motivo por el cual en la década de los sesentas, Douglas (1972) junto con otros investigadores, colocó el acento en las deficiencias de atención como rasgo característico del problema.

En esta misma línea, la Asociación Psiquiátrica Americana (1968), codificó en su nomenclatura oficial, la hiperactividad como síndrome de la infancia, en donde el Manual Diagnóstico y Estadístico en su segunda edición (DSM II), utilizó la expresión “reacción hiperquinética de la infancia” para describir un desorden caracterizado por la hiperactividad, la inquietud, la distractibilidad y lapsos cortos de atención.

En contraste con lo anterior, la Organización Mundial de la Salud adoptó en su Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9) el nombre de desorden hiperquinético. En 1980 este enfoque fenomenológico fue adoptado por la

Asociación Psiquiátrica Americana (DSM III), la cual reconoció el trastorno por déficit de atención (TDA), subdividiéndose en TDA con hiperactividad y TDA sin hiperactividad.

Esta división del TDA-H en dos variables principales, dio lugar a una revaloración de la naturaleza básica de la relación existente entre estos cuadros clínicos y algunos otros, como serían la depresión, los trastornos afectivos y los problemas de aprendizaje.

Así mismo en el año de 1987 la revisión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM III-R) y la subsecuente edición del DSMIV (2000), establecieron un vínculo estrecho entre el déficit de atención y la hiperactividad, conformando así el síndrome conductual llamado trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Sin embargo, la publicación del DSMIV-R (2002) señaló la presencia de tres subtipos: TDAH subtipo predominante con inatención, y TDAH subtipo predominante hiperactivo-impulsivo, cuya aparición de estas dos variantes se clasificaban como combinadas.

### *Etiología*

El TDAH es un trastorno frecuente en la infancia, lo cual ha sido objeto de interés por diversas disciplinas que se ocupan de establecer su origen. Es por esto, que Marsellach (2005) señala que entre las posibles causas investigadas se destacan factores biológicos, retraso madurativo, factores pre y perinatales, influencias genéticas y otras variables propias del ambiente del niño, en donde no hay datos concluyentes que indiquen que cualquiera de estos elementos por separado, sea el responsable último del trastorno.

En esta misma línea, Marsellach (2005) afirma que la opinión mas generalizada entre los expertos se debe a que múltiples factores interactúan ejerciendo cada uno sus efectos propios pero en una actuación conjunta, ya que las alteraciones cerebrales y el retraso mental influyen en la aparición de la hiperactividad, pero no lo hacen de manera exclusiva y determinante, pues sus efectos se enmarcan bajo la interacción en la que intervienen simultáneamente con factores psicológicos y ambientales.

Del mismo modo, la influencia del medio ambiente prenatal y las complicaciones surgidas durante el embarazo, han sido destacadas como causas relacionadas con los trastornos de conducta infantil. Entre los efectos asociados a las complicaciones surgidas durante el período prenatal y perinatal se incluyen retraso mental, deficiente crecimiento físico, retraso en el desarrollo motor, dificultades en el desarrollo del lenguaje y en el aprendizaje.

Por otro lado, Carlson y et als (1987) atribuyen como causa principal el factor hereditario ya que los estudios que se han llevado a cabo para investigar la concordancia en el diagnóstico, muestran entre el 20% y el 32% de los parientes en primer grado (padres y hermanos) que presentan el mismo trastorno.

Otra línea de investigación sobre la etiología del trastorno, se centra en identificar la posible influencia de alteraciones bioquímicas en la aparición de estos problemas. Aunque no existen datos significativos, parece que la dopamina y la norepinefrina son las dos monoaminas más claramente relacionadas con el trastorno hiperactivo.

#### *Sintomatología del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad*

El TDAH, es el término que se utiliza en la actualidad para describir un trastorno que se presenta en niños, adolescentes y adultos con manifestaciones diferentes según la edad y la intervención realizada (García y Magaz 2000).

Por ello, para identificar sus síntomas y darle un adecuado tratamiento que mejore su pronóstico y evolución, es necesario conocer a profundidad las tres variantes citadas por Cuadros y Estañol (2005), las cuales hacen parte fundamental de este trastorno, ya que a partir de su pleno entendimiento, se podrán hacer distinciones que estén enfocadas a abordar apropiadamente el TDAH, estos síntomas son:

##### *Inatención*

Esta va acompañada de somnolencia y distractibilidad, dificulta el esfuerzo de atención cuando se realiza un conjunto de tareas durante un período prolongado, lo que da por resultado manifiestas deficiencias en la ejecución de

las mismas; deficiencias que se deben a la falla en el estado de alerta para mantener la atención y la atención selectiva, así como a la desorganización y desestructuración que impide realizar ciertas actividades.

### *Impulsividad*

Puede expresarse en respuestas precipitadas o en la incapacidad de esperar que llegue el turno propio para participar en tareas o juegos de grupo. También puede incluir torpeza motriz y deficiencia visoespacial. De esta manera, los niños que presentan impulsividad son propensos a los accidentes y a tener problemas con sus compañeros de clase, ya sea interrumpiendo, hablando o preguntando sin consideración, distrayendo a los demás, cambiando constantemente de una tarea a otra o realizando actividades escolares inapropiadas, generando un ambiente caótico en el salón de clases.

### *Hiperactividad*

Esta puede traducirse en movimientos sin descanso, en la dificultad para permanecer sentado y en una constante propensión a manipular los objetos. A menudo se manifiesta como una inquietud excesiva en la forma de hablar, lo que es poco tolerado en la escuela y acaba por convertirse en una frustración para los padres y profesores, quienes pierden finalmente la paciencia.

Teniendo en cuenta lo anterior, es necesario especificar los aportes de la Asociación Psiquiátrica Americana en la cuarta edición revisada (2002), la cual realiza una clasificación de los tres subtipos del TDAH, especificando su sintomatología: a) El subtipo con predominio de déficit de atención, el cual presenta básicamente una afección del estado reflejo de orientación, de la atención sostenida y de la atención selectiva, así como, en teoría, muy poca alteración de los mecanismos de control inhibitorios neocorticales (control de la capacidad para esperar, control de los impulsos y de la interferencia); b) Subtipo en el que predomina el síntoma hiperactivo impulsivo, que se caracteriza por un escaso control de la espera, de los impulsos y de la interferencia, así como por un trastorno de la psicomotricidad, el manejo pobre del proceso de anticipación y la tendencia a responder precipitadamente; y d) Subtipo combinado, con la presencia significativa de ambos grupos de

síntomas. Este trastorno se manifiesta por lo general con un peor rendimiento en pruebas que requieren autocontrol, atención y planificación.

Bajo este lineamiento, estudiar las expresiones de estos síntomas en los primeros períodos de la vida, se convierte en un elemento trascendental para el diagnóstico del TDAH, razón por la cual a continuación se citarán los aportes de Martínez y Meneghello (2000), quienes especifican las manifestaciones de este trastorno en el transcurso de tres etapas: a) de 0 a 2 años; b) preescolares y c) escolares.

#### *Manifestaciones del TDAH de 0 a 2 años*

Los infantes en esta primera etapa presentan un sueño muy ligero e inquieto, por lo general con períodos muy cortos, seguidos de irritabilidad.

De la misma forma, muestran problemas de alimentación que incluyen una succión deficiente acompañada de llanto, pues no mantienen un ritmo regular durante la lactancia, la cual se ve interrumpida con mucha facilidad.

La inquietud se refleja por el frecuente movimiento de las manos durante la lactancia y en ocasiones tienden a arañar o a pellizcar a sus madres. Pueden presentar súbitos arranques de irritabilidad y además un movimiento muy frecuente de su cabeza. Cuando inician con el gateo y caminan están en constante movimiento descansando muy poco, aspecto que hace que sean más proclives a los accidentes y caídas; requiriendo más supervisión y cuidado en comparación con otros niños.

#### *Manifestaciones del TDAH en preescolares*

Los estudios realizados en este grupo de edad son más abundantes que en edades más tempranas, debido a que se cuenta con datos más objetivos respecto a la conducta del niño, lo que facilita describir más ampliamente la sintomatología.

En relación con la hiperactividad, la mayoría de los estudios concluyen, que estos niños son mucho más activos que el grupo control: siempre están corriendo y realizando cualquier tipo de actividad, teniendo problemas para mantener la constancia y alcanzar metas esperables. Se muestran muy activos, no pueden quedarse sentados y quietos por mucho tiempo, tanto a la hora de

comer o cuando miran televisión, durmiendo durante períodos más cortos a diferencia de los niños de su edad.

En cuanto a la impulsividad, estos niños tienen una conducta poco predecible; tienden a arrebatarse objetos o juguetes que sus compañeros tienen en sus manos y pueden golpear a otros niños sin algún motivo; se involucran en actividades peligrosas tales como subir a los árboles y realizar piruetas arriesgadas, como si no tuvieran capacidad para determinar las situaciones que implican riesgos.

Del mismo modo, presentan períodos cortos de atención, se desconcentran fácilmente ante la presencia de cualquier estímulo, tienen dificultades para participar en actividades estructuradas que requieren una dedicación mayor, y no suelen completar las tareas que inician.

#### *Manifestaciones de TDAH en escolares.*

Los niños que padecen este trastorno, presentan dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas, no siguen instrucciones, no finalizan las tareas escolares, parecen no escuchar cuando se les habla directamente, se distraen fácilmente por estímulos irrelevantes, mueven en exceso manos y pies, abandonan su asiento en clase o en otras situaciones en que se espera que permanezcan sentados, hablan en exceso, se precipitan a dar respuestas sin haber escuchado la pregunta, interrumpen o se inmiscuyen en las actividades de otros y tiene dificultades para guardar el turno.

Dicho de este modo, es primordial destacar que, a medida que los niños maduran, los síntomas tienden a ser menos notables, ya que en el último período de la infancia y el inicio de la adolescencia son menos frecuentes los signos de actividad motora excesiva (por ejemplo correr, y saltar en exceso, no permanecer sentado), de modo que los síntomas de hiperactividad pueden limitarse a inquietud motora o a un sentimiento intenso de desazón (Asociación Psiquiátrica Americana, 2002, p 102).

En esta medida, identificar la expresión de los síntomas se convierte en un elemento fundamental que permitirá en primera instancia realizar una intervención oportuna que apunte a minimizar sus efectos o mejor aún, a

desaparecerlos, cuyo fin sea evitar que sus consecuencias afecten etapas posteriores.

### *Evaluación*

Los niños con TDAH forman un grupo muy diverso ya que no todos manifiestan los mismos síntomas, la frecuencia, ni se muestran en el mismo ambiente o situación. Es por ello que la evaluación constituye una herramienta fundamental en el diagnóstico de este trastorno, ya que a través de ella se obtendrá una visión general de la posible etiología que lo causa; razón por la cual se requiere del apoyo en conjunto de diversos profesionales como pediatras, neurólogos, psiquiatras, psicólogos y maestros, que permitan determinar un criterio en común del tratamiento a seguir. Por tal razón Marsellach (2005) evidencia cinco áreas importantes que hacen parte de la adecuada evaluación de este síndrome.

### *Estado clínico del niño*

Este aspecto se ocupa de los comportamientos alterados y problemas psicológicos que presenta actualmente. Aquí es importante recopilar información de los padres, profesores y niños, a partir de entrevistas estructuradas o semiestructuradas, historias clínicas, observación de los comportamientos del paciente en varios contextos (como casa y escuela), criterios del DSMIV y la aplicación de instrumentos diagnósticos como el EDAH, el cual permite medir los síntomas principales del TDAH: hiperactividad, impulsividad y déficit de atención.

### *Nivel intelectual y rendimiento académico*

Los informes que proporciona el colegio han de referirse a cómo es la conducta del niño y sus calificaciones académicas en el curso actual y cómo han sido en años anteriores. En este punto es trascendental la aplicación de pruebas psicológicas que contribuyan a identificar tanto el nivel de inteligencia como las estrategias cognitivas que los pacientes emplean en la resolución de problemas.



### *Factores biológicos*

Se evalúan mediante un examen físico exhaustivo para detectar posibles signos neurológicos, anomalías congénitas u otros síntomas orgánicos que resulten de su interés.

### *Condiciones sociales y familiares*

Se analizan el nivel socioeconómico, comportamientos de los miembros de la familia, clima familiar, relaciones interpersonales, tamaño, calidad y ubicación de la vivienda familiar, normas educativas, disciplina, modelos de autoridad, actitudes de los padres hacia los problemas infantiles, factores o acontecimientos desencadenantes de los conflictos, entre otros.

### *Influencia del marco escolar*

La evaluación de este aspecto está justificada por el papel que desempeña la escuela tanto en la detección de las alteraciones infantiles como en el tratamiento posterior. El interés se centra en dos áreas: factores personales y organización estructural del centro. En cuanto a los factores personales, se analizan las actitudes de los maestros cuando los alumnos violan la disciplina o incumplen las normas escolares, así como las pautas de conducta que estos profesionales adoptan cuando han de dirigir las clases. Por otro lado, en relación con la organización del centro, interesa sobre todo los aspectos materiales y de funcionamiento, así como la ubicación del mismo y su estructura organizativa.

No obstante, este mismo autor señala que aunque los exámenes neurológicos que se apoyan en los datos proporcionados por el electroencefalograma y la cartografía cerebral, así como de la exploración pediátrica representan un alto grado de efectividad, es necesario que la valoración de la hiperactividad sea complementada con una evaluación psicológica profunda que tenga como fin indagar los efectos de este trastorno en las principales dimensiones del niño (emocional, cognitiva y social).

### *Diagnóstico*

El diagnóstico del TDAH se basa en el estudio del comportamiento del paciente, el cual sólo puede determinarse de forma viable si se valora la intensidad de la conducta hiperactiva-impulsiva y/o déficit de atención, en donde la presencia de estos síntomas no son propios de la edad y producen un nivel de desadaptación significativa (Orjales, 2000).

De este modo el DSMIV-R plantea los siguientes criterios para establecer un adecuado diagnóstico, basados en los tres síntomas básicos, los cuales se deben presentar en un tiempo mínimo de seis meses.

Déficit de atención: a) A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en tareas escolares; b) A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades lúdicas, c) A menudo no parece escuchar cuando se le habla directamente; d) A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos u obligaciones; e) A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades; f) A menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido; g) A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades; h) A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes; i) A menudo es descuidado en las actividades diarias.

Hiperactividad e impulsividad: a) A menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento; b) A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones que se espera permanezca sentado; c) A menudo corre o salta excesivamente en situaciones que es inapropiado hacerlo; d) A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio; e) A menudo “está en marcha” o suele actuar como si tuviera un motor; f) A menudo habla en exceso; g) A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas; h) A menudo tiene dificultades para guardar turno; i) A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de los otros.

En relación con lo anterior, el DSMIV-R establece cuatro condiciones que son primordiales al momento de diagnosticar niños con TDAH, entre las cuales se encuentran: a) Algunos síntomas de hiperactividad e impulsividad o

desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años de edad; b) Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes; c) deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral; d) Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

De ahí que, al tener en cuenta los anteriores criterios diagnósticos y establecer el TDAH, es necesario complementar el diagnóstico con el nivel de gravedad, el cual está determinado, como lo afirma Cuadros y Estañol (2005) de la siguiente forma: a) Leve: Se presenta alguno o ningún síntoma además de los requeridos para configurar el diagnóstico, y el déficit en la actividad escolar o social es mínimo o inexistente; b) Moderado: Son perceptibles algunos síntomas o un déficit funcional intermedio entre “leve” y “grave”; y c) Grave: Se presentan muchos síntomas además de los requeridos para configurar el diagnóstico, así como un déficit significativo y generalizado en la actividad familiar, escolar y social.

Sin embargo, al señalar el nivel de gravedad, es necesario tener en cuenta el factor de comorbilidad, el cual permite como lo afirma Cuadros y Estañol (2005) diferenciar el TDAH, de los problemas específicos de aprendizaje y de los trastornos de conducta, como es el oposicionismo desafiante, ya que estas últimas condiciones en algunos momentos se presentan simultáneamente, debido a que se estima que alrededor del 20% de los niños con diagnóstico de TDAH pueden presentar deficiencias en el aprendizaje, mientras que una proporción mayor (de 30 a 40%, o más) de la población de niños con problemas de aprendizaje, también puede mostrar síntomas de este trastorno.

En esta misma línea, Palacio (2006) afirma que la comorbilidad del TDAH se da en primera instancia con el Trastorno Obsesivo Desafiante (TOD) y el Trastorno de conducta (TC), ya que la cifra de frecuencia de TC en niños con TDAH es de 35 a 40%, pero si se añaden los casos de TOD se aumenta hasta casi el 60%; datos que evidencian que los niños con TDAH más TOD tienen un

rendimiento escolar menor que el de los niños con TDAH sin comorbilidad.; pero no es tan bajo como el de los niños con TDAH más TC.

De acuerdo con esto, Palacio (2006) resalta la importancia de identificar la Comorbilidad del TDAH con estos trastornos, no sólo por el desempeño escolar, sino también por la gran cantidad de repercusiones familiares y sociales que se presentan aún a pesar del tratamiento, casos que se asocian a un peor pronóstico y a un mayor riesgo de desarrollar abuso de sustancias.

De ahí que, realizar una detección temprana, un diagnóstico correcto y la implicación de los padres, los profesionales de la psicología, la medicina y la educación, constituye un elemento primordial debido a que contribuye a amortiguar el efectos desestabilizador de la sintomatología básica, desarrollando mecanismos de compensación y optimizando las buenas capacidades, hasta conseguir que el niño con TDAH alcance la edad adulta de forma adaptada, competitiva y de forma emocionalmente sana (Orjales, 2000).

### *Intervención*

Toda iniciativa terapéutica en el campo infantil persigue el objetivo común de favorecer la adaptación y el desarrollo psicológico de los niños (Marsellach, 2005). Es por esto, que intervenir el TDAH, se convierte en una de las prioridades más significativas para autores de diversas disciplinas que se han ocupado a lo largo de los años en proponer tratamientos que busquen minimizar sus efectos a corto y largo plazo.

En torno a lo anterior, Fernández (2004) enfatiza, que los avances de la ciencia nos explican que en la actualidad no se dispone de un tratamiento curativo para este trastorno, pero sí existen medidas terapéuticas eficaces para reducir las manifestaciones sintomáticas impidiendo que las mismas provoquen los severos problemas de adaptación a las demandas académicas y sociales, que son los que comprometen el bienestar del niño y su familia.

Por tal razón, en este marco se especificarán las dos intervenciones más conocidas con las que se ha tratado el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, en donde se hará especial énfasis en los efectos negativos del

enfoque farmacológico y de los beneficios del enfoque psicológico como nueva alternativa en el abordaje del TDAH.

### *Tratamiento farmacológico*

El tratamiento de hiperactividad basado en la farmacología se ha convertido desde hacia varias décadas en una de las opciones más utilizadas por padres, maestros, médicos y demás, debido a los “efectos a corto plazo” que este ejerce en el comportamiento del paciente. Entre los fármacos más utilizados están los estimulantes como Ritalin/Rubifen (metilfedinato), Dexedrina (destroanfetamina) y, de posterior aparición Cylert (pemolina), siendo estos, como lo señala Fernández (2004), los más recetados en un 90% de los casos; afirmación que evidencia el número elevado de personas que son tratadas farmacológicamente como única elección de intervención.

Este panorama muestra una cruel realidad, debido a que se ha dejado esta gran responsabilidad a los fármacos como posible solución a lo que se llamaría un problema; motivo por el cual los padres bajo la presión de muchos factores (estrés, ansiedad, temor, entre otros) acceden por tomar esta alternativa sin tener en cuenta las consecuencias posteriores.

Referente a esto, Muro (2006) afirma que la mayoría de los padres toman esta decisión ya que se les cuenta una verdad incompleta, pues no se les especifica los efectos de la medicación a largo plazo, ni los intereses individuales de algunas multinacionales farmacéuticas, que han convertido esta problemática en una enorme máquina de hacer dinero.

Así mismo, este autor señala que a los padres tampoco se les informa que el principio activo del metilfedinato, es un potente inhibidor de la recaptación de dopamina (DA) y noradrenalina (NA) y está considerado según la Agencia Antidroga Norteamericana (DEA) como una de las drogas más adictivas que existen, ya que sus datos indican que “ni animales ni humanos, encuentran diferencia entre cocaína, anfetamina o metilfedinato cuando se administran de la misma manera en dosis comparables”.

De acuerdo a lo anteriormente expresado, el 28 de Junio del 2005 la FDA (Agencia de administración de drogas y alimentos de Estados Unidos) en un

documento publicado, anunció la identificación de posibles problemas de seguridad relacionados con los medicamentos elaborados a partir del metilfedinato, ya que eran notables los efectos adversos psiquiátricos relacionados con Ritalin y otros medicamentos para tratar a los niños diagnosticados con TDAH, los cuales incluían alucinaciones visuales, ideas suicidas y comportamientos psicópatas así como agresividad y actitudes violentas.

En fechas posteriores, más explícitamente el 29 de septiembre del mismo año, la FDA ordenó que en las cajas de los medicamentos utilizados para el tratamiento del Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, fueran colocadas cintas negras de advertencia, después de admitir que los ensayos clínicos las relacionan “con pensamientos y conductas suicidas”.

Bajo este enfoque, Muro (2006) recopila los principales aportes de diversos autores, los cuales expusieron los efectos negativos del Metilfedinato, entres los cuales se encuentran:

Borcherding y otros (1990) encontraron que el 51% de los niños que tomaban dextroanfetaminas desarrollaban obsesión y compulsión.

Barkley y otros (1990) describieron propensión al llanto en el 10% de los niños que consumían dosis bajas del metilfedinato.

Mayes y otros (1994) descubrieron que el 20% de los niños se volvían letárgicos, adormilados, cansados, deprimidos, atontados, sometidos e inactivos.

Schachar y otros (1997) documentaron que el 10% de los niños padecían efectos secundarios severos, marcada alteración de conducta, tristeza, deterioro mental, irritabilidad, comportamiento violento, manía y disforia.

Castellanos y otros (1997) encontraron que el 25% de los niños desarrollaban reacciones adversas y comportamiento obsesivo compulsivo.

Firestone y otros (1998) descubrieron que el metilfedinato causaba deterioro marcado donde el 69% se entristecía y el 62% perdía el interés.

Para finalizar, es trascendental resaltar que aunque todos estos datos, visualizan de forma muy clara, que el tratamiento farmacológico no representa

beneficios a la evolución del trastorno, existen otros autores que muestran los efectos positivos del uso de este tipo de medicamentos.

Sin embargo, uno de los objetivos de esta investigación se basa en resaltar la intervención psicológica como nueva alternativa en el tratamiento del TDAH, a partir de la implementación de técnicas que contribuyan a mejorar el pronóstico de los pacientes.

#### *Tratamiento psicológico del TDAH*

En la actualidad, la disciplina psicológica está constituida por una diversidad de enfoques que buscan a partir de sus postulados, ofrecer aportes que contribuyan a minimizar las problemáticas que afectan el comportamiento humano.

De ahí que, surgen las intervenciones de tipo conductual y cognitivo, como medidas terapéuticas para abordar lo que ha sido considerado a través de los años, como uno de los trastornos que presenta más prevalencia en la población infantil (TDAH).

Desde este enfoque, la intervención conductual inició sus investigaciones para tratar la hiperactividad a través de la técnica del refuerzo positivo y el coste de respuesta (Martín y Pear, 1998 citado en Calderón, 2003) con el único objetivo de disminuir los comportamientos inadecuados (exceso conductual) y fortalecer respuestas incompatibles con el movimiento excesivo (Moreno y et als 1995, citado en Calderón 2003).

A partir de estos estudios, se demostró que los niveles de actividad pueden controlarse mediante la manipulación de variables ambientales y por medio del refuerzo diferencial de conductas inapropiadas (Calderón 2003).

Por otro lado, la intervención cognitiva también dio sus aportes al utilizar las autoinstrucciones como agentes modificadores de la conducta del niño, con el fin de promover tratamientos que promuevan principalmente la creación de estilos reflexivos en programas de entrenamiento dirigidos a la solución de problemas y mejora del autocontrol del niño hiperactivo (Silverman et als, 1992 citado en Calderón 2003), aspecto que evidenció que las mejoras observadas en la aplicación de autoinstrucciones y modelamiento contemplan el incremento

de la capacidad atencional de los niños y el incremento de la conducta dirigida a la tarea durante la fase de tratamiento (Walter y et als 1992, citado en Calderón 2003).

Desde esta premisa, los problemas de generalización de las ganancias terapéuticas del entrenamiento mediante las autoinstrucciones hicieron que muchos autores consideraran la posibilidad de incorporar a las técnicas operantes los planteamientos cognitivos, lo que dio lugar a la creación de un enfoque cognitivo-conductual en el tratamiento de la hiperactividad (Koldo y et als 1991, citado en Calderón 2003).

Bajo este enfoque, se utilizan estrategias de intervención dirigidas al niño o adolescente que se basan en la combinación de entrenamiento en solución de problemas, autoinstrucciones, modelamiento, auto observación, autoreforzo y costo de respuesta. Así mismo en los tratamientos en los que participan los padres de forma activa giran en torno a los principios generales del aprendizaje social, poniendo especial atención en las conductas disruptivas del niño y en los procedimientos encaminados a controlar dichas conductas y fomentar la aparición de conductas más adaptativas. De otro modo en cuanto a las intervenciones desarrolladas en el ámbito escolar se utilizan procedimientos de control de contingencias, en las que se combina la economía de fichas, el costo de respuesta, los contratos de contingencias y el tiempo fuera (Calderón, 2003).

De este modo, este autor señala que los efectos observados por los tratamientos cognitivos conductuales incluyen una mejoría en los problemas de atención, en el rendimiento académico, en su relación social con los adultos y compañeros de su entorno y una disminución de la sobre actividad y de las interacciones sociales inadecuadas.

En esta línea Fernández y Deaño (2003) afirman que la implementación de estas técnicas pretenden favorecer la realización de actividades que contribuyan a aminorar los déficits de atención y dificultades de aprendizaje relevantes, así como modificar los comportamientos característicos de movilidad excesiva e impulsividad. La aplicación de sus procedimientos pretenden capacitar a los sujetos para controlar su propia conducta y disponer



de habilidades o estrategias, que le permitan un análisis de los problemas, indagar sobre posibles soluciones y optar por aquellas que resultan las más adecuadas para realizar la tarea.

#### *Técnicas cognitivos-conductuales*

Entre las técnicas más utilizadas se destacan las siguientes:

##### *Entrenamiento en solución de problemas*

Su finalidad, se basa en conseguir el autocontrol a través de la creación de un mecanismo de pensamiento secuencial que requiere la utilización de autoinstrucciones, basado en la ejecución de tareas académicas sencillas, sociales y en situaciones interpersonales (Kendall y et als, citado en Orjales y Polaino, 2001),

Su entrenamiento se desarrolla, como lo expone Casas (2000, citado en Urueta, 2003), en cuatro fases:

Fase 1: Reconocimiento del problema. En esta fase se enseña a los niños (as) a comprender las señales que les alertan que existe un problema.

Fase 2: Análisis del problema. Mediante la instrucción directa y el diálogo, los niños (as) deben tratar de explicar las causas, físicas o emocionales, que pueden estar implicadas en ese problema y estimar su grado de dificultad.

Fase 3: Formular soluciones alternativas y valorar sus consecuencias: La meta es que el niño (a) produzca tantas soluciones como sea posible, teniendo en cuenta tres reglas básicas a considerar: a) excluir cualquier crítica, es decir, aceptar todas las ideas o soluciones que se generen sin hacer comentarios críticos al respecto; b) exaltar las soluciones nuevas o creativas; y c) fomentar la cantidad de alternativas, ya que así se incrementará la probabilidad de encontrar soluciones potencialmente valiosas.

Fase 4: Pensamiento Medios Fines: Se entrena a los niños, a expresar sentimientos adecuadamente, a ser asertivos, a cooperar, a escuchar, a obedecer las demandas de adulto, a respetar y tomar turno en las conversaciones, a mantener la atención en la tarea y terminar los deberes escolares.

Este entrenamiento, como lo especifica Kazdin (2000), ayuda a que los niños piensen sobre el problema, tarea o situación particular, las conductas que necesitan efectuarse y los cursos alternativos de acción que estén disponibles, con el fin de seleccionar una solución especial. De esta manera se les enseña a que se confronten con situaciones interpersonales en las cuales la conducta tienda a ser problemática y a que identifiquen y lleven a cabo soluciones a sus problemas sociales de manera adecuada.

#### *Entrenamiento autoinstruccional*

Esta técnica fue desarrollada por Meichenbaun (1975, citado en Orjales & Polaino, 2001), la cual consiste en verbalizaciones que buscan controlar y regular la atención de los niños, en la resolución de problemas que se dan en diversos contextos.

Constituye como lo afirma Kendall (1993, citado en Calderón 2003), el elemento esencial en este tipo de programas, ya que suele incluirse dentro de las técnicas de reestructuración cognitiva, que pretende fomentar el uso del lenguaje o del habla en la autorregulación del comportamiento.

Su entrenamiento inicia, según Orjales y Polaino (2001) con la realización de tareas muy sencillas que el niño puede ejecutar con facilidad, de forma que se acostumbre a pensar en lo que dice. Progresivamente estas autoinstrucciones se van aplicando a situaciones personales, problemáticas y en las interacciones sociales, teniendo en cuenta cinco objetivos: a) definición del problema; b) estructurar la aproximación del problema; c) Focalizar la atención; d) Elección de la respuesta; y e) autorrefuerzo por las respuestas correctas o rectificación de errores.

Así mismo, Kazdin (2000) afirma que es una técnica que se utiliza principalmente para la modificación de la conducta, en donde se entrena a los individuos para que hagan sugerencias y comentarios específicos que guíen su propio comportamiento.

De ahí que este entrenamiento según Meichenbaum y Goodman (1971. Citados en Kazdin 2000), ha mostrado a partir de diversas investigaciones, la

disminución de la respuesta impulsiva y los errores en las tareas, mejorando así la ejecución de cierto número de tareas cognoscitivas.

Con base en lo anterior, Meichenbaum y et als (1981, citado en Calderón 2003) señala que tanto las autoinstrucciones como el entrenamiento en solución de problemas forman parte de programas multicomponentes con fines preventivos o terapéuticos que sólo consiguen su éxito a partir de la combinación de ambas técnicas con efectos beneficiosos en la disminución de síntomas del TDAH.

#### *Entrenamiento de inoculación de estrés*

Este está diseñado según Meichenbaum (1985, citado en Kazdín 2000) para ayudar a los individuos a manejar eventos estresantes como son situaciones en las que surgen ansiedad, ira o dolor, en donde se enseña una variedad de habilidades cognoscitivas y de autocontrol para reducir el impacto de estos eventos.

De la misma forma, ayuda a que los pacientes identifiquen situaciones estresantes y las cogniciones que surgen cuando se les confronta con estos ambientes, a que evalúen los eventos de manera distinta aplicando diversas estrategias de manejo, incluyendo relajación, y autoafirmaciones adaptativas y a que practiquen sus habilidades de enfrentamiento tanto en las sesiones de tratamiento como en la vida diaria (Kazdín 2000).

Este entrenamiento ayuda a que los niños reemplacen apreciaciones (interpretaciones) cognoscitivas desadaptadas de los eventos con evaluaciones y autoafirmaciones positivas.

#### *Modelado participativo*

El modelado, según Calderón (2003) es un proceso de aprendizaje observacional en el que el terapeuta actúa como estímulo para generar conductas, pensamientos o actitudes semejantes en los niños que observan su actuación. Esta técnica es utilizada tanto para adquirir conductas o habilidades como para inhibir o desinhibir conductas determinadas.

### *Utilización de contingencias*

El manejo de contingencias es un término general usado para describir una clase de procedimientos basados en los principios del condicionamiento operante que cambian la conducta del individuo controlando sus consecuencias (Compas y Gotlib, 2003).

Esta técnica, pretende según Caballo & Simón (2001), controlar los factores ambientales implicados en las alteraciones básicas del trastorno, sobreactividad o desinhibición conductual y favorecer, a su vez, el entrenamiento en procedimientos cognitivos conductuales que fomentarán la aparición de comportamientos y estrategias alternativas.

### *Costo de respuesta*

Implica básicamente la pérdida de un beneficio o privilegio como consecuencia de algún comportamiento inadecuado (Urueta, 2003).

Así mismo consiste como lo señala Calderón (2003) en retirar un reforzador positivo de manera contingente a la emisión de una conducta. Con ello se consigue una rápida y relativa reducción del comportamiento con efectos duraderos parecidos a los del castigo.

En este sentido Yap y Peters (1985, citado en Calderón 2003) afirman que este tipo de procedimiento es muy eficaz como retroalimentación negativa para los niños que presentan este tipo de trastornos.

### *Economía de fichas*

Esta técnica se utiliza par promover el comportamiento deseado por medio del control de los reforzamientos. Con base en lo anterior, Krasner, (1971, citado en Trull 2003) señala tres consideraciones importantes para la utilización de este procedimiento: a) debe haber una especificación clara y cuidadosa de los comportamientos deseables que se reforzarán; b) debe establecerse un reforzador definido con claridad (por ejemplo fichas de plástico, tarjetas o monedas); y c) se fijan reforzadores de respaldo. Estos pueden ser privilegios especiales u otras cosas deseadas por el paciente.

Su característica fundamental es la introducción de refuerzos artificiales intercambiables por otros refuerzos tangibles. La emisión de refuerzos está

controlada por el terapeuta y es contingente a la emisión por parte del niño, de aquellas conductas que se desee incrementar o mantener (Calderón, 2003).

De esta forma, este autor señala que el uso de fichas como refuerzo en un programa se basa en los siguientes aspectos: a) pueden administrarse inmediatamente después de que el niño realice un comportamiento que el terapeuta quiere reforzar, para posteriormente canjear los puntos obtenidos por reforzadores de apoyo; b) las fichas hacen que sea más fácil administrar refuerzos en grupo, de manera coherente y eficaz; c) el refuerzo está presente hasta que el niño lo sustituye por el refuerzo final; y d) permite cuantificar la entrega de refuerzos, la emisión de conductas adecuadas y la selección de los refuerzos finales por parte del niño.

Sus ventajas como lo muestra Kazdin (2000) son diversas, pues las fichas son reforzadores potentes, ya que a menudo pueden desarrollar conductas a un nivel más elevado que aquellas desarrolladas mediante reforzadores condicionados.

#### *Retroalimentación*

Es un reforzador condicionado que hace referencia al conocimiento de los resultados de la propia ejecución y no siempre incluye eventos adicionales que pudieran ser reforzantes por mérito propio (Kazdin, 2000).

#### *Reforzadores sociales*

Son reforzadores que se administran con gran facilidad en la vida diaria y en un gran número de situaciones; incluyen como lo señala Kazdin (2000) el elogio verbal, atención, el contacto físico (incluyendo los toques de afecto o aprobación, palmaditas y apretones de manos) y las expresiones faciales (que abarcan sonrisas, contacto visual y guiños).

Con relación a este aspecto, muchos estudios como los realizados por Abramowitz y et als (1995) en donde enfatiza la importancia de que el refuerzo sea contingente a la conducta que se desea implantar o desarrollar, es decir, que el refuerzo sea “ganado” por el sujeto. Aquí el niño debe darse cuenta que el reforzador es el resultado de su buen comportamiento.

### *Contrato de contingencias*

Consiste en establecer un acuerdo formal entre el terapeuta y el paciente, donde se definen las consecuencias de ciertos comportamientos (Trull, 2003).

Esta técnica requiere de cinco elementos primordiales, los cuales, según Stuart (1971 citados en Kazdin 2000) incluyen lo siguiente: a) detallan lo que cada una de las partes espera obtener; b) las conductas estipuladas del cliente se observan con facilidad; c) proporcionan sanciones por el fracaso en la consecución de términos; y d) proporcionan un medio de monitorear la tasa de reforzamiento positivo dada y recibida.

### *Reforzador positivo*

Hace referencia al incremento en la frecuencia de un comportamiento deseado, subsecuente a la presentación del reforzador (Kazdin 2000).

### *Técnica de la Tortuga*

Esta técnica fue diseñada por Scheneider (1974, citado en Orjales & Polaino, (2001), como un método eficaz para el autocontrol de la conducta impulsiva en el aula, revelándose muy útil en situaciones de descontrol para carga emocional. Se aplica con todo el grupo de clase y se introduce utilizando la historia de una tortuga en cuyo comportamiento se refleja la problemática de descontrol del niño con TDAH.

### *Pronóstico y evolución del TDAH*

El pronóstico, se convierte en uno de los elementos fundamentales en el estudio del TDAH, siendo este un factor definitivo en el curso evolutivo del trastorno, el cual se encuentra determinado en gran medida por el diagnóstico, tratamiento, apoyo de padres, profesores y pares en el proceso terapéutico.

Bajo esta perspectiva, Fernández (2004) señala en sus postulados, la presencia de otros factores que en relación con los anteriores inciden en el pronóstico, tales como: a) El nivel socioeconómico y el coeficiente intelectual están relacionados con un mejor desempeño académico y un menor índice de trastornos de conducta severos; b) El grado de agresividad está relacionado en forma directa con un pobre pronóstico en las áreas académica social, y con un mayor riesgo de adicciones y conductas delictivas; c) El grado de aceptación o

rechazo que haya experimentado el niño en la relación con sus padres incidirá sobre la presencia o no de problemas interpersonales en la edad adulta; y d) La presencia de problemas psiquiátricos en los padres, así como de hostilidad en las interacciones familiares aumenta el riesgo de trastornos emocionales y de conducta en estos niños.

De esta forma, al tener en cuenta estos factores es necesario resaltar las consecuencias que conlleva el trastorno en las del niño, bajo el argumento de que si no son tratadas a tiempo y de forma adecuada, los resultados se observarán en etapas posteriores como la adolescencia y la adultez.

#### *Consecuencias del TDAH en niños*

La Asociación Americana Psiquiátrica en su versión (DSMIV R) señala, que entre los efectos adversos que conlleva el TDAH se encuentra con frecuencia el rendimiento académico, el cual está caracterizado según García y Magaz (2000), por fracasos escolares que tienen como resultado aprendizajes incompletos o incorrectos de habilidades básicas para su desempeño educativo. Si a esto se le añade una capacidad intelectual baja, aumenta el riesgo de no aprender al ritmo de sus compañeros y de acumular retrasos curriculares progresivos que al no ser intervenidos, pueden llegar a constituir una auténtica frustración escolar.

En cuanto a la adaptación social, estos mismos autores enfatizan que el retraso en habilidades cognitivas, contribuye a que los niños tengan problemas para seguir instrucciones, para cumplir normas, para llevar a cabo sus propios planes, e incluso para actuar de acuerdo con los principios legales o morales, motivo por el cual, en muchas ocasiones se comportan de manera molesta para los demás, recibiendo un número elevado de recriminaciones que hacen que sean rechazados por las personas de su alrededor y no muy apreciados por sus profesores.

Del mismo modo, García y Magaz (2000), afirman que los niños con TDAH, muestran indicadores de ansiedad, estrés y rasgos depresivos, como consecuencia de la acumulación de frustraciones, exigencias por parte de

padres y docentes, tensiones familiares, y dificultades escolares, que conllevan a que desarrollen un autoconcepto negativo y una baja autoestima.

Complementando lo anterior, el DSMIV R muestra los efectos adversos de este trastorno en relación con los subtipos, en donde las consecuencias se manifiestan de acuerdo a su síntoma principal. Los déficits académicos y los problemas relacionados con la escolaridad llegan a ser más pronunciados en los tipos en los que predomina la falta de atención (tipos con predominio de déficit de atención y combinado), mientras que el rechazo de los compañeros y en menor medida las lesiones accidentales, son más frecuentes en los tipos caracterizados por la hiperactividad e impulsividad (tipo con predominio hiperactivo impulsivo y combinado). Los individuos que presentan el predominio con déficit de atención tienden a ser socialmente pasivos y parecen ser más bien desestimados que rechazados por sus compañeros.

#### *Consecuencias del TDAH en adolescentes*

La adolescencia es una etapa de la vida que está expuesta a una infinidad de cambios, cambios que tienden a ser más evidentes y adversos si a ello se asocian síntomas propios del TDAH, los cuales según Martínez y Meneghello (2000), tienden a mantenerse desde la infancia en un 70% de los casos.

Estos mismos autores, en sus postulados presentan las principales consecuencias en este periodo de la vida, enfatizando que los adolescentes que padecen este trastorno, se ven frecuentemente involucrados en actos compulsivos muy peligrosos y de inadecuación social; por ejemplo, comportándose como patanes en el aula, retando a la autoridad, pueden huir de casa por largos períodos o involucrarse en actividades al margen de lo establecido socialmente, como consumo de drogas, abuso de alcohol y promiscuidad, representando un gran problema psicosocial que obtiene como resultado la aparición de cuadros tipo depresivo y deserción escolar.

#### *Consecuencias del TDAH en adultos*

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad en la edad adulta, se manifiesta de acuerdo con Martínez y Meneghello (2000), con cambios súbitos de inestabilidad en el trabajo, en las relaciones amorosas y en las relaciones



sociales, presentando fracasos en el campo laboral, social y familiar que influyen en una pérdida de la autoestima y la aparición de comorbilidad en la que se destacan los cuadros de tipo depresivo, los de ansiedad, el abuso de consumo de drogas y de alcohol.

*Perspectiva actual*

El déficit de atención con hiperactividad es un trastorno que afecta de un 3 a un 6 % de los niños en edad escolar, lo que supone estadísticamente que un aula ordinaria se encuentre con facilidad de uno a tres niños con TDAH. (Orjales, 2000).

Esta problemática, evidencia la importancia que requiere el diseño de programas que estén enfocados a su tratamiento, razón por la cual, para efectos de esta tesis, se indagó sobre antecedentes de estudios que hayan abordado este trastorno, dentro de los cuales se encontraron las siguientes investigaciones orientadas a la intervención del TDAH desde la perspectiva psicológica.

Con base en lo anterior, se toma como primer aporte la investigación realizada por Moreno (2001), quien expone en su estudio un modelo de intervención basado en el enfoque cognitivo conductual para tratar la hiperactividad en el ámbito escolar.

La intervención se dirige a los niveles tradicionalmente implicados en este trastorno; niños, profesores y padres y resulta de la integración de procedimientos conductuales-cognitivos aplicados al niño afectado, programas de entrenamiento para los adultos responsables de éste en el medio natural y planificación de estrategias adecuadas de programación del aprendizaje escolar, así como el diseño de iniciativas para fomentar la generalización y mantenimiento de los logros conductuales y académicos.

La actuación terapéutica se lleva a cabo a través de un programa de naturaleza multimodal estructurado en seis fases sucesivas que se especifican a continuación:

Fase 1: Entrenamiento conductual del profesor: Tiene como objetivo informar sobre pautas de actuación correctas con los niños, explicar los

principios de aprendizaje en los que se basan los comportamientos alterados y precisar el efecto que sus propias conductas pueden generar en los alumnos. Así mismo se entrena al profesor en técnicas de registro y en procedimientos para fomentar conductas adaptadas y extinguir comportamientos anómalos.

Las técnicas empleadas incluyen la información verbal, el ensayo conductual, el modelamiento y la asignación de tareas.

Fase 2: Promover implicación y motivación del niño hacia el programa terapéutico: Tiene como objetivos informar del contenido de la intervención precisando los logros que se pretenden obtener a corto plazo. Se trata de incrementar la motivación e implicación del niño en el tratamiento defendiendo, entre otras cuestiones, que las dificultades de aprendizaje no se deben a incompetencia personal sino al desconocimiento de habilidades y estrategias adecuadas que los individuos pueden aprender. Aquí se hace hincapié en las ventajas que se derivan del control de la conducta y de la inhibición de los comportamientos alterados, al mismo tiempo que se enfatiza en su repercusión favorable en las relaciones familiares y sociales.

Las técnicas empleadas son la información verbal, el modelamiento, los contratos de contingencias y el reforzamiento.

Fase 3: Control ambiental y planificación de tareas: Su objetivo consiste en modificar los estímulos del medio relacionados con los problemas de comportamiento identificados, así como a programar las tareas académicas adecuadas y desarrollar lo que Bornas y Severa (1996, citados en Moreno 2001) determinan, instrucción estratégica, lo que busca estimular en el niño estrategias generales para hacer frente a diversos problemas y en variadas situaciones, junto con estrategias relacionadas directamente con las tareas y actividades académicas que ha de solucionar eficazmente en el ámbito escolar.

Las técnicas implementadas fueron control de los estímulos, entrenamiento en discriminación, modelamiento, instigación verbal, ensayo conductual, reforzamiento, y asignación de tareas.

Fase 4: Aplicación de los procedimientos de manejo de contingencias seleccionados: Su objetivo es aplicar procedimientos conductuales que

permitan alterar las condiciones ambientales que influyen y mantienen las conductas problemáticas del niño en el colegio y disponer el ambiente para estimular, en su lugar, comportamientos adaptados. La intervención consiste de manera general en reducir la conducta de hiperactividad que interfiere con el aprendizaje y aumentar el rendimiento académico a través de recompensas otorgadas tras la ejecución académica correcta.

Las técnicas empleadas fueron la economía de fichas, costo de respuesta y reforzamiento diferencial.

Fase 5: Entrenamiento cognitivo: Su finalidad consiste en lograr que el niño aprenda una estrategia general de pensamiento y actuación basada en el uso del lenguaje para regular el comportamiento y desarrollada con base en un enfoque de solución de problemas.

Las técnicas empleadas son: modelamiento, reforzamiento, instigación verbal, terapia de solución de problemas, entrenamiento autoinstruccional.

Fase 6: Mantenimiento y generalización. Entrenamiento a padres: Su objetivo se basa en asegurar y consolidar los beneficios terapéuticos del niño más allá del contexto en el que se ha desarrollado el tratamiento. Aquí se busca formar y entrenar a los padres en principios de aprendizaje para que éstos aprendan habilidades y pautas de conductas encaminadas a alterar y regular eficazmente los comportamientos anómalos de los niños en el medio natural.

Las técnicas empleadas son instrucción verbal, ensayo conductual, modelamiento simbólico, reforzamiento y asignación de tareas.

En esta misma línea Calderón (2003), realizó su tesis doctoral que tiene como título "Programa de tratamiento cognitivo conductual para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad".

Sus objetivos se plantearon a partir de dos enfoques, uno teórico y uno práctico. Desde lo teórico este autor estableció los siguientes objetivos: a) profundizar en el estudio del TDAH; y b) estudiar las técnicas de intervención más eficaces en el tratamiento de dicho trastorno. En segunda lugar, desde el punto de vista práctico se plantearon los siguientes objetivos: a) diseñar un programa de tratamiento que incluya las técnicas que han mostrado mayor

eficacia terapéutica en la intervención del TDAH; b) aplicar el programa a una muestra de escolares; y finalmente c) identificar los efectos del programa llevado a cabo.

La hipótesis se centró en torno a la eficacia de la intervención evaluada a través de las diferencias percibidas por los padres, por los profesores y en las pruebas aplicadas al niño.

La muestra estuvo compuesta por 30 sujetos (21 niños y 9 niñas) con edades entre 8 y 12 años, que presentaron el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. El 40% de la muestra pertenecía a centros escolares de la provincia de Tarragona y el 60% restante provino de la provincia de Barcelona, España.

Con base en el programa, éste fue desarrollado a partir de la propuesta de varios tratamientos cognitivos conductuales, de origen americano especializado en esta problemática, tales como Kendall y Braswell (1985) y Braswell y Bloomquist (1991).

Esta intervención se realizó a partir de doce sesiones en un período de doce semanas con una duración de 45 y 60 minutos en grupo de tres niños/as con edades entre 8 y 12 años, con la función de: a) mejorar el autocontrol a través del habla interna dirigida y la autorregulación del comportamiento; b) mejorar la capacidad de los niños con TDAH para solucionar problemas, a partir del acercamiento reflexivo a los problemas, la demora de respuesta, el análisis de solución, la toma pertinente de decisiones y la previsión y la anticipación de las consecuencias; c) incrementar la atención mediante la creación de actividades que sean atractivas para los niños, tanto por su contenido como por la presentación; y d) Mejorar sus autoinstrucciones, manteniendo su esfuerzo hacia sus objetivos.

Entre los resultados que se evidenciaron a partir de la implementación del programa se identificaron cambios significativos en los síntomas centrales del TDAH, ya que se observó mejoría en la atención, en la hiperactividad y en la inhibición de la conducta (impulsividad).

Del mismo modo, se identificó disminución en las conductas internalizantes (conductas de aislamiento, ansiedad, depresión, timidez y retraimiento) así como en las conductas externalizantes (comportamientos delictivos, oposicionistas, y agresivos), manteniéndose estas mejoras durante el seguimiento del tratamiento.

Como conclusión este autor sugiere que las técnicas cognitivo conductuales son un tratamiento beneficioso para los niños con TDAH; sin embargo, dada la heterogeneidad de los síntomas que presentan estos pacientes y las repercusiones que el trastorno ocasiona en el entorno social, familiar y personal, es necesario e imprescindible trabajar desde una perspectiva multimodal.

Así mismo Ospina (2003), diseñó una investigación la cual se tituló “Implementación de un programa de economía de fichas basado en la recreación para el manejo del trastorno deficiente de atención con hiperactividad, en niños y niñas con discapacidad intelectual de la Fundación CINDES de la ciudad de Pereira, Colombia”.

Sus objetivos se centraron en facilitar períodos de atención en los niños y niñas, en las actividades comprendidas en su proceso de habilitación y rehabilitación, así como estructurar hábitos comportamentales (aprendizaje de una conducta por su repetición), que faciliten su adecuada integración en el medio social y familiar.

La muestra fue de 8 niños pertenecientes a la Fundación CINDES diagnosticados con el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, a los cuales se les hizo como primera medida entrega gratuita de fichas independientemente de la conducta con el fin de establecer su valor como objeto de intercambio.

Posteriormente, se estableció con cada niño y niña, los reforzadores por los cuales se cambiarían las fichas, en donde al principio, éstos tuvieron un valor muy bajo (fácil de conseguirlos), cuyo fin era ir incrementándolos para buscar la emisión de mayor cantidad de respuestas deseadas.

Una vez las fichas obtuvieron valor como refuerzo directo, se inició la aplicación del programa propiamente dicho, es decir sólo se entregaron contingentemente a las conductas que se iban a establecer o incrementar.

El programa de economía de fichas dio más importancia al entrenamiento positivo (aumentar tasas de conductas deseadas) que al control de conductas desadaptativas (costó de respuesta por comportamientos no deseados).

Este estudio utilizó como forma de medición la observación directa y los registros conductuales y mostró en sus resultados la modificación de algunos de sus comportamientos asociados al TDAH, incrementando con esto, períodos de atención así como la inquietud motora, que manifestaban los niños; efectos que evidenciaron cambios significativos en la conducta, a través de medios proactivos no restrictivos (Ospina 2003).

Del mismo modo, se obtuvieron logros a nivel comportamental y en el manejo de la atención (posibilidad de dirigir y seleccionar la actividad mental) tanto en las tareas que requieren constantemente movimiento como en la realización de trabajos de mesa donde se ameritan mayor concentración.

Como conclusión este autor señaló que a pesar de ser la economía de fichas una técnica creada con un fin controlador que establece clara restricciones sobre el ambiente, es necesario utilizarla combinada con actividades recreativas para obtener mejores resultados en el establecimiento de comportamientos adecuados.

Por otro lado, Fernández (2003) ejecutó una investigación que tuvo como objetivo determinar la eficacia de un programa de intervención cognitiva (PIC-PASS), en seis niños con déficit de atención con hiperactividad de edades cronológicas comprendidas entre los 8 y 9 años.

Este programa (PIC-PASS) se compone de 123 tareas globales, libre de influjo cultural y a través del cual se trabajan los procesos cognitivos PASS (planificación, atención, procesamiento simultaneo y procesamiento sucesivo), en donde varía el grado de dificultad, dependiendo del nivel y de la edad de los sujetos a los cuales va dirigido.

Para efectos de esta investigación se realizaron 10 sesiones de 30 minutos aproximadamente cada una, en donde se escogieron las tareas de atención y planificación relativas a edades entre 6.5 y 11 años con un total de 43 fichas de las que 11 corresponden a planificación y 32 a atención.

Los instrumentos seleccionados fueron la escala EDAH de Farre y Narbona (1999), el cual permite medir los síntomas principales del TDAH (hiperactividad, impulsividad y déficit de atención), así como el sistema de Evaluación Cognitiva (CAS) de Naglieri y Das (1997, citado en Fernández 2003), el cual proporciona un índice global de funcionamiento cognitivo del individuo y medidas específicas de los procesos de planificación, atención, procesamiento simultáneo y procesamiento sucesivo.

En sus conclusiones, Fernández (2005) señala que el proceso de intervención produjo mejoras significativas en los procesos cognitivos posibilitando un acercamiento a nuevas maneras de resolver las tareas, que permiten una posterior interiorización de las mismas por parte de los sujetos y consecuente una mejora de los resultados en tareas cognitivas.

Por otra parte, Tirado y et als (2004), realizó una investigación, la cual se basó en determinar el impacto de una intervención cognitivo conductual en alumnos diagnosticados con TDAH, pertenecientes a ocho centros de enseñanza, tres públicos y cinco concentrados de educación primaria de la Provincia de Granada, España.

La muestra fue de 23 alumnos en los niveles de segundo, tercero y cuarto, compuesto por 20 varones (86.96%) y 3 mujeres (13.04%) cuyas edades oscilaban entre los siete y tres meses y los nueve años y cinco meses.

Para llevar a cabo este estudio se utilizaron como instrumentos el Test de Emparejamiento de Figuras Familiares de Cairns y Cammock (1978), Test de la Figura compleja de Rey (1994), Subprueba Aritmética y subprueba de claves de Inteligencia de Weschler (1993) y por último, Connors Rating Scale Revised (CPRS para padres y CTRS para profesores), en donde se evaluó el control inhibitorio, el control perceptivo motor y la memoria y la atención, consideradas

como las manifestaciones más comunes del TDAH, en el contexto familiar y escolar.

Esta investigación tuvo lugar en cuatro fases: a) Análisis de las necesidades y propuesta de intervención; b) Obtención de línea base (medidas pretest); c) Puesta en práctica de la intervención y evaluación del proceso; d) Evaluación del impacto (medidas postest); y e) Comunicación de los resultados.

La intervención se basó en la formación de padres y docentes así como en un posterior entrenamiento específico sobre el alumnado, el cual constó de 30 sesiones de unos 45 minutos de duración extendidas a lo largo de cuatro meses, con las que se trabajó las siguientes técnicas: Técnicas autoinstruccionales, autocontrol, autoevaluación reforzada, resolución de problemas, habilidades sociales, habilidades para hacer preguntas, estrategias cognitivas de escudriñamiento y análisis de detalles, autoinstrucciones, modelamiento, y reforzadores.

Como resultados relevantes se observaron mejoras significativas en las conductas problema que presentaban los alumnos, tanto en el contexto familiar como escolar, ya que se encontraron ganancias en las pruebas utilizadas para evaluar el control inhibitorio, en las pruebas de atención sostenida y atención dividida, latencia a la hora de dar la primera respuesta y disminución del número de errores que los estudiantes cometían cuando se les pedía que encontrar el dibujo igual al modelo que se les presentaba.

A partir de estos resultados, los autores confirmaron su hipótesis que definía que mediante la intervención cognitivo conductual basada en la formación de padres y docentes, así como en un posterior entrenamiento específico y directo sobre el alumnado, se producirían mejoras notables en los comportamientos de los niños.

Finalmente, como conclusión Tirado y et als (2004) señalan que no sólo se necesita mejorar el alcance y la cobertura de las leyes dirigidas a atender a alumnos con necesidades educativas, sino también aspectos como la formación inicial del profesorado o la incorporación de más medidas



evaluadoras tanto formativas como sumativas que deben aplicarse si se quiere mejorar la calidad de las respuestas educativas de estos niños.

Por otra parte, Cornejo y et als (2005), realizó una investigación que tuvo como objetivo primordial evaluar la prevalencia del TDAH en niños escolares de un municipio del área de Medellín, con el fin de determinar su distribución por subtipo, tipo de institución, grupo de edad y estrato socioeconómico.

Este estudio fue descriptivo de corte transversal a partir de una muestra de 460 estudiantes pertenecientes a todos los colegios oficiales y privados de este municipio, con edades que oscilaban entre 4 y 17 años de edad. La medición se realizó en dos etapas: inicialmente mediante la aplicación de un formulario a partir de los criterios del DSMIV, y posteriormente mediante una entrevista estructurada, prueba de Conners y test de inteligencia.

Los resultados de esta investigación demostraron que la prevalencia del TDAH en la población escolar fue de un 15.8% del total de estudiantes, presentándose en los colegios públicos, un 16.2% y en los privados, un 15.3%. En cuanto a la edad se observó que los niños de 7 a 11 años mostraron un 16.9% en comparación con los de 12 y 17 años con un 14.2%.

Al referirse al género se encontró que los hombres mostraron un porcentaje del 20% en relación con las mujeres que obtuvieron un 10.1%, en donde el estrato socioeconómico bajo fue del 14.7%, en el medio de 17.4% y en el alto, el 10.7%. El subtipo más frecuente fue el combinado con un 9.6%.

Estos datos evidencian que la prevalencia del TDAH en esta población escolar es alta, siendo el subtipo combinado el más frecuente, con un predominio el sexo masculino con repercusiones en el desempeño académico y bajas proporciones de intervención farmacológica para el trastorno, motivo por el cual, recomiendan el desarrollo de programas que estén enfocados a la detección e intervención de esta problemática.

Desde otra perspectiva, Acero y Vásquez (2007), realizaron un artículo que describe el análisis de los pacientes atendidos en el servicio de Psiquiatría Infantil y del Adolescente del Hospital de la Misericordia en la ciudad de Bogotá, durante el 2005.

La población estudiada estuvo constituida por los pacientes que acuden a la consulta externa de Psiquiatría Infantil y del Adolescente, desde enero hasta diciembre de ese año.

De acuerdo con sus resultados se tiene como principal diagnóstico el TDAH, ya que de las 1373 consultas correspondientes a 559 personas, 203 presentaron Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, lo que corresponde a un 36% con un total de 394 consultas, es decir, un promedio de 2 consultas por cada una.

Los pacientes con este trastorno estuvieron en un rango de edad entre los 3 y 19 años, correspondientes al 63.31% de todos los atendidos. La mayoría de los pacientes eran hombres, con una edad promedio de 10 años, siendo más frecuente los 7 años. El 94% de ellos presentaron alguna comorbilidad, en promedio con 3 diagnósticos. El diagnóstico comórbido más frecuente que se encontró fue el trastorno oposicional desafiante (TOD). Los trastornos depresivos y el coeficiente intelectual (CI) normal bajo también se encontraron frecuentemente. De los 110 pacientes que asistieron en más de una ocasión a consulta, 96 recibieron metilfedinato.

Acero y Vásquez (2007), comparan estos resultados con los datos obtenidos por Muñoz y Franco (1998) en un estudio realizado en consulta externa de Colsanitas, el cual demuestra la presencia del diagnóstico del TDAH con un porcentaje del 28.69%.

Como conclusión estos autores afirman que durante los últimos seis años, siguiendo por orden de presentación, es el TDAH, el diagnóstico que más prevalece, seguido por los trastornos de ansiedad, retardo mental, depresión y finalmente, trastornos adaptativos.

Por último, es relevante señalar los datos que se obtuvieron en el Observatorio de Salud Pública de Santander del Centro de Epidemiología de la Clínica Carlos Árdila Lülle, lugar donde se reportan todos los casos encontrados de TDAH a nivel de todo el departamento, durante el año del 2006 (Anexo1).

Los resultados son alarmantes ya que se encontraron 197 casos reportados en los distintos municipios del área metropolitana, y siendo más específicos en Bucaramanga se observaron 100 casos (51%), en Barbosa 2 casos (1%), en Barrancabermeja 23 casos (12%), en Charalá 1 caso (0.5%), en el Peñón 2 casos (1%), en el Playón 3 casos (1.5%), en Floridablanca 26 casos (13%), en Girón 5 casos (2.5%), en Lebrija 1 caso (0.5%), en Ocamonte 1 caso (0.5%), en Piedecuesta 11 casos (6%) , en Puerto Wilches 2 casos (1%), en Sabana de Torres 3 casos (1.5%), en San Gil 13 casos (6.5%), en San Vicente de Chucurí 2 casos (1%), en el Valle San José 1 caso (0.5%) y finalmente, en Vélez con 1 caso (0.5%), del total de los pacientes atendidos bajo este diagnóstico.

En cuanto al grupo de edad se evidenció que de los 1 a los 4 años existen 32 casos (16%); de los 5 a 14 años 148 casos (75%); de 15 a 44 años, 7 casos (3.5%); de 45 a 64 años, 9 casos (5%); y de 45 y más años, 1 caso (0.5%).

Por otro lado, al hacer énfasis en el género se encontraron en la población masculina 158 casos, lo que corresponde al 80% y en la población femenina, 39 casos con un porcentaje del 20%, sin tener en cuenta los que no se reportan y están presentes en las instituciones educativas.

Por las razones plenamente expresadas este estudio cobra gran relevancia, ya que no sólo se diagnostican los casos encontrados de TDAH, sino que también se ofrece a estos pacientes una intervención que permite abordar esta problemática desde la perspectiva psicológica, sirviendo de referencia para posteriores investigaciones.

## **METODO**

### **TIPO DE INVESTIGACION**

Esta es una investigación pre-experimental con un diseño pre-prueba, post-prueba con un solo grupo de tipo descriptiva, ya que se aplicará el instrumento antes y después de la implementación del programa cognitivo-conductual, con el fin de evaluar su impacto en la intervención del trastorno por déficit de

atención con Hiperactividad (Hernández, 2006) En cuanto al enfoque, es de tipo mixto ya que se analizaron datos cuantitativos obtenidos a partir de la aplicación del EDAH, con el objetivo de medir, cuantificar y analizar estadísticamente las variables presentes en el estudio; así mismo se analizaron datos cualitativos, teniendo en cuenta la historia clínica y criterios del DSM IV-R, con el fin de determinar los principales aspectos en el comportamiento de los niños (as).

Del mismo modo, es de tipo descriptivo, ya que busca especificar las características relevantes de personas, grupos o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis de los diferentes componentes o dimensiones del fenómeno a investigar (Hernández, 2006).

### **PARTICIPANTES**

*Población.* Niños con edades entre 6 y 12 años de algunas instituciones educativas del municipio de Girón, los cuales han sido diagnosticados por un psiquiatra con el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado.

*Muestra.* La muestra elegida para el desarrollo de esta investigación son 10 niños (9 niños y 1 niña), con un rango de edad entre los 6 y los 12 años, de los cuales 4 niños pertenecen al Colegio Juan Cristóbal Martínez y 6 al Colegio Niño Jesús de Praga.

No obstante, cabe señalar que el número de estudiantes fue elegido a partir de los aportes de Sampieri (2006), quien señala que la muestra de los estudios que tiene un componente cualitativo, estudian situaciones particulares profundizando la información, sin tener en cuenta el número de personas con las que se realiza la investigación.

*Criterio de Inclusión.* La selección de la muestra se hizo bajo la consideración de los padres de estos menores teniendo en cuenta dos criterios establecidos en esta investigación: a) que estén previamente diagnosticados por un Psiquiatra con el trastorno por déficit de atención con hiperactividad tipo combinado, ya que el programa que se evaluará está diseñado para intervenir

niños que presenten este trastorno y b) que durante la aplicación del programa los niños(as) no estén consumiendo ningún tipo de fármaco que este compuesto por metilfenidato( ritalina, concerta, aderall, entre otros).

## INSTRUMENTOS

Los instrumentos elegidos para el desarrollo de esta investigación fueron:

*Formato de Consentimiento Informado (Anexo 2):* Es un documento que busca describir las metas del estudio, los procedimientos que fueron empleados, los riesgos potenciales, los posibles beneficios y los derechos como participantes en la investigación, el cual fue aprobado y firmado previamente antes de iniciar el programa por alguno de los padres de cada niño. En cuanto a los sujetos menores de 18 años como es el caso en este estudio, se requiere del consentimiento de un padre o tutor, pues se considera que estos son incapaces de entender la naturaleza del proyecto.

*Historia Clínica (Anexo 3):* La Historia Clínica es un instrumento que permite indagar las dimensiones del paciente a partir de la exploración de los siguientes componentes: a) identificación personal (datos demográficos); b) Motivo de consulta (se describe la situación actual); c) Identificación de desencadenantes del motivo de consulta; d) Antecedentes personales, en el cual se analiza sobre el estado somático del niño, hábitos de salud, historia prenatal, características del desarrollo psicomotor, intelectual y socio afectivo; e) Antecedentes familiares como la composición familiar, los antecedentes psíquicos; f) Perfil multimodal, el cual consiste en describir el estado actual del paciente a partir de la evaluación de las cuatro áreas: cognitiva, afectiva, interpersonal y conductual; g) El diagnóstico según el DSMIV; y h) seguimiento terapéutico.

*Tabla de evaluación según criterios del DSMIV-R para diagnosticar niños con Déficit de atención con Hiperactividad TDAH (Anexo 4):* Especifica los principales síntomas del TDAH (atención, hiperactividad e impulsividad) en donde la presencia de seis o más síntomas en cada categoría concluyen la

presencia del trastorno. En este punto cabe señalar, que este instrumento fue implementado para confirmar el diagnóstico realizado por el Psiquiatra, permitiendo una valoración desde la disciplina psicológica.

*Instrumento Validado Escala Para la Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad ( EDAH) de Farre y Narbona (1999) (Anexo 5):*

Permite medir los principales síntomas del TDAH: Hiperactividad, impulsividad y déficit de atención; estableciendo si el predominio es atencional o de tipo combinado, así como los límites con los trastornos de la conducta.

Este instrumento está dirigido principalmente a docentes de alumnos entre 6 y 12 años que presenten TDAH. Se caracteriza por ser de gran sencillez, tanto por el material utilizado como por la facilidad de puntuación y corrección, suponiendo una duración entre cinco y diez minutos. Consta de 20 ítems, distribuidos de la siguiente forma: 5 ítems de Hiperactividad-impulsividad, 5 ítems de Atención y 10 de trastornos de conducta.

Las respuestas son valoradas en una escala de 0 a 3 puntos, según la frecuencia con que se presentan las conductas, hallando la suma de cada sub-escala en donde se obtienen las puntuaciones directas de cada una de ellas, lo que permite comprobar si superan o no el punto de corte y obtener el correspondiente centil.

En relación a la fiabilidad de la prueba, hay que resaltar que su mayor índice corresponde a la escala Global siendo de 0.92, siguiéndole la sub-escala Trastornos de Conducta con 0.899; la sub-escala Déficit de atención presenta una fiabilidad de 0.899, casi la misma que la sub-escala anterior, considerando que esta tiene la mitad de ítems y obteniendo el menor coeficiente la sub-escala Hiperactividad/Impulsividad con 0.84.

En cuanto su validez, se hallaron las correcciones entre la prueba y los criterios DSM-III, observando prácticamente la misma correlación entre la escala Global del EDAH y el DSM-III. La escala EDAH fue utilizada para seleccionar a los sujetos de la muestra estimando la presencia del Trastorno de Déficit de Atención con o sin Hiperactividad y asociado a este el Trastorno de Conducta.

Así mismo, esta escala cuenta con una Tabla de Baremos (Anexo 6), la cual permite calificar los resultados obtenidos mediante la aplicación de esta prueba. Sus puntuaciones se expresan en Centiles, lo que permite establecer un punto de corte que indica la presencia o ausencia del trastorno para cada una de sus clasificaciones (Hiperactividad e impulsividad, Déficit de atención, Hiperactividad mas Déficit de atención, Trastornos de conducta, y la escala global). Esta calificación se realiza a partir de los siguientes datos:

10 puntos de corte para la subescala Hiperactividad que corresponde a un centil de 95.

10 para la subescala Déficit de Atención que corresponde a un centil de 93

18 para la subescala Hiperactividad-Déficit de Atención que corresponde a un centil de 95.

11 para la subescala del Trastorno de Conducta que corresponde a un centil de 91.

30 para la puntuación global del cuestionario que corresponde a un centil de 95.

*Formato de seguimiento de cada sesión (Anexo 7):* Instrumento creado por las investigadoras a partir de los criterios propuestos por el DSMIV-R para el diagnóstico del TDAH; el cual fue diseñado para establecer a partir de la presencia o ausencia de los síntomas, la evolución del trastorno presente en cada niño

*Formato de Auto-evaluación de cada sesión (Anexo 8):* Formato realizado por Orjales (2001) bajo la Tutoría de Polaino, basado en la técnica cognitivo-conductual en la que el niño evalúa su proceso durante cada sesión, que se realiza por medio de una escala de 1 a 5 puntos distribuido de la siguiente manera:

1= Nada bien

2=Pasable

3=Bien

4=Muy bien

5=Super- especial.

*Programa de Intervención Cognitivo-Conductual para Niños con Déficit de Atención con Hiperactividad, Isabel Orjales (2000).* Este programa de Intervención Cognitivo- Conductual fue diseñado por Isabel Orjales para su tesis doctoral, el cual fue inspirado con base en el programa de Kendall, Padawer y Zupán (1980), en donde se implementan técnicas como el entrenamiento en tareas de solución de problemas, entrenamiento autoinstruccional, modelamiento, autoevaluación y utilización de contingencias.

Este manual fue creado como una ayuda práctica para los terapeutas que trabajan con niños con déficit de atención con hiperactividad para edades comprendidas entre 6 y 12 años.

Así mismo, está constituido por 30 sesiones (27 individuales y 3 grupales) con una duración de 45 a 60 minutos, durante el transcurso de 6 semanas, tiempo que debe adaptarse a las necesidades del niño; sin embargo, cabe señalar que según Orjales (2000) el número de sesiones semanales son 5 en el método actual, permitiéndose el trabajo de 2 a 3 niños como máximo en las tareas de entrenamiento de habilidades sociales.

## **PROCEDIMIENTO**

La investigación se realizó a partir de las siguientes fases:

*Fase I.* Como primera medida, se realizaron las visitas a las diferentes instituciones educativas del Municipio de Girón, con el fin de presentar la propuesta de investigación, y a su vez, poder identificar, un número considerado de estudiantes que presentaran el diagnóstico del TDAH y cumplieran con los criterios establecidos para la selección de la muestra

*Fase II.* Seguidamente se escogieron dos instituciones educativas (Colegio Niño Jesús de Praga y Colegio Juan Cristóbal Martínez) que aceptaron y se vieron interesadas en el desarrollo del programa y adicionalmente, cumplían con los parámetros establecidos por el mismo.



*Fase III.* Consecutivamente, se realizó un sondeo con los coordinadores y profesores de los Colegios, con el objetivo de identificar los casos de niños con TDAH que cumplieran con los criterios de inclusión propuestos por esta investigación. Al realizar esta fase se encontraron en total 10 niños, los cuales fueron propuestos como participantes del estudio.

*Fase IV:* Se realizó una reunión con los padres de estos niños, con el objetivo de obtener su consentimiento informado que autoriza la participación de sus hijos en el desarrollo de la investigación, por medio de una firma. (*Anexo 2*). En este punto se informó sobre aspectos relevantes del TDAH, las características de la implementación del programa cognitivo conductual, se coordinó el horario de intervención y se fijó un compromiso que pudiera reforzar el trabajo en el hogar y cooperar con todas las actividades que requería el programa.

*Fase V:* Se realizó la historia clínica (*Anexo 3*) con los padres de familia, la cual permitió obtener información relevante de los siguientes aspectos: datos demográficos, situación actual del niño(a), antecedentes familiares y personales, composición familiar, entre otros; además se complementó con el perfil multimodal. En esta etapa, se aplicó la Tabla de evaluación según criterios del DSMIV-R, con el fin de confirmar el diagnóstico del TDAH dado por el Psiquiatra.

*Fase VI:* Se aplicó el instrumento EDAH pre test a los docentes y padres de familia (*Anexo 5*) con el fin de tener un punto de referencia inicial sobre el estado actual del trastorno, especificando las conductas que estaban presentando los niños en los contextos (casa y escuela) antes del programa.

*Fase VII:* Se creó una carpeta para cada niño en la cual se anexó: diagnósticos psiquiátricos que confirmaban la presencia del TDAH en el niño(a) historia clínica, prueba EDAH, diagnóstico psiquiátrico, fichas realizadas en las sesiones con sus respectivas auto evaluaciones según el manual.

*Fase VIII:* Se implementó el Programa de Intervención Cognitivo Conductual, el cual se resume en las siguientes sesiones:

Sesión 1: Contacto con el niño: Auto-evaluación general de comportamientos positivos y negativos. Búsqueda de soluciones y planteamiento general del tratamiento.

Sesión 2: Jugar al Memory: Auto-observación del proceso de solución de problemas del propio niño. Recordar las instrucciones del día anterior. Colorear cartel de recuerdo.

Sesión 3: Aplicar las Auto-instrucciones con ayuda del cartel. Tomar conciencia de los pasos realizados.

Sesión 4: Traducir las Autoinstrucciones a las propias palabras. Aplicación de una tarea de copia en cuadrícula. Proponer cambio de sitio en el aula. Auto-evaluación de la sesión.

Sesión 5: En el aula. Planteamiento del “protagonista de la semana” y del “auto-refuerzo colectivo”. Comprobar si se ha efectuado el cambio de sitio en el aula. Auto-evaluación de la sesión.

Sesión 6: En el aula Primer protagonista de la semana, un niño muy aceptado que no tenga TDAH. Auto-instrucciones en tarea de identificación de figuras iguales. Se le explica el sistema de refuerzos. Criterio: 1 punto si no olvida ningún paso. 1 punto si va despacio y 1 punto si el resultado es correcto. Auto-evaluación.

Sesión 7: Auto-instrucciones susurradas en dos tareas: seguir itinerarios y localizar una silaba en un texto. Auto-evaluación de la sesión.

Sesión 8: Auto-instrucciones en ficha de identificación de figuras iguales, identificación de figuras iguales siguiendo un código. Nuevo criterio: 1 punto si trabaja despacio, aplicar autoinstrucciones correctamente y el resultado es correcto. 2 puntos extra si recuerda dos situaciones en las que podía haber aplicado las Autoinstrucciones. Entrenamiento atribucional y auto-evaluación.

Sesión 9: Autoinstrucciones en ficha de búsqueda de diferencias y en ficha de seguimiento de instrucciones con derecha e izquierda. Aplicación de Autoinstrucciones al Memory. Criterio: 1 punto por pareja conseguida si respeta los criterios señalados en la sesión 8, 1 punto por cada dos situaciones

en las que pueda haber aplicado las Autoinstrucciones. Entrenamiento atribucional y auto-evaluación.

Sesión 10: Recoger el cartel de “protagonista de la semana”. Cartel de Autoinstrucciones en el aula. Aplicar a una tarea de discriminación figura-fondo y de laberintos. Situaciones en las que podría haber aplicado las Autoinstrucciones. Entrenamiento atribucional y auto- evaluación.

Sesión 11: Qué son las estrategias. Descubrirlo mediante una tarea de organización de puntos. En el aula: “protagonista de la semana” por un niño rechazado por el grupo. Relajación: qué es, para qué sirve, experiencia de contracción y relajación muscular. Entrenamiento atribucional y auto-evaluación.

Sesión 12: Aplicar Autoinstrucciones a una tarea de ordenar historias temporales. Enumerar estrategias. Repasar las fichas realizadas en sesiones anteriores anotando las estrategias. Puntos. Entrenamiento atribucional y auto-evaluación.

Sesión 13: Aplicar las Autoinstrucciones al juego del Tangram. Entrenamiento en estrategias. Puntos. Recordar situaciones en las que hubieran podido aplicar las Autoinstrucciones. Entrenamiento atribucional y auto-instrucciones.

Sesión 14: Aplicar al Tangram. Elección del cooterapeuta. Confección de un gráfico de registro para anotar el número de AI aplicadas en el aula. Nuevo criterio: 1 punto extra por aplicación real de AI en el aula. Entrenamiento atribucional. Auto-instrucciones.

Sesión 15: En el aula Recoger el cartel del “protagonista de la semana”. Aplicar al juego de las Damas Chinas. Criterio: 1 punto por cada movimiento correcto. Valoración de la aplicación en clase de AI. Entrenamiento atribucional y auto-evaluación.

Sesión 16: En el aula protagonista de la semana: el niño con TDAH. AI con el juego de las Damas Chinas y Auto-evaluación.

Sesión 17: Presentación de la técnica de la tortuga: historia, dramatización y explicación del refuerzo colectivo.

Sesión 18: Aplicación de AI a un problema de matemáticas. Puntos por aplicación de AI en el aula. Entrenamiento atribucional y auto-evaluación.

Sesión 19: Igual que en la sesión anterior.

Sesión 20: Recoger el “protagonista de la semana”. Comentarlo y aprovechar para una evaluación desde el inicio del programa. Mostrar mejoras. Aplicación de AI a una tarea de lenguaje. Puntos por aplicación de AI en el aula. Auto-evaluación.

Sesión 21: Introducción a la relajación: cómo evitar situaciones que nos ponen nerviosos. Sesión con el cooterapeuta. Puntos de entrenamiento atribucional y auto-evaluación.

Sesión 22: Relajación: práctica de tensión y relajación muscular. Puntos por haber aplicado las AI en el aula y proponer situaciones que nos ponen nerviosos. Entrenamiento atribucional y auto-evaluación.

Sesión 23: Identificación de situaciones que nos ponen nerviosos. Relajación: toma de conciencia de la función respiratoria, comparar expresiones faciales, práctica de respiración. Puntos por haber aplicado las AI en el aula y por decir situaciones en las que deberíamos relajarnos. Entrenamiento atribucional y auto-evaluación.

Sesión 24: Cómo influye la música, práctica de relajación progresiva, seleccionar canciones, y grabar música relajante. Puntos de entrenamiento atribucional y auto-evaluación.

Sesión 25: Relajación: comentar la aplicación de la cinta de relajación en casa, práctica de relajación acostado y sentado, pasear controlando la respiración, relajación con música movida. Decir situaciones en las que podría relajarse. Entrenamiento atribucional y auto-evaluación.

Sesión 26: Entrenamiento en discriminación de sentimientos: juego Memory de expresiones faciales, imitar los rostros, análisis de las diferencias. Puntos, entrenamiento atribucional y auto-evaluación.

Sesión 27: Entrenamiento de discriminación de sentimientos asociados imágenes con historias que representan sentimientos, juego del Memory,

puntos por aplicación de AI en el aula de clase. 1 punto extra por cada intento de relajarse, entrenamiento atribucional y auto-evaluación.

Sesión 28: Entrenamiento en estrategias sociales: leer y hacer un dibujo las situaciones problema a analizar en esta sesión. Entrenamiento atribucional y auto-evaluación.

Sesión 29 Igual que la sesión anterior.

Sesión 30: Entrenamiento en estrategias sociales: analizar y completar el cuadro de auto-evaluación del comienzo de las sesiones. Valorar los cambios, comunicar a los profesores y a los padres. Planteamiento de 1 sesión semanal para mantener el programa.

*Fase IX:* Paralelamente se realizaron reuniones con los docentes con el propósito de dar pautas pedagógicas en el trabajo con niños(as) con TDAH.

*Fase X:* Se aplicó nuevamente el EDAH, con el fin de evaluar los resultados obtenidos durante el proceso de intervención.

*Fase XI:* Para dar cierre a las intervenciones, se realizó un encuentro entre padres e hijos con TDAH en un ambiente campestre, donde se realizaron diferentes actividades lúdicas y reflexivas con el propósito de fortalecer los vínculos familiares, reforzar las conductas positivas presentes durante el programa, establecer pautas de crianza claves para el manejo del trastorno del TDAH dentro del contexto familiar; del mismo modo, para identificar los comportamientos que prevalecieron y los que fueron modificados en las dimensiones cognitiva, emocional y social de los niños, determinando de esta forma los efectos que el programa generó en los comportamientos de los estudiantes.

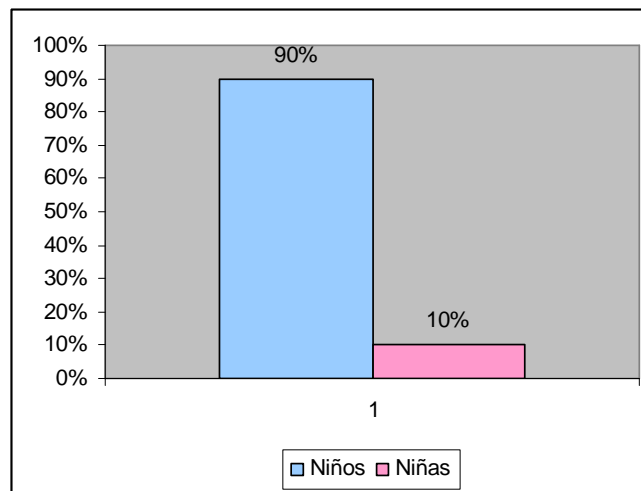
En otro momento se entrevistó a los docentes de cada niño(a) para llevar a cabo la evaluación del impacto, aplicando el instrumento EDAH.

## RESULTADOS

Los resultados fueron analizados por el programa EXCEL de Office Windows, a partir de hojas de cálculo que permitieron crear tablas y figuras que evidenciaron por un lado, datos sociodemográficos y por otro, los datos obtenidos a partir del instrumento EDAH aplicado a padres y maestros de los niños(as) con TDAH, en donde se indica principalmente el centil de cada factor (Hiperactividad, Déficit de atención, Trastorno de Conducta, Hiperactividad más Déficit de Atención y el factor combinado).

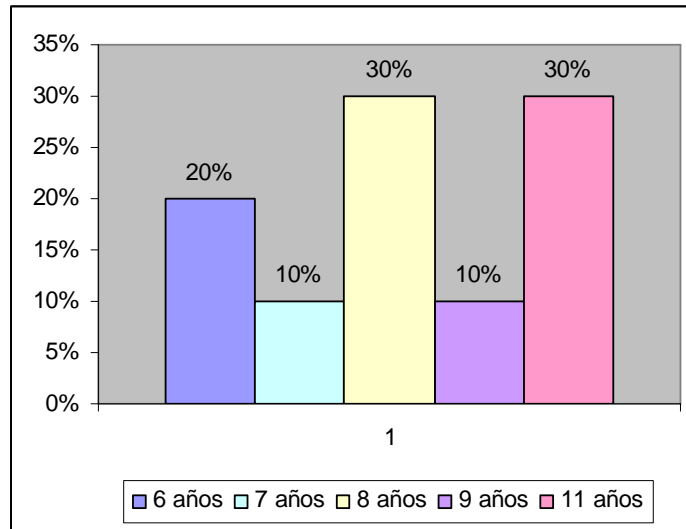
En cuanto a los resultados cuantitativos, se utilizó como prueba estadística la media aritmética la cual se halla a partir de la sumatoria de todos los valores de la variable, dividida entre el número total de la población, como se puede ver reflejado en las figuras 3 a la 8.

### **Resultados Cuantitativos**



*Figura 1.* Distribución en porcentaje, sobre la proporción del género del total de la población.

*Nota.* Los datos indican que la muestra estuvo compuesta por 9 niños y 1 niña. (Ver Figura 1)



*Figura 2.* Distribución en porcentaje, sobre la proporción de la edad del total de la población.

Nota. Los resultados evidencian que el rango de edad del total de la población esta compuesto de la siguiente manera: 2 niños de 6 años, 1 niño de 7 años, 2 niños y una niña de 8 años, 1 niño de 9 años y 3 niños de 11 años. (Ver figura 2)

De acuerdo a los resultados obtenidos en la aplicación de la prueba pre test, a los padres de los niños con TDAH, el factor más cerca del centil fue Trastorno de Conducta en contraste con el factor Déficit de Atención que exhibió el puntaje más bajo. (Ver tabla 1)

Tabla 1

Resultado por factores de la prueba EDAH pre-test aplicado a los padres de los pacientes con TDAH

<b>FACTOR EVALUADO</b>	<b>H</b>	<b>DA</b>	<b>TC</b>	<b>H+DA</b>	<b>H+DA+ TC</b>
PACIENTE1:	99	99	99	99	99
PACIENTE2:	99	96	99	99	99
PACIENTE3:	99	96	99	99	99
PACIENTE4:	98	95	99	99	99
PACIENTE5:	98	85	99	97	99
PACIENTE6:	98	99	99	99	99
PACIENTE7:	98	93	99	99	99
PACIENTE8:	97	93	99	98	99
PACIENTE9:	98	85	99	97	99
PACIENTE10:	99	99	99	99	99

*Nota.* Factor= Subescala de evaluación; H= hiperactividad e impulsividad; DA= Déficit de Atención; TC= Trastorno de Conducta; H+DA=sumatoria de Hiperactividad y Déficit de Atención; H+DA+TC=sumatoria de estos factores.

Los resultados son expresados en centiles, lo que permite establecer la presencia o ausencia del trastorno para cada uno de los factores, los cuales se califican teniendo en cuenta que la puntuación que supera el centil indicado supone el diagnóstico, Para ello, se tiene en cuenta los siguientes datos: a) Hiperactividad: Centil 95; b) Déficit de atención: Centil 93; c) Hiperactividad más Déficit de atención: Centil 95; d) Trastornos de conducta: Centil 91 y e) Puntuación global: Centil 95 (ver Tablas 1- 4).

Estos resultados demuestran que solo el 20% de los niños, en la escala de Déficit de atención presentaron puntuaciones que se encuentran por debajo del centil señalado. Sin embargo el resto de la población en las otras escalas se encuentra por encima del centil, evidenciando la presencia del trastorno.



Conforme a los resultados obtenidos en la aplicación de la prueba a los docentes de los niños con TDAH, el factor más cerca del centil fue Trastorno de Conducta junto al factor Hiperactividad mas Déficit de Atención, en contraste con el factor Déficit de Atención que exhibió el puntaje más bajo. (Ver tabla 2)

Tabla 2.

Resultado por factores de la prueba EDAH pre-test aplicado a los docentes de los pacientes con TDAH

<b>FACTOR EVALUADO</b>	<b>H</b>	<b>DA</b>	<b>TC</b>	<b>H+DA</b>	<b>H+DA+ TC</b>
PACIENTE1:	99	97	99	99	99
PACIENTE2:	99	99	99	99	99
PACIENTE3:	99	97	99	99	99
PACIENTE4:	99	97	99	99	99
PACIENTE5:	98	93	99	99	99
PACIENTE6:	98	99	99	99	99
PACIENTE7:	99	97	99	99	99
PACIENTE8:	99	97	99	99	99
PACIENTE9:	99	96	99	99	99
PACIENTE10:	99	99	99	99	99

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos en la aplicación de la prueba pos test a los padres de los niños con TDAH, el factor más cerca del centil fue Trastorno de Conducta a diferencia del factor Déficit de Atención que exhibió el puntaje más bajo. (Ver tabla 3)

Tabla 3.

Resultado por factores, de la prueba pos-test aplicado a los docentes de los pacientes con TDAH

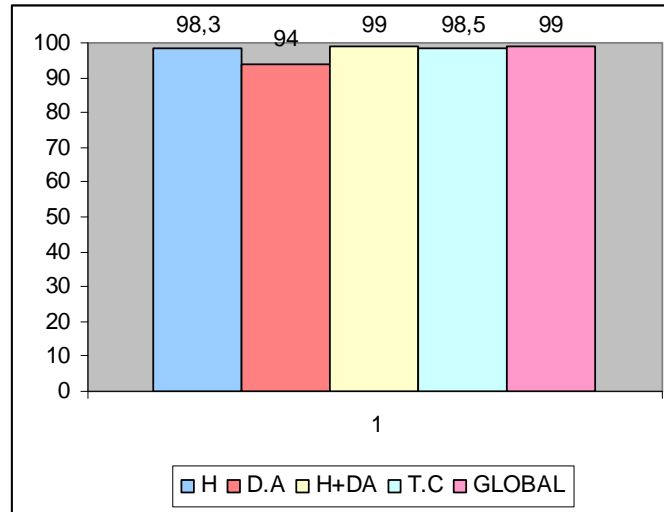
<b>FACTOR EVALUADO</b>	<b>H</b>	<b>DA</b>	<b>TC</b>	<b>H+DA</b>	<b>H+DA+ TC</b>
PACIENTE1:	70	80	95	80	91
PACIENTE2:	80	25	97	50	85
PACIENTE3:	85	55	70	75	75
PACIENTE4:	91	80	93	90	93
PACIENTE5:	91	60	96	85	93
PACIENTE6:	80	60	98	75	93
PACIENTE7:	85	45	97	70	91
PACIENTE8:	85	45	90	70	80
PACIENTE9:	80	55	91	70	85
PACIENTE10:	80	70	91	80	90

Con relación a los resultados obtenidos en la aplicación de la prueba pos test a los docentes de los niños con TDAH, el factor más cerca del centil fue Trastorno de Conducta a diferencia del factor Déficit de Atención que exhibió el puntaje más bajo. (Ver tabla 4)

Tabla 4.

Resultado, por factores, de la prueba pos-test aplicado a los padres de los pacientes con TDAH.

<b>FACTOR EVALUADO</b>	<b>H</b>	<b>DA</b>	<b>TC</b>	<b>H+DA</b>	<b>H+DA+T C</b>
PACIENTE1:	70	80	91	80	90
PACIENTE2:	60	35	55	45	50
PACIENTE3:	60	45	55	50	50
PACIENTE4:	60	70	93	70	85
PACIENTE5:	91	60	98	90	96
PACIENTE6:	70	55	85	65	80
PACIENTE7:	70	85	97	85	94
PACIENTE8:	60	55	85	55	65
PACIENTE9:	80	70	85	85	85
PACIENTE10:	60	70	85	70	80



*Figura 3.* Resultados de la prueba pre-test del EDAH, aplicado a las madres del total de la población.

*Nota.* Factor= Subescala de evaluación; H= hiperactividad e impulsividad; DA= Déficit de Atención; TC= Trastorno de Conducta; H+DA=sumatoria de Hiperactividad y Déficit de Atención; H+DA+TC=sumatoria de estos factores.

Los resultados son expresados en centiles, lo que permite establecer la presencia o ausencia del trastorno para cada uno de los factores, los cuales se califican teniendo en cuenta que la puntuación que supera el centil indicado supone el diagnóstico, Para ello, se tiene en cuenta los siguientes datos: a) Hiperactividad: Centil 95; b) Déficit de atención: Centil 93; c) Hiperactividad más Déficit de atención: Centil 95; d) Trastornos de conducta: Centil 91 y e) Puntuación global: Centil 95 (ver Figuras 3- 6).

Estos datos exponen, que todos los niños cumplen con el criterio de la prueba para suponer el diagnóstico de TDAH (ver figura 3 y 4)

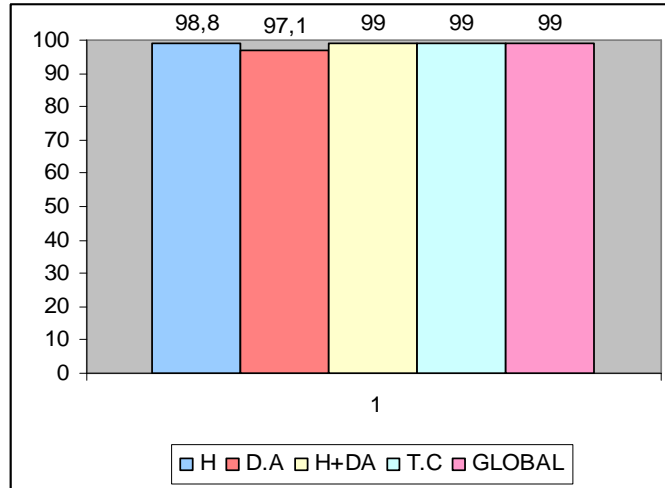


Figura 4. Resultados de la prueba pre-test del EDAH, aplicado a los docentes del total de la población.

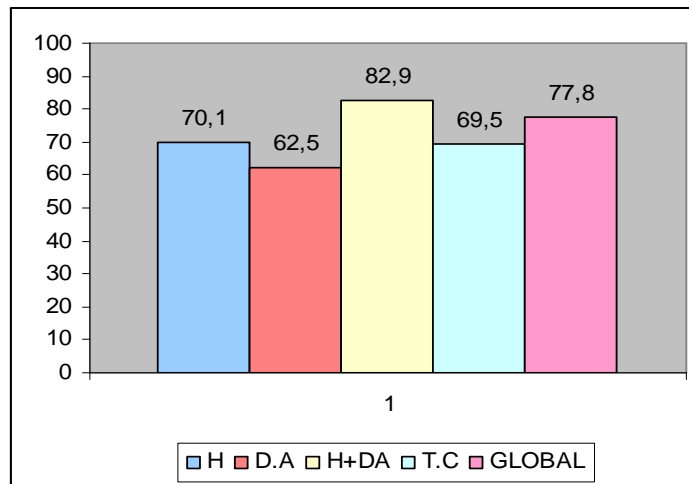


Figura 5. Resultados de la prueba post test del EDAH, aplicado a las madres del total de la población.

Nota. Esta información demuestra, que hubo una disminución notoria en todos los factores. No obstante es necesario señalar que las puntuaciones evidencian que el total correspondiente a cada subescala del instrumento, no indica la presencia del trastorno; sin embargo cabe apuntar que las manifestaciones propias del Déficit de Atención disminuyeron en una mayor

proporción en comparación con las manifestaciones de la Hiperactividad e Impulsividad. (Ver Figura 5 y 6).

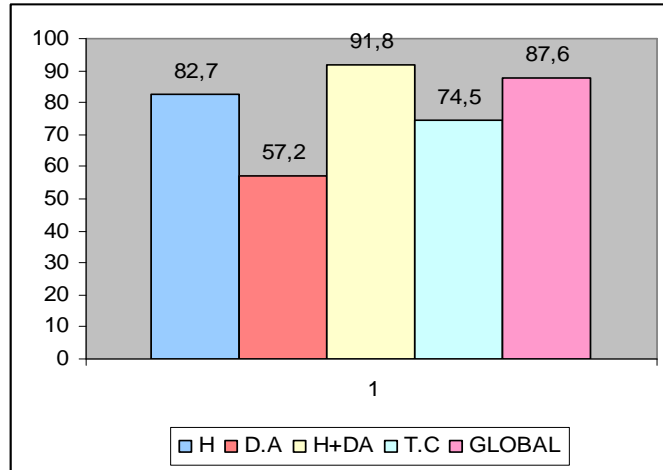


Figura 6. Resultados de la prueba post test del EDAH, aplicado a los docentes del total de la población

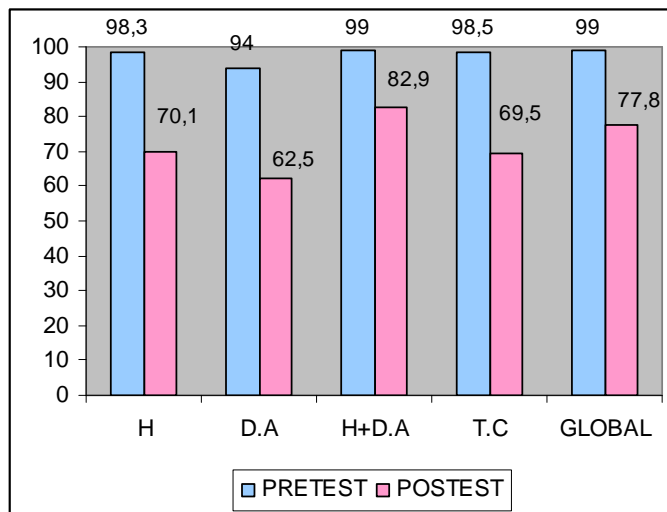
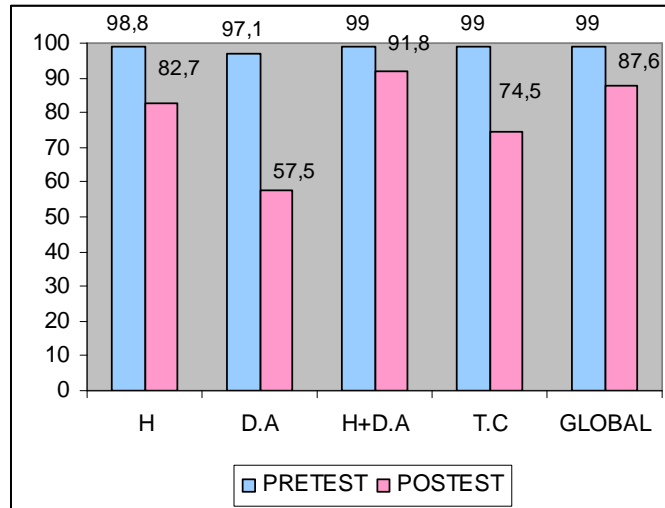


Figura 7. Resultados de las pruebas pre- test y pos-test aplicados a las madres de los niños

Nota. Esta figura muestra los resultados unificados de las pruebas pre-test y pos-test de todos los niños con TDAH. Sus datos señalan que hubo cambios significativos en la presencia de los síntomas de cada subescala, siendo

evidente que fue el Déficit de Atención, el factor que mostró una menor puntuación en la segunda prueba (ver figura 7 y 8).



*Figura 8.* Resultados de las pruebas pre- test y pos-test aplicados a los docentes de los niños.

### Resultados Cualitativos

La evaluación constituye una herramienta importante en el diagnóstico del niño, motivo por el cual, para efectos de esta investigación se utilizó como instrumento la historia clínica, con el fin de obtener información sobre aspectos trascendentales de los niños en relación con la presencia del TDAH, la cual fue aplicada a los padres, encontrándose los siguientes datos: a) en la etapa gestacional, 8 madres vivieron en un ambiente emocional conflictivo caracterizado por maltrato intrafamiliar, depresión, separación de la pareja, entre otros, aunque otras madres tuvieron un embarazo normal, sin embargo, consumían alcohol por lo menos una dosis diaria; b) en cuanto a las primeras manifestaciones de los síntomas, 7 de los familiares entrevistados coincidieron en expresar que éstos se presentaron desde las primeras etapas de desarrollo del niño, contrario a los otros 3 casos que se detectaron al ingresar al pre-escolar; c) en cuanto a la composición familiar, 7 niños pertenecen a familias disfuncionales, ya sea por separación de los padres o abandono del mismo

durante la etapa de gestación, encontrándose 3 casos de maltrato intrafamiliar; d) a nivel socioafectivo 7 niños mantienen vínculos sociales con niños mayores a su edad y/o personas adultas; presentando relaciones conflictivas con los pares; y e) en relación con nivel educativo, los 10 niños manifiestan fracaso escolar y poca tolerancia por parte de sus maestros.

Estos datos son de gran importancia para la investigación, ya que se puede ver que las causas del TDAH son diversos y no hay una específica, lo cual coincide con lo afirmado por Marsellach (2005), quien señala que entre las posibles causas investigadas se destacan factores biológicos, retraso madurativo, factores pre y perinatales, influencias genéticas y otras variables propias del ambiente del niño, en donde no hay datos concluyentes que indiquen que cualquiera de estos elementos por separado sea el responsable último del trastorno.

Así mismo se obtuvieron resultados a partir de los criterios del DSM IV, las cuales fueron una herramienta para analizar el comportamiento de los niños antes y después del programa. En cada sesión se realizó la evaluación de la conducta del niño y sus aciertos en las tareas del programa (anexo 7), en las primeras sesiones se observaron comportamientos propios del TDAH como excesiva inquietud motora, se levantaron frecuentemente del puesto, respondieron sin haber terminado la pregunta o la orden impartida, no terminaban las tareas, no lograban estar quietos por más de cinco minutos; así mismo, mostraban poca atención, no lograban seguir instrucciones, cualquier estímulo externo los desconcentraba de las tareas y olvidaban con frecuencia las ordenes que se les impartían. Cada uno de los niños presentaba dichas conductas en diferentes niveles de acuerdo a su personalidad.

En la medida; en que el programa avanzaba, se encontró que la conducta de los niños iba mejorando progresivamente; éstos aumentaban el número de aciertos en las tareas ejecutadas, lograban permanecer en su puesto durante la sesión, terminaban todas las actividades, recordaban las órdenes que se les impartían y organizaban sus tareas gracias a su nivel de

atención. Al mismo tiempo sus logros escolares eran superados y sus calificaciones mejoraron; había más interés en las labores académicas.

De igual forma, el objetivo de esta investigación es evaluar el impacto del programa cognitivo-conductual y por ende de las técnicas utilizadas, por lo que se destacan los resultados obtenidos a partir de las técnicas más utilizadas como la solución de problemas, donde el niño podía analizar desde las situaciones de la vida cotidiana, las diferentes soluciones a un problema y tomar la más acertada; de igual forma las Autoinstrucciones fue una técnica que se empleó durante todo el programa y permitió que cada niño analizara sus respuestas frente a la respuesta que pedía cada ejercicio, logró además que analizarán a fondo la orden impartida siguiendo unos pasos como: ¿Qué debo hacer? ¿Cómo lo voy a hacer? Buscar varias respuestas, escoger la más apropiada, evaluar si quedó bien o mal y corregir si está mal o felicitarlo si lo hizo bien. Al conocer estas Autoinstrucciones los niños se sentían seguros al dar una respuesta.

También se utilizó la economía de fichas; técnica que se implementó a partir de un sondeo sobre los premios que serían de interés para los niños; para ello se sugirió utilizar un estuche que incluyera objetos diferentes a los que se les podía asignar un distinto valor. Este estuche contenía diez objetos, y cada estudiante ordenaba los objetos en función de su deseo de obtenerlos, posteriormente se dibujan estos en una hoja blanca y se dividen en un determinado número de puntos distribuidos de la siguiente forma: a) 1 punto si realiza la tarea despacio; b) 1 punto si el resultado es correcto y c) 1 punto si no se olvida de ninguna autoinstrucción.

Consecutivamente se iban realizando las sesiones y a medida que el niño cumpliera con los objetivos de cada actividad iba obteniendo un punto, de forma que en cada sesión se coloreaba un fragmento del objeto que deseaba conseguir. Sin embargo, cabe aclarar el niño no podía elegir libremente el objeto que deseaba ganar, ya que el terapeuta trataba de combinar aquellos que requieren mayor número de puntos, con los que, aunque menos deseados, precisan un número reducido y por tanto resulten más fáciles de obtener. Con



ello se persigue controlar que el niño con TDAH no se deje llevar por expectativas generalmente demasiado altas.

Esta técnica permitió que los niños se motivaran por las tareas, prestaran más atención a los ejercicios, permanecieran en su puesto y cumplieran con las normas del programa.

Por otro lado, se abordó el manejo del estrés y la agresividad con técnicas de relajación utilizando música suave, ejercicios de imaginación y ejercicios de respiración; ayudando a su vez, a que el niño controlara su cuerpo por más tiempo y logrando que estuviera quieto por más de 30 minutos. Los niños aprendieron nuevas formas de canalizar sus energías y conectar su mente con el cuerpo mientras se relajaban.

Para un mejor resultado se sugirió a los padres y maestros aplicar algunas técnicas en el hogar y en el salón de clase para los demás niños sin TDAH con los que compartían los niños con TDAH; esto con el fin de que el niño con TDAH no se sintiera excluido al realizar los ejercicios, sino que a su vez se integrara al grupo y se sintiera motivado a practicar las técnicas.

## **DISCUSION**

Las investigaciones efectuadas a través de los años, han puesto en evidencia la alta prevalencia del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en la población infantil, razón por la cual esta problemática se ha convertido en una de las prioridades más significativas principalmente para los profesionales de la salud.

Bajo esta perspectiva, han surgido diversas propuestas de tratamiento que incluyen el uso de fármacos y esencialmente la intervención psicológica, que a partir de las técnicas del enfoque cognitivo-conductual, pretende favorecer el pronóstico de este trastorno.

De ahí que, este estudio se planteó como una alternativa que desde esta disciplina, busca disminuir su incidencia y las principales manifestaciones del

TDAH, así como ofrecer una opción a los padres y maestros que no incluya necesariamente el uso de la farmacología.

A partir de ello, la presente investigación implementó el programa cognitivo-conductual, el cual evidenció la modificación de la mayoría de conductas, en donde los síntomas como la escasa atención, la incapacidad de seguir instrucciones, los olvidos frecuentes de las ordenes que se le imparten, la dificultad para planear y organizar tareas encomendadas, el no quedarse quieto por más de cinco minutos, el levantarse frecuentemente del puesto, y precipitarse a responder sin haber oído completamente la pregunta u orden impartida, disminuyeron gradualmente en el comportamiento de los niños; evitando consecuencias como lo señala Correa y et als (2002), en la dimensión social, emocional, cognitivo y conductual de quienes lo padecen.

Así mismo, cabe señalar que las puntuaciones demuestran que el total correspondiente a cada subescala del instrumento EDAH, no indica la presencia del trastorno. Sin embargo, es necesario señalar que las manifestaciones propias del déficit de atención disminuyeron en una mayor proporción en comparación con las manifestaciones de la Hiperactividad e Impulsividad, datos que confirman los aportes de Fernández y Deaño (2003), quienes señalan que la utilización de las técnicas cognitivas conductuales contribuyen a aminorar los déficits de atención y dificultades de aprendizaje relevantes, así como modificar los comportamientos característicos de movilidad excesiva e impulsividad.

De ahí que, este tipo de intervención psicológica se convierte en la mejor alternativa para los niños diagnosticados con TDAH, ya que sus efectos son perdurables a largo plazo en la medida en que los pacientes obtienen la capacidad para controlar su propia conducta y disponer de habilidades o estrategias que le permitan un análisis de los problemas, indagar sobre posibles soluciones y optar por aquellas que resultan las más adecuadas para realizar la tarea, aspecto, que es cuestionable en relación con el tratamiento farmacológico que como lo señala Swanson y sus colaboradores (1993) citados en Armstrong, 2001), no es de ninguna manera una “cura” o siquiera un intento

serio de atacar de raíz este trastorno, pues sólo sirve para aliviar los síntomas temporalmente, contrayendo efectos secundarios, que en muchas ocasiones tienden a ser más adversos que los síntomas del síndrome.

De esta forma, la implementación de estas técnicas obtuvo diversos beneficios en las relaciones interpersonales, (docente-estudiante, padre-estudiante y pares-estudiante) en el rendimiento escolar (alcance de logros académicos), a nivel cognitivo (concentración en el ejercicio de tareas, seguimiento de instrucciones, análisis y solución de problemas y planeación en las actividades) a nivel emocional (control del estrés, disminución de la agresividad y de rasgos depresivos); cambios que fueron notables en el contexto de la casa y el colegio.

No obstante, se hace necesario señalar que durante el proceso terapéutico se encontró que el 100 % de la población presentó antes de iniciar el programa pensamientos subvalorativos de sí mismo, los cuales influían considerablemente en la ejecución de actividades, debido a la propia incapacidad que ellos mismos creaban a partir de esquemas y prejuicios realizados por las personas de su alrededor; situaciones, que se asocian con los postulados de García & Magaz (2000), quienes afirman que los niños con TDAH, muestran indicadores de ansiedad, estrés y rasgos depresivos, como consecuencia de la acumulación de frustraciones, exigencias por parte de padres y docentes, tensiones familiares, y dificultades escolares, que conllevan a que desarrollen un auto concepto negativo y una baja autoestima.

Sin embargo, es relevante denotar que al terminar el programa se logró que los niños cambiaran aquellos pensamientos que no permitían que pudieran demostrar su pericia en la ejecución de diversas actividades, presentando una alta motivación y autoestima.

En esta misma línea, se hace necesario aclarar que a partir de la implementación de estas técnicas se obtuvo un mejor desempeño escolar en todos los niños, ya que disponía de herramientas para conservarse atentos ante el desarrollo de las clases y mantener el control de sus impulsos, disminuyendo de esta forma la probabilidad de fracasos escolares, como los

señalados por García & Magaz (2000), que dan por resultado, aprendizajes incompletos o incorrectos de habilidades básicas para su desempeño educativo. Si a esto se le añade una capacidad intelectual baja, aumenta el riesgo de no aprender al ritmo de sus compañeros y de acumular retrasos curriculares progresivos que al no ser intervenidos, pueden llegar a constituir una auténtica frustración escolar.

Dentro de estos cambios, se observó que a partir de la solución de problemas, los niños aprendieron a buscar alternativas viables ante eventos de su vida diaria; situación que es congruente con los aportes de Kazdin (2000), quien afirma que esta técnica enseña a que los niños se confronten con situaciones interpersonales en las cuales la conducta tienda a ser problemática y a que identifiquen y lleven a cabo soluciones a sus problemas sociales de manera adecuada.

Por otro lado, las autoinstrucciones permitieron que los estudiantes manejaran de forma adecuada las precipitaciones que se daban normalmente ante las órdenes impartidas y la realización de diversas actividades, lo que se asocia con los postulados de Meichenbaum y Goodman (1971. Citados en Kazdin 2000), los cuales han mostrado a partir de diversas investigaciones, que esta técnica disminuye la respuesta impulsiva y los errores en las tareas, mejorando así la ejecución de cierto número de tareas cognoscitivas.

Por otra parte, a partir de la utilización de contingencias como el refuerzo positivo, coste de repuesta y reforzadores sociales, se lograron obtener comportamientos deseados de los niños que incluían buen rendimiento académico y relaciones adecuadas con pares, entre otras. En relación con este aspecto, Caballo y Simón (2001), afirman que esta técnica tiene como fin controlar los factores ambientales implicados en las alteraciones básicas del trastorno, sobreactividad o desinhibición conductual, favoreciendo a su vez, el entrenamiento en procedimientos cognitivos conductuales que fomentarán la aparición de comportamientos y estrategias alternativas.

Con base en la economía de fichas, se encontró que los niños presentaron mejoría en la realización de tareas y en el comportamiento dentro del salón de

clases, resultados que se relacionan con el estudio realizado por Ospina (2003), en donde identificó que a partir de esta técnica se obtuvo un incremento notable en los periodos de atención de los niños así como en la inquietud motora, con cambios relevantes en la conducta a través de medios proactivos y no restrictivos.

De esta manera, los procedimientos de manejo de contingencias tienen como propósito alterar las condiciones ambientales que influyen y mantiene las conductas problemáticas del niño en el colegio y disponer el ambiente para estimular, en su lugar comportamientos adaptados, pues su intervención consiste de manera general en reducir la conducta de hiperactividad que interfiere con el aprendizaje y aumentar el rendimiento académico a través de recompensas otorgadas tras la ejecución académica correcta (Moreno, 2001).

En esta medida, se observan cambios en todos los comportamientos que afectan las principales dimensiones de los niños; aspecto que se relaciona con las conclusiones de Fernández (2005), el cual realizó un estudio que tuvo como objetivo determinar la eficacia de un programa cognitivo (PIC-PASS), y señaló entre sus resultados que el proceso de intervención produjo mejoras significativas en los procesos cognitivos posibilitando un acercamiento a nuevas maneras de resolver las tareas, que permiten una posterior interiorización de las mismas por parte de los sujetos y consecuente una mejora de los resultados en las tareas y actividades de la vida diaria.

Es por esta razón, que la oportuna intervención constituye un elemento primordial en un pronóstico positivo, de modo que al tratar psicológicamente a los niños que presenten este diagnóstico se evitará en gran medida, consecuencias en etapas posteriores como la adultez, en donde la presencia del TDAH, influye como lo afirma Martínez & Meneghello (2000), en la aparición de cambios súbitos de inestabilidad en el trabajo, en las relaciones amorosas y en las relaciones sociales, presentando fracasos en el campo laboral, social y familiar .

No obstante, se hace necesario aclarar que para el desarrollo de esta investigación se contó con un previo diagnóstico realizado por un Psiquiatra, sin

tener en cuenta el método utilizado para esta determinación. Sin embargo para garantizar la presencia de este trastorno se aplicó el Instrumento EDAH, criterios DSMIV-R articulado con información de padres y docentes; lo que confirmó la presencia del TDAH en esta población.

Para finalizar, es relevante concluir que los resultados expuestos en este estudio no permiten realizar generalizaciones en toda la población que padece este trastorno, ya que este programa fue aplicado solo a una muestra específica que cumplían ciertos criterios; motivo por el cual, los cambios significativos que aquí se evidenciaron solo corresponden a un análisis particular de los 10 casos de TDAH.

## **CONCLUSIONES**

El TDAH dada su naturaleza y el proceso evolutivo tiene incidencias directas con el comportamiento, relaciones interpersonales, y las relaciones sociales de quien lo padece, afectando la relación con la familia los docentes y otros agentes sociales del niño.

Frente a la problemática que presentan los niños con TDAH después de aplicar el programa cognitivo-conductual se observó una modificación de la conducta, mejoramiento cognitivo y fortalecimiento de vínculos familiares y educativos, con óptimos resultados en el proceso de resocialización.

La técnica implementada que obtuvo más cambios significativos en las conductas de los niños fue el entrenamiento en auto-instrucciones, ya que permitió mayor solución en los problemas y la adaptación a las diversas situaciones cotidianas.

Teniendo en cuenta la información suministrada por padres y docentes se encontró que todos los niños mejoraron académicamente, presentando mayor

atención durante las clases y el ejercicio de tareas, así como disminución de la hiperactividad motriz, lo que favoreció la adaptación al entorno social.

Los resultados sugieren que la participación de los padres es de suma importancia para la ejecución del programa debido a que estos son un elemento fundamental para su desarrollo.

La aplicación del programa Cognitivo-conductual en esta investigación, permitió intervenir con la población de estudio sin distinción de clase social, de religión o cultural; ya que estos aspectos no intervienen en el diagnóstico e intervención, a su vez, el programa se aplica a cualquier tipo de población.

Finalmente, se concluye que aunque se modificaron algunas conductas de los niños en los principales síntomas del TDAH (atención, hiperactividad-impulsividad), estos datos no son generalizables con toda la población que padezca este trastorno, ya que este estudio se realizó teniendo en cuenta unos criterios de inclusión específicos.

## **SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES**

A partir del desarrollo de esta investigación se sugiere que los niños que padecen TDAH cuenten con un diagnóstico previo realizado por la disciplina psicológica y psiquiátrica, con el fin de evitar errores tanto en el diagnóstico como en la intervención.

Es importante que este programa sea implementado con padres y docentes, ya que podrían aportar el proceso desde una visión de coterapeutas y a la vez refuerzan la conducta del niño en los la casa y la escuela.

Se recomienda, que a los niños que sean intervenidos con este tipo de programa, se les realice un seguimiento periódico que permita reforzar los cambios positivos que se generaron a partir de su implementación.

De otro modo, a partir del desarrollo de esta investigación se determinaron dos preguntas claves, que al ser resueltas en futuros estudios, permitirán aportar más información al estudio del TDAH. ¿Qué papel juega el docente en el aumento o disminución de la incidencia del TDAH, en el contexto escolar? ¿Qué influencia tienen las pautas de crianza efectuadas por los padres, en la evolución del trastorno de sus hijos?



## REFERENCIAS

- Abramowitz, A. & et als (1995). Reducing off-task behavior in the classroom, a comparison of encouragement and reprimands. *Journal of Abnormal Psychology*, 15, 153-163.
- American Psychiatric Association (1968). *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders*. (2). Washington: Masson.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders*. (3) Washington. Masson.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders*. (4). Washington. Masson.
- American Psychiatric Association (2002). *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders*. (4-R) Washington: Masson.
- Amstrong, T (2001). Síndrome de déficit de atención con o sin hiperactividad, estrategias en el aula. México: Paidós.
- Barkley, C (1937). *The behaviour of children receiving Bazedrin*.
- Caballo, V & Simón M (2001). *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente*. Madrid: Pirámide.
- Carlson, C & et als (1987). *Sociometric status of clinical referee children with attention deficit disorders with and without hyperactivity*.
- Compas, B & Gotlib, I (2003). *Introducción a la psicología clínica*. México: Mc Graw Hill.
- Cornejo & et als (2005). Prevalencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en niños y adolescentes colombianos. *Revista de Neurología* (12), 716-722.
- Cuadros, Y & Estañol, B (2005) *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad*. México: Trillas.
- Douglas, V (1972). *The problem of sustained attention and impulse and normal children*. Canadian Journal of Behavioral Science, num 4.
- Fernández, A (2004). Niños con déficit de Atención e Hiperquinesis. *Revista Latinoamericana de Psicología* (36), 47-58.

Hernández, R. (2006). *Metodología de la Investigación (4)*. México: Mc Graw Hill.

Hohman, L (1922). *Post encephalitis behavior disorders in children*. Jhon Hopkins Hosp. p.372.

Kazdín, A (2000). *Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas (2)*. Mexico: Manual moderno.

Laufer, M & et als (1957). *Hyperkinetic impulse disorder in children behavior problems*.

Martínez, A & Meneghello (2000). *Psiquiatría y Psicología de la infancia*. España: Panamericana.

Martínez, S., Remolina, L., Picón, A., Campo, A., (2004). *Prevalencia del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en Niños y Niñas con Retraso Mental*. Universidad Autónoma de Bucaramanga, Colombia.

Orjales, I. & Polaino, L. (2001). *Programas de Intervención Cognitivo Conductual para Niños con Déficit de Atención con Hiperactividad (2)*. Madrid: CEPE.

Still, G (1902). *Some abnormal physical Conditions in childhood*.

Strauss, A., Lehtine, L (1947). *Psychopathology and education in the brain injured child*. New York.

Urueta, M (2003). *Recopilación teórica desde la perspectiva cognitiva conductual del TDAH en niños y niñas*. Universidad de Santander. Colombia

Acero, A & Vásquez, R (2007). *Psiquiatría infantil en el hospital pediátrico*. Revista Colombiana de psiquiatría .vol 36. Recuperado el 28 de enero de 2007 en <http://www.scielo.org.co>

Calderón, C (2003). *Programa de intervención cognitivo cognitivo conductual para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad*. Recuperado el 5 de febrero de 2008 en [http://www.tdx.cesca.es/TESIS\\_UN/AVAILABLE/TDX-1115105-085646//TESI\\_CCALDER%D3N\\_GARRIDO.pdf](http://www.tdx.cesca.es/TESIS_UN/AVAILABLE/TDX-1115105-085646//TESI_CCALDER%D3N_GARRIDO.pdf).

Correa, A y et als (2002). *Detección de Riesgo Psicosocial en Niños, infancia (SIPI) y Pediatría Social*. Recuperado el 27 de julio de 2007 en

[http://www.guajiros.udea.edu.co/demografiaysalud/Documentos/Publicaciones\\_Demografia\\_y\\_salud\\_pdf/articulos/deteccion\\_riesgo\\_psico.pdf](http://www.guajiros.udea.edu.co/demografiaysalud/Documentos/Publicaciones_Demografia_y_salud_pdf/articulos/deteccion_riesgo_psico.pdf).

Eddy, I & Espinosa, L (2006). El pediatra de atención primaria y TDAH: diagnóstico precoz. Recuperado el 28 de noviembre de 2007 en [http://www.aepap.org/atencion/documentos/cursoaepap\\_2006\\_tdah2.pdf](http://www.aepap.org/atencion/documentos/cursoaepap_2006_tdah2.pdf).

Fernández, (2004). *Niños con Déficit de Atención e Hiperquinesis*. *Revista Latinoamericana de Psicología* (36), 47-58.

Fernández, M & Deaño, M (2003). *Déficit de atención con TDAH. Procesos PASS y eficacia de un programa de intervención cognitiva*. Recuperado el 30 de julio de 2007 en [http://www.aedes-nacional.com/r7\(3\)a3.pdf](http://www.aedes-nacional.com/r7(3)a3.pdf).

García, M & Magaz, A (2000) Actualidad sobre el DTAH. Recuperado el 25 de agosto de 2007 en [http://www.tda\\_h.com/actualidad](http://www.tda_h.com/actualidad).

Marsellach, G. (2005). La Hiperactividad en los Niños. Recuperado el 22 de julio de 2007 en <http://www.psycoactiva.com>.

Moreno, I (2001). Tratamiento psicológico de la hiperactividad infantil: un programa de intervención en el ámbito escolar. Recuperado el 3 de febrero de 2007 de <http://www.dialnet.unirioja.es/servlet.pdf>

Muro, A (2005). El metilfedinato, droga adictiva e inútil que incita el suicidio. Recuperado el 22 de julio de 2007 de <http://www.dsalud.com>.

Orjales, I. (2000). *Impacto y Detección de Niños con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad*. Recuperado el 2 de agosto de 2007 en <http://www.cesdonbosco.com/revista/revistas%20ed%20futuro/Ef10/Art%EDculos/1isabelorjales.pdf>.

Ospina, C (2003). *Implementación de un programa de economía de fichas, basado en la recreación para el manejo del trastorno deficiente de la atención con hiperactividad (TDAH) en niños y niñas con discapacidad intelectual de la Fundación CINDES de Pereira*. Recuperado el 22 de julio de 2007 en <http://www.redcreacion.org/documentos/simposio3vg/COspina.html>.

Palacio, J. (2006). *Comorbilidad Psiquiátrica en la Deficiencia de Atención*. *Revista Electrónica de Psicología*; recuperada el 15 de agosto de 2007 en <http://www.iue.edu.co/sec/pub/psicoespacios/seminarios/comorbilidad.html>

Tirado, J (2004). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: intervención psicopedagógica. Recuperada el día 5 de febrero de 2007 en <http://www.psicothema.com/pdf/3011.pdf>.

## ANEXOS

*Anexo1.*

Datos sobre casos del TDAH en los municipios de Santander, suministrados por el Observatorio de Salud Pública de Santander del Centro de Epidemiología de La Clínica Carlos Árdila Lülle

Municipio	Grupo de Edad	Sexo		Total
		Fem	Masc	
BUCARAMANGA	De 1 a 4 años	7	5	12
	De 5 a 14 años	15	68	83
	De 15 a 44 años	2	1	3
	De 45 a 64 años	2	0	2
<b>BUCARAMANGA Resultado</b>		<b>26</b>	<b>74</b>	<b>100</b>
BARBOSA	De 1 a 4 años	0	1	1
	De 45 a 64 años	0	1	1
<b>BARBOSA Resultado</b>		<b>0</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
BARRANCABERMEJA	De 1 a 4 años	2	8	10
	De 5 a 14 años	2	5	7
	De 15 a 44 años	0	2	2
	De 45 a 64 años	1	2	3
	De 65 y mas años	0	1	1
<b>BARRANCABERMEJA Resultado</b>		<b>5</b>	<b>18</b>	<b>23</b>
CHARALA	De 1 a 4 años	0	1	1
<b>CHARALA Resultado</b>		<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
EL PEÑON	De 45 a 64 años	2	0	2
<b>EL PEÑON Resultado</b>		<b>2</b>	<b>0</b>	<b>2</b>
EL PLAYON	De 5 a 14 años	0	2	2
	De 15 a 44 años	0	1	1
<b>EL PLAYON Resultado</b>		<b>0</b>	<b>3</b>	<b>3</b>
FLORIDABLANCA	De 1 a 4 años	1	1	2

	De 5 a 14 años	0	24	24
<b>FLORIDABLANCA Resultado</b>		<b>1</b>	<b>25</b>	<b>26</b>
GIRON	De 5 a 14 años	1	3	4
	De 15 a 44 años	1	0	1
<b>GIRON Resultado</b>		<b>2</b>	<b>3</b>	<b>5</b>
LEBRIJA	De 5 a 14 años	0	1	1
<b>LEBRIJA Resultado</b>		<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
OCAMONTE	De 5 a 14 años	0	1	1
<b>OCAMONTE Resultado</b>		<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
PIEDECUESTA	De 1 a 4 años	0	3	3
	De 5 a 14 años	0	8	8
<b>PIEDECUESTA Resultado</b>		<b>0</b>	<b>11</b>	<b>11</b>
PUERTO WILCHES	De 1 a 4 años	0	1	1
	De 5 a 14 años	0	1	1
<b>PUERTO WILCHES Resultado</b>		<b>0</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
SABANA DE TORRES	De 5 a 14 años	2	0	2
	De 45 a 64 años	1	0	1
<b>SABANA DE TORRES Resultado</b>		<b>3</b>	<b>0</b>	<b>3</b>
SAN GIL	De 1 a 4 años	0	1	1
	De 5 a 14 años	0	12	12
<b>SAN GIL Resultado</b>		<b>0</b>	<b>13</b>	<b>13</b>
SAN VICENTE DE CHUCURI	De 5 a 14 años	0	2	2
<b>SAN VICENTE DE CHUCURI Resultado</b>		<b>0</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
VALLE DE SAN JOSÉ	De 5 a 14 años	0	1	1
<b>VALLE DE SAN JOSÉ Resultado</b>		<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
VÉLEZ	De 1 a 4 años	0	1	1
<b>VÉLEZ Resultado</b>		<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>TOTAL</b>		<b>39</b>	<b>158</b>	<b>197</b>

Anexo 2

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Bucaramanga, 23 de agosto de 2007

En forma libre y voluntaria yo, \_\_\_\_\_  
identificado (a) con la cédula de ciudadanía número \_\_\_\_\_ de  
\_\_\_\_\_, acepto que mi hijo (a) forme parte del grupo de  
estudiantes que participaran en la investigación que tendrá como objetivo  
implementar un programa de intervención cognitivo conductual en niños (as)  
con déficit de atención con hiperactividad, a través de las sesiones terapéuticas  
que permitan modificar las conductas que afectan la dimensión cognitiva,  
emocional y social; estudio que estará a cargo de Carmen Lucia Barrera Bolívar  
y Milena Vesga Prada, estudiantes de ultimo semestre de Psicología de la  
Universidad Pontificia Bolivariana, las cuales se comprometen en mantenernos  
informados acerca de la evolución del proceso terapéutico.

Firmado en la ciudad de \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_ días del  
mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
C.C.

Anexo 3.

**HISTORIA CLINICA  
INFORME PSICOLOGICO  
PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL**

Fecha de inicio: \_\_\_\_\_

**1. IDENTIFICACION PERSONAL**

Nombre del niño/a: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Lugar: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre: \_\_\_\_\_

Centro Escolar: \_\_\_\_\_ Curso Escolar Actual: \_\_\_\_\_

Nombre del Tutor/a: \_\_\_\_\_

**2. MOTIVO DE CONSULTA**

Motivo de consulta (descripción del problema por el niño/a):

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

Situación actual (Descripción del problema por los padres):

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

**3. IDENTIFICACION DE DESENCADENANTES DEL MOTIVO DE CONSULTA**



- ¿Cuándo comenzó este problema?

---

---

-¿A qué lo atribuyen los familiares y el niño?:

---

---

---

¿Cómo ha ido evolucionando?:

---

---

---

---

-¿Cómo han intentado solucionarlo cada familiar?:

---

---

---

#### **4. ANTECEDENTES PERSONALES**

-Estado somático del niño, actual:

---

---

-Enfermedades pasadas relevantes:

---

---

-Otros problemas anteriores del niño:

---

---

-Hábitos de salud: comida, sueño, esfínteres, ejercicios:

---

---

---

---

-Datos sobre embarazo y parto (meses de gestación, enfermedades, cigarrillo, alcohol, droga, tipo de parto):

---

---

---

---

-Desarrollo psicomotor (primeros pasos, primeras palabras...):

---

---

---

---

-Desarrollo intelectual (nivel de lenguaje y conocimientos):

---

---

---

---

-Desarrollo socioafectivo (relaciones con otros niños y adultos):

---

---

---

---

## 5. ANTECEDENTES FAMILIARES

-COMPOSICIÓN FAMILIAR:

Nombre	Parentesco	Edad	Ocupación

-Lugar que ocupa entre hermanos: \_\_\_\_\_

-Antecedentes psíquicos pasados y actuales:

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

Problemas socioeconómicos:

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

-Problemas familiares y conyugales:

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

## 6. PERFIL MULTIMODAL CON EL NIÑO Y FAMILIARES

**Área Cognitiva:**

**Padres:**

-¿Cómo describe el carácter del niño, su manera de ser?: \_\_\_\_\_

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

-¿Con que padre le identifican más? (¿A quien se le parece más?)

---

---

-¿A que causas atribuyen los problemas cada padre?

---

---

---

-¿Qué normas exigen cumplir al niño? (estudios, aseo...)

---

---

---

---

-¿Cuales considera cada padre, que son las mayores virtudes y defectos de su hijo/a?:

---

---

---

---

---

- ¿Cuáles son los proyectos para su hijo/a en el futuro:

---

---

---

---

- ¿A observado algún retraso del lenguaje, intelectual o psicomotor o dificultad escolar?:

---

---

---

---

-¿El niño/a ha presentado preocupaciones o temores, ¿De qué tipo?:

---

---

---

---

Niño/a:

-¿Cómo es tu manera de ser? (cualidades y defectos): -

---

---

---

---

-¿Qué te gustaría ser de mayor?:

---

---

-¿Qué edad te gustaría tener?:

---

---

-¿Qué clases de cosas te gustan soñar o imaginar?:

---

---

---

---

(Sexualidad) -Si volvieras a nacer ¿Te gustaría ser niño o niña?:

---

---

-Puedes explicarme ¿En que se diferencia un niño de una niña?:

---

---

---

---

---

Contar algún sueño o pesadilla:

---

---

---

---

---

-Que dibuje un niño/a y pedirle que nos cuente-invente una historia sobre él/ella.\*

***Área Afectiva***

Padres:

-¿Qué cosas han observado que le dan más miedo, alegría, enfado, y tristeza al niño/a:

---

---

---

---

---

-¿Cómo expresan su alegría y disgusto al niño/a (alabanzas, regalos, actividades conjuntas, prohibiciones...)?:

---

---

---

---

Niño/a

-¿Qué cosas te dan más miedo, alegría, enfado y tristeza?:

---

---

---

---

-Pedirle que haga un dibujo sobre los sentimientos y que nos cuente que pasa en el dibujo, que sentimientos expresa\*

***Área Interpersonal***

Padres

-¿Cómo se relaciona el niño/a con cada miembro de la familia? (padres, hermanos...)?: -

---

---

---

---

-¿Con quién se lleva mejor y peor? ¿Qué sucede?\_

---

---

---

---

Niño/a

-Pedirle que hable de la familia:

---

---

---

---

---

-¿Qué te gustaría que cambiara cada uno?:

---

---

---

---

---

---

-¿Tienes amigos/as? ¿Cómo se llaman? ¿Qué te gusta hacer con ellos?:

---

---

---

---

---

---

---

-¿Cuáles son tus juegos preferidos? ¿Juegas con tus padres, hermanos...?:

---

---

---

---

---

---

---

-¿Celebran tu cumpleaños? ¿Cómo? ¿Quiénes participan?:

---

---

---

---

---

---

---

### ***Área Conductual***

#### **Padres**

-¿Qué conductas agradan más y menos a los padres de su hijo/a y como actúan ante las mismas? (castigos y premios):

---

---

---

---

---

---

---



-Actividades, juegos y personas preferidas del niño, según cada padre:

---

---

---

---

---

Niño/a

-Colegio: ¿Qué te gusta/disgusta más del colegio y que asignaturas son mejor/peor?

---

---

---

---

-¿Cómo te llevas con tu(s) profesor(es):

---

---

---

---

-¿Cuáles personajes de dibujos, cuentos y t.v. son tus preferidos y que te gusta de ellos?:

---

---

---

---

---

**7. DIAGNOSTICO**

EJE I: (Trastorno clínicos):

---

EJE II: (Trastornos personalidad, retraso mental):

---

EJE III: (Enfermedades medicas):

---

EJE IV: (Problemas psicosociales):

---

EJE V: (evaluación de la actividad global):

---

***OBSERVACIONES***

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

***PSICOLOGA***

---

## Anexo 4

**Tabla de Evaluación Según Criterios del DSMIV-R para Diagnosticar Niños con Déficit De Atención con Hiperactividad (TDAH)**

NOMBRE DEL NIÑO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA MADRE \_\_\_\_\_

Instrucciones: Marque con una X si el niño (a) tiene presencia o ausencia de los siguientes síntomas. Seis o más de los que se enunciarán, tanto para la falta de atención como para la hiperactividad e impulsividad, confirma el diagnóstico

<b>ATENCION</b>	<b>PRESENTE</b>	<b>AUSENTE</b>
Observación de generalidades, no se percata de detalles		
Distráctil en el trabajo o en el juego, lo que lleva a cometer errores		
Su desatención lo lleva a no poner cuidado a las órdenes que puedan impartirse		
Incapaz de seguir instrucciones. Tareas inconclusas tanto en la escuela y/o casa		
Dificultad para planear y organizar tareas encomendadas		
Falta de compromiso con tareas o trabajos que exigen un esfuerzo mental continuo		
Pérdidas permanentes por olvidos de útiles escolares o de trabajo. Cualquier estímulo externo lo descentra de las tareas que esté realizando.		
Olvida con frecuencia, actividades simples de la vida cotidiana.		
<b>HIPERACTIVIDAD E IMPULSIVIDAD</b>		
No adopta una posición estable en el lugar de trabajo, debe estar moviéndose constantemente		
Sentimientos subjetivos de no poder estarse quieto		
En clase, se levanta, corretea o realiza actividades inapropiadas		
Incapacidad para asumir un pasatiempo con tranquilidad		
Habla en exceso		
Se precipita a responder sin haber oído completamente la pregunta o la orden impartida.		

## Anexo 5

**ESCALA PARA LA EVALUACIÓN DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE  
ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD  
(EDAH)**

NOMBRE: \_\_\_\_\_  
CENTRO EDUCATIVO: \_\_\_\_\_ NIVEL ESCOLAR: \_\_\_\_\_  
EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

## Instrucciones:

Responda a cada cuestión rodeando con un círculo el grado en el que el alumno presenta cada una de las conductas descritas.

NADA	POCO	BASTANTE	MUCHO
0	1	2	3

1	Tiene excesiva inquietud motora	0	1	2	3	H
2	Tiene dificultades de aprendizaje escolar	0	1	2	3	DA
3	Molesta frecuentemente a otros niños	0	1	2	3	H
4	Se distrae fácilmente, muestra escasa atención	0	1	2	3	DA
5	Exige inmediata satisfacción a sus demandas	0	1	2	3	H
6	Tiene dificultades para las actividades cooperativas	0	1	2	3	TC
7	Está en las nubes, ensimismado	0	1	2	3	DA
8	Deja por terminar las tareas que empieza	0	1	2	3	DA
9	Es mal aceptado por el grupo	0	1	2	3	TC
10	Niega sus errores o echa la culpa a otros	0	1	2	3	TC
11	A menudo grita en situaciones inadecuadas	0	1	2	3	TC
12	Contesta con facilidad. Es irrespetuoso y arrogante	0	1	2	3	TC
13	Se mueve constantemente, intranquilo	0	1	2	3	H
14	Discute y pelea por cualquier cosa	0	1	2	3	TC
15	Tiene explosiones impredecibles de mal genio	0	1	2	3	TC
16	Le falta sentido de la regla, del "juego limpio"	0	1	2	3	TC
17	Es impulsivo e irritable	0	1	2	3	H
18	Se lleva mal con la mayoría de sus compañeros	0	1	2	3	TC
19	Sus esfuerzos se frustran fácilmente, es inconstante	0	1	2	3	DA
20	Acepta mal las indicaciones del profesor	0	1	2	3	TC

**RESUMEN DE PUNTUACIONES**

	H	DA	TC	H+DA	H+DA+TC
<b>PD</b>					
<b>CENTIL</b>					

## Anexo 6

**TABLA DE BAREMOS**

Baremos, datos normativos y puntos de corte

CENTIL	HIPERAC.	DEF.AT.	HIP+DEF.AT	TTNO.CTA	GLOBAL	CENTIL
99	13-15	13-15	22-30	17-30	36-60	99
98	12		21	16	34-35	98
97	11	12	20	15	33	97
96		11	19	14	31-32	96
95	10		18	13	30	95
94					29	94
93		10	17	12	28	93
92					27	92
91	9			11	26	91
90		9	16	10	24-25	90
85	8	8	14-15	9	22-23	85
80	7	7	13	8	19-20	80
75			12	7	18	75
70	6	6	11	6	17	70
65			10	5	15-16	65
60	5	5			14	60
55		4	9	4	13	55
50	4		8	3	11 12	50
45		3	7		10	45
40				2	9	40
35	3	2	6		8	35
30		1	5	1	7	30
25	2		4		6	25
20					4 5	20
15	1		3		3	15
10		0	2	0	2	10
5	0		0-1		0-1	5
M	4,41	4,15	8,56	4,41	12,97	M
D.t	3,11	3,51	5,42	4,43	9,15	D.t.
P. corte	10	10	18	11	30	P. corte

Anexo 7

**PROGRAMA DE INTERVENCION COGNITIVO-CONDUCTUAL  
FORMATO DE SEGUIMIENTO DE CADA SESION**

Nombre: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

<b>CONDUCTAS</b>	<b>PRESENTE</b>	<b>AUSENTE</b>
<i>HIPERACTIVIDAD E IMPULSIVIDAD</i>		
Tiene excesiva inquietud motora		
Se precipita a responder sin haber oído completamente la pregunta o la orden impartida		
Se levanta frecuente de su puesto		
Deja por terminar las tareas que empieza		
No se queda quieto por mas de cinco minutos		
<i>ATENCION</i>		
Se distrae fácilmente, muestra escasa atención		
Incapaz de seguir instrucciones		
Cualquier estímulo externo lo descentra de las tareas que esta realizando		
Dificultad para planear y organizar tareas encomendadas		
Olvida con frecuencia, las ordenes que se le imparten		

**OBSERVACIONES:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_






\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Anexo 8

## FICHA DE AUTOEVALUACION DE LA SESION

-----  
**¿QUE HEMOS HECHO HOY?**


1		2		3		4		5	
<b>Me salió mal</b>	<b>Pasable</b>	<b>Bien</b>	<b>Muy bien</b>	<b>Genial</b>					