

DETERMINACIÓN DE LA EFICACIA DE UNA INTERVENCIÓN
COGNITIVO - CONDUCTUAL EN NIÑOS DE BÁSICA PRIMARIA
QUE PRESENTAN TDHA

PRESENTADO POR:

CLAUDIA MARCELA SÁNCHEZ SÁNCHEZ

DIEGO FERNANDO VELÁSQUEZ CÁCERES



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BUCARAMANGA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA EXTENSIÓN UNISANGIL
SAN GIL, 2015

DETERMINACIÓN DE LA EFICACIA DE UNA INTERVENCIÓN
COGNITIVO - CONDUCTUAL EN NIÑOS DE BÁSICA PRIMARIA
QUE PRESENTAN TDHA

PRESENTADO POR:

CLAUDIA MARCELA SÁNCHEZ SÁNCHEZ

DIEGO FERNANDO VELÁSQUEZ CÁCERES

BAJO LA DIRECCIÓN DEL PSICÓLOGO

JAVIER ANTONIO MANTILLA



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BUCARAMANGA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA EXTENSIÓN UNISANGIL

SAN GIL, 2015

AGRADECIMIENTOS

A Dios porque nos permitió llegar a esta etapa con mucha sabiduría para desarrollar adecuadamente las actividades, a nuestros padres quienes nos apoyaron durante nuestro proceso de aprendizaje, a nuestro docente Javier Mantilla quien nos orientó durante este proceso y a todos nuestros profesores que nos guiaron durante nuestra etapa educativa formándonos no solo como profesionales sino como personas, un especial reconocimiento al Doctor Adrián Antonio Villanueva Vera Director de la clínica Villa María, quien nos apoyó con la valoración realizada a los niños de la presente investigación, a los docentes y demás personal del colegio Luis Camacho Rueda, a los padres de familia y niños quienes participaron en el proyecto de investigación y fueron pieza fundamental para el desarrollo del proyecto, y por supuesto a todas las personas que creyeron en nosotros y nos apoyaron para alcanzar esta meta.

CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS	3
DETERMINACIÓN DE LA EFICACIA DE UNA INTERVENCIÓN COGNITIVO- CONDUCTUAL EN NIÑOS DE BÁSICA PRIMARIA QUE PRESENTAN TDHA	6
JUSTIFICACIÓN	6
FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	9
OBJETIVO GENERAL	9
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	9
ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	9
MARCO TEÓRICO	10
Evaluación del TDAH	13
Instrumentos de evaluación	14
Entrevistas	14
Intervención Cognitivo- Conductual	15
Autocontrol de la conducta	15
Economía de fichas	16
Definición y descripción	16
MÉTODO	16
Tipo de investigación	16
Participantes	16
Instrumentos	17
Procedimiento	18
DISCUSIÓN	27
CONCLUSIONES	30
BIBLIOGRAFÍA	31

Anexo 2	35
Anexo 3	36

DETERMINACIÓN DE LA EFICACIA DE UNA INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL EN NIÑOS DE BÁSICA PRIMARIA QUE PRESENTAN TDHA

El Trastorno por déficit de Atención es definido por American Psychiatric Association (2013), como “El TDAH es un trastorno neurobiológico que aqueja tanto a adultos como a niños. Es descrito como un patrón persistente o continuo de inatención y/o hiperactividad e impulsividad que impide las actividades diarias o el desarrollo típico.” De acuerdo a esto se puede inferir que los niños con TDAH pueden llegar a desarrollar problemas tanto en la parte académica como disciplinaria en su institución educativa, impidiendo así un buen aprendizaje y dificultando la capacidad de mantener relaciones sociales.

De lo anterior se puede inferir que es de vital importancia el estudio del TDAH, así como las diferentes intervenciones desde la psicología, para contribuir con una solución a esta problemática, motivo primordial de la presente investigación, donde se tomará la población de Básica Primaria del Colegio Técnico Luís Camacho Rueda del Municipio de San Gil, Santander. Mediante la realización de un proceso de diagnóstico y una intervención cognitivo-conductual, con el propósito de verificar la eficacia de la intervención en el cambio y mejora de la salud mental de la muestra escogida en este proyecto.

El tipo de investigación del presente proyecto es mixto y la intervención se encuentra proyectada por fases, que van desde el consentimiento informado a padres de familia, la aplicación de tests para determinar una línea base, la valoración psiquiátrica, el diagnóstico trabajado con los padres, profesores y estudiantes que vienen presentando esta problemática, así como la intervención a la muestra seleccionada y la aplicación de un post test con el propósito de verificar la eficacia de la intervención psicológica.

JUSTIFICACIÓN

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 periodo 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 alls, 2005).

Para realizar un diagnóstico adecuado de este trastorno se necesita la ayuda de varias pruebas, tanto psicológicas como neurológicas, que permitan una evaluación confiable, además de revisar por medio de una observación directa y sistemática de sus relaciones interpersonales (Hogar y colegio), las cuales servirán para medir cómo se desenvuelve el niño con TDAH en su área social. Principalmente se evalúan tres aspectos: su etiología, sus consecuencias y su prevalencia. Según lo afirma Marsellach (2005) “las posibles causas del TDAH se encuentran en los factores biológicos, el retraso madurativo, factores pre y perinatales, influencias genéticas y otras variables propias del medio ambiente del niño”. Las consecuencias se pueden dar en su área cognitiva, social y emocional, lo cual trae consigo problemas de conducta según lo manifiesta Orjales (2000) “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% desarrollan conducta antisocial y el 25% alcanza criterios de trastorno de personalidad antisocial (Murphy y Barkley 1996, citados en Orjales, 2000); la prevalencia varía en cada país, por ejemplo en Puerto Rico y en Alemania un 5% de la población de niños y adolescentes se ve afectada por este trastorno; en Estados Unidos y Canadá el porcentaje aumenta a un 30%, y en Colombia el porcentaje es de un 15% en niños y adolescentes (Fernández 2004)

Existen diversas opciones de tratamiento para tratar esta problemática, entre las cuales se incluyen intervenciones de tipo psicológico a padres, docentes y niños; también está el tratamiento farmacológico (Metilfedinato) siendo éste uno de los más utilizados debido a su rápida acción y efectos inmediatos. Según Swanson y Et Alls, 1993, citados en Armstrong, 2001 “Esta droga de ninguna manera es una “cura” o siquiera un intento serio de atacar de raíz el TDAH, ya que solo sirve para aliviar los síntomas temporalmente”. Del mismo modo, este medicamento trae consigo efectos secundarios que pueden ser irreversibles según lo manifiesta Muro (2005) “Incluyen problemas serios como el suicidio, problemas cardiacos como arritmias, hipertensión,

deficiencias cardiacas, así como también pueden causar síntomas emocionales como psicosis, agitación, agresión hostilidad, ansiedad y alucinaciones.”

Por esta razón se ve la necesidad de implementar un tratamiento que realmente genere un cambio positivo en el paciente a corto, mediano y largo plazo, con el fin de mejorar sus relaciones interpersonales y su desempeño académico. La intervención Cognitivo-Conductual es una de las intervenciones más completas para trabajar con esta población, ya que aborda una gran cantidad de aspectos que afectan directamente al sujeto. Orjales (2000) manifiesta que “El entrenamiento en autocontrol de la conducta (entrenamiento cognitivo), habilidades sociales, economía de fichas, permiten proporcionar al niño con TDAH estrategias para conocerse mejor, aceptarse a sí mismo, afrontar dificultades y desarrollar estrategias de compensación”.

De acuerdo con lo anterior, esta investigación se basó en la implementación de una intervención cognitivo-conductual en niños, docentes y padres de familia de educación primaria, fundamentada en el uso de técnicas psicológicas que aborden diversas dimensiones cognitivas, sociales y emocionales en niños que estén diagnosticados con TDAH. Así mismo se realizó una evaluación que permita medir la eficacia de este tratamiento.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es un trastorno reconocido a nivel mundial y se puede presentar en cualquier contexto socio-cultural, razón por lo cual se aborda su estudio en el municipio de San Gil, con el propósito de detectarlo con pruebas y diagnósticos de profesionales de la salud mental y de las ciencias sociales y humanas, y al mismo tiempo proceder a una intervención cognitivo – conductual que restablezca la homeostasis y salud integral en los niños y niñas que presenten esta problemática.

Estadísticamente según la Revista Colombiana de Psiquiatría, Bogotá (2009), En el mundo, el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es la patología más común en la población pediátrica (5,29%).

Otro análisis realizado en profundidad, hecho por J.A. Vidarte, M. Ezquerro, M.A. Giráldez (2009), de la Universidad Autónoma de Manizales, manifiesta que “En Colombia existe una prevalencia generalmente mayor que en otros lugares del mundo (hasta un 16% de la población) y solo el 7,4% de los niños con TDAH reciben un diagnóstico de confirmación mediante una entrevista psiquiátrica estructurada”.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Es efectiva una intervención cognitivo- conductual en niños de básica primaria que presentan déficit de atención e hiperactividad?

OBJETIVO GENERAL

Evaluar la eficacia de una intervención cognitivo-conductual en estudiantes de básica primaria del Colegio Técnico Luis Camacho Rueda, que presenten trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Evaluar las características comportamentales de los niños con TDAH a partir del estado actual del trastorno, por medio de pruebas psicológicas y valoración psiquiátrica.
- Determinar la eficacia de una intervención cognitivo-conductual para niños con TDAH, a través de una línea base tomada antes después de la intervención.

ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

En la investigación realizada por Soutullo y Chiclana (2008), se determinó que El TDAH se caracteriza por una excesiva energía que tiene el niño, quien no se puede quedar quieto por mucho tiempo; en el estudio se manifiesta que “se caracteriza por inatención, impulsividad y un exceso de actividad física, que causa serios conflictos de interrelación social y de rendimiento escolar”. (pág.9). De igual manera, se determinó que no solamente es un problema de comportamiento que aparece espontáneamente sin aparente génesis, sino es una condición médica, argumento que nos permite citar a Zayas (2008), quien nos da a conocer que: “El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad es una condición médica de origen psiquiátrico y neurológico que se caracteriza por lapsos de tensión inapropiados a la edad y etapa de desarrollo, de hiperactividad e impulsividad”. (pag.5).

Para conocer un poco más como se ha estudiado el TDHA en Colombia, un estudio realizado por Vélez, Talero, González, Ibáñez (2008), determina que “Los estudios epidemiológicos muestran una prevalencia entre el 1 y 22 por ciento teniendo en cuenta variaciones en aspectos tales como la edad, la región y las características sociales (1, 4-11). En Colombia se han realizado estudios de prevalencia, especialmente en Antioquia, que han permitido establecer una prevalencia global en la población antioqueña del 15 - 17 por ciento (8)” (pág. 7)

Aunque es importante destacar que el TDAH puede tratarse para lograr una mejoría en el niño(a), se determinó por medio de una amplia investigación, una clara postura en relación con esta problemática:

“Padres, profesores, especialistas y personal que trabajan en salud mental tienen el mismo objetivo: ayudar al niño con TDAH para que su funcionamiento sea el mejor posible. No es sorprendente que los programas de intervención, que pueden adoptar muchas formas, sean más efectivos, cuando se administra de forma individualizada para cada niño y cuando incluyen aproximaciones comprensivas. Dichos tratamientos deben ser psicosociales, como la terapia cognitivo-conductual, el entrenamiento en modificaciones de conducta, la educación de los padres acerca del trastorno, entrenamiento en habilidades sociales y un programa de apoyo a las familias. Si los especialistas determinan que el niño debe ser medicado, siempre debe ser añadido a la intervención psicosocial, nunca sola”. (American Academy of Pediatrics 2000; 2007 Pág. 235).

MARCO TEÓRICO

Según la American Academy of Child & Adolescent Psychiatry and American Psychiatric Association (2013), el trastorno por déficit de atención e hiperactividad afecta diferentes aspectos cognitivos y conductuales, además se da en una edad temprana: “Es un trastorno del neurodesarrollo caracterizado por la dificultad para prestar atención, actividad excesiva e impulsividad (actuar antes de pensar).”

Los síntomas del TDAH se pueden identificar en una primera fase, en niños de preescolar, pero se pueden diagnosticar en otras etapas del crecimiento, como en primaria o secundaria según lo expresa la American Academy of Child & Adolescent Psychiatry and American Psychiatric Association (2013). “El TDAH suele identificarse cuando los niños están en edad escolar, pero es posible diagnosticarlo en cualquier momento, desde el preescolar hasta la madurez.” En el mismo estudio demostraron que entre dos o tres estudiantes en un aula de clase de 30 estudiantes, pueden presentar este trastorno; concluyendo que “Estudios recientes indican que casi un 10% de los niños con edades de entre 4 y 17 años tienen diagnóstico de TDAH, según lo informado por sus padres. Por lo tanto, en un aula con 30 niños, entre dos y tres de ellos podrían tener TDAH.”

En Colombia se realizó un estudio para determinar la cantidad de personas a nivel nacional que poseen este trastorno en edades comprendidas de 18 a 65 años; además este estudio deja en evidencia fallas en la intervención y falta de un seguimiento en el tratamiento, según lo refieren Carmen Barrera, Milena Vesga, (2008). “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 los casos que fueron tratados y por otro, falta de un tratamiento que aborde los síntomas a largo plazo” (Pág. 17).

Para tratar de explicar este trastorno de una forma más específica, se debe entender que los niños con un desarrollo cognitivo normal, generalmente tienen períodos de atención breves y altos niveles de actividad; por el contrario, los niños diagnosticados con TDAH mantienen estas mismas conductas pero con comportamientos excesivos e inadecuados para su edad cronológica; es decir, una persona con TDAH puede tener problemas de atención, problemas de hiperactividad e impulsividad, si bien algunos pacientes solo pueden manifestar uno de estos criterios. Este tipo de conductas trae consigo problemas sociales, ya sea en la escuela o en el hogar, aunque cuando los niños entran en su etapa de adolescencia y adulto joven la hiperactividad disminuye pero se pueden presentar otro tipo de problemas de acuerdo con la investigación realizada por la

American Academy of Child & Adolescent Psychiatry and American Psychiatric Association (2013), quienes concluyen que “A medida que se acercan a la adolescencia y la joven madurez, los niños con TDAH pueden volverse menos hiperactivos pero manteniendo problemas significativos de distracción, desorganización o poco control de sus impulsos.”

De acuerdo con los hallazgos encontrados en las investigaciones llevadas a cabo por la American Academy of Child & Adolescent Psychiatry and American Psychiatric Association, 2003 “Los adolescentes con TDAH también pueden experimentar un aumento en el riesgo de accidentes o trasgresiones al conducir, tienen una mayor tendencia a fumar cigarrillos y a consumir drogas, tienen problemas con el empleo y experimentan otros problemas de salud mental además del TDAH.”(pág. 2). Esta información permite inferir que una de las principales áreas que afecta el TDAH en el niño es su actividad académica, debido a que su hiperactividad y déficit de atención le dificulta hacer tareas, respetar las normas de la institución, construir relaciones sociales, además de tener una buena relación con sus pares. A medida que los niños van creciendo sus problemas también. En la adolescencia el abandono escolar es muy alto y el aumento en la indisciplina es considerable, pero también empiezan a evidenciarse problemas en otras áreas que puede causarles daños físicos, por ejemplo los adolescentes con un trastorno por déficit de atención aumenta su tasa de accidentalidad o transgresiones al conducir, tienen una mayor tendencia a fumar cigarrillos y a consumir droga y problemas en el contexto laboral.

La mayoría de padres y madres de familia con hijos diagnosticados con TDAH, desconocen la causa de esta enfermedad. Según, TDAH Guía para padres sobre medicamentos (2003) “La tasa en que se hereda el trastorno es de un 75 por ciento, similar a la tasa en que se hereda la altura de los niños. Los científicos actualmente están buscando los genes y factores ambientales que pueden llevar al desarrollo del TDAH.” Algunos de los factores ambientales estudiados por la Guía Para Padres sobre medicamentos del TDAH (2.003) son “el bajo peso al nacer, exposición a humo de cigarrillo, alcohol, herbicidas o pesticidas estando en el vientre materno y exposición a

sustancias tóxicas del ambiente como plomo de pintura vieja, luego del nacimiento.” Es necesario investigar estos aspectos en el desarrollo del embarazo de la madre, asimismo revisar algunos hábitos psicobiológicos del padre antes, durante y después del embarazo.

Evaluación del TDAH

En el proceso de evaluación para un trastorno por déficit de atención e hiperactividad, se deben utilizar varias herramientas que permitan un diagnóstico preciso y adecuado; al respecto Amador Antonio (2010), describe una serie de procesos para evaluar el TDAH y expone en su investigación que “se utilizan diferentes procedimientos e instrumentos: entrevistas diagnósticas con el niño o adolescente, sus padres y profesores, escalas de valoración completadas por padres, profesores y la persona evaluada, observación directa, o en situaciones análogas, test psicométricos y medidas de laboratorio, entre otros.” (Pág. 15). Es importante recalcar que los síntomas deben estar presentes al menos seis meses antes de diagnosticarse y presentarse antes de los 12 años de edad.

La evaluación es una de los procesos más complejos a la hora de realizar una intervención, ya que una evaluación detallada y científica, permitirá buscar la técnica más adecuada para intervenir el trastorno y a su vez obtener un mejor desempeño en el paciente. Para ello lo más recomendado es trabajar con una gran variedad de profesionales de la salud según lo indica Barrera, Vesga (2008), “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” (Pág. 24).

De acuerdo con Marsellach (2005), existen 5 áreas importantes que hacen parte de la adecuada evaluación de este trastorno: Estado clínico del niño, nivel intelectual y rendimiento académico, factores biológicos, condiciones sociales y familiares y la influencia del marco escolar.

La distribución que realiza Marsellach (2005), determina que el primero se ocupa de los conductas alteradas y de los problemas psicosociales que manifiestan en la

actualidad; para ello se recolecta información con padres, profesores y los mismo niños por medio de entrevistas, ya sean estructuradas o abiertas; la segunda área se basa principalmente en su parte cognitiva y para medir este ítem utiliza calificaciones académicas en el curso actual y de algunos años anteriores, también se pueden aplicar pruebas psicológicas que permitan medir su CI, además de estrategias cognitivas que los pacientes empleen en la solución de conflictos; el tercero es de gran utilidad para detectar signos neurológicos, anomalías congénitas u otros síntomas orgánicos; una cuarta dimensión o área, a diferencia de los anteriores, analiza el niño en su aspecto socioeconómico, esto quiere decir que se fundamenta en su relación con el contexto socio-cultural y económico, por ejemplo el clima familiar, normas educativas, tamaño calidad y ubicación de la vivienda familiar entre otras; ya por último, se revisa el desempeño en la escuela en la detención y tratamiento para niños adolescentes y jóvenes que posean este trastorno. Aquí se deben evaluar dos factores: Factor personal y organización estructural del centro.

Instrumentos de evaluación

Los instrumentos más utilizados a la hora de realizar una evaluación del TDAH según la publicación hecha por Amador (2010), expone que “se recogen una serie de instrumentos de evaluación que pueden utilizarse en la valoración de sujetos que presentan conductas y síntomas de TDAH. Los instrumentos que se presentan son de cuatro tipos: entrevistas, escalas de valoración, estrategias de observación y tests y medidas de laboratorio”. (Pág. 15).

Entrevistas

De acuerdo con Hodges, (1993), citado por Amador; (2010) “la entrevista es uno de los medios más empleados para obtener información sobre los problemas y alteraciones de conducta. Aunque existen diversos tipos y técnicas de entrevista, que responden a diferentes modelos psicológicos, en la actualidad se dispone de un conjunto importante de entrevistas estructuradas y semiestructuradas que adaptan sus preguntas a los contenidos de los sistemas diagnósticos tipo DSM. Estas entrevistas pueden administrarse a los padres y a sus hijos, y analizan diferentes alteraciones psicopatológicas que pueden aparecer en la infancia o adolescencia” (pág.16)

El aporte realizado por Barkley (1991b), expresa que entre las entrevistas destinadas a evaluar de forma primordial el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, destacamos tres: la entrevista clínica para niños y adolescentes con TDAH, la entrevista semiestructurada para adultos con TDAH y la Evaluación de los síntomas infantiles por medio de los padres de Taylor, Schachar, Thorley y Wieselberg (1986).

Intervención Cognitivo- Conductual

El TDHA es un trastorno que como anteriormente se explica está relacionado con el comportamiento del niño, por ello se pretende modificar la conducta para mejorar la atención del mismo; para ello es importante lograr que el niño adquiera unas bases que mejoren su autocontrol, es por ello que es importante realizar una intervención de tipo cognitivo-conductual con la cual se pretende una mejora en la atención del niño. La manera en que se lleva esta intervención es como sigue:

La modificación de la conducta, también muy conocida, hace hincapié en las consecuencias de las conductas de prestar atención, de observar las normas, de esfuerzo escolar, de comportarse de forma adecuada socialmente y otras similares. La formación para padres y para profesores se utiliza ampliamente. La falta de generalización y de persistencia de las mejoras conseguidas con el tratamiento ha llevado a interesarse por formar a los niños con TDHA para que regulen su propio comportamiento. (Rita y Allen, 2000, pág. 236).

Autocontrol de la conducta

El autocontrol es una técnica cognitivo-conductual la cual es utilizada con el fin de que las personas manejen sus propios comportamientos, mejorando dicho comportamiento por sí mismo y de esta manera se puede decir que:

Los grupos de autocontrol tienen como objetivo explícito proporcionar un conjunto de habilidades que permiten al individuo controlar las conductas que le son problemáticas. El objetivo específico consiste en proporcionar a la persona las habilidades necesarias para modificar su propia conducta. La persona objetivo es el paciente mismo y la atención se centra en los problemas de la conducta individual y en la variedad de habilidades y técnicas que son necesarias para afrontar los problemas objetivo. (Caballo, 1995, pág. 830).

*Economía de fichas**Definición y descripción*

Según el glosario de White (1971) citado por Caballo (1995). Una economía de fichas es “un sistema de reforzamiento en el que se administran fichas como refuerzo inmediato, fichas que son “respaldadas” posteriormente permitiendo que se cambien por refuerzos más valiosos”. (pág. 330).

MÉTODO

Tipo de investigación

Es una investigación experimental, de diseño preprueba- postprueba con un solo grupo (G O1 X O2) la cual consiste en que a un grupo se le aplicara una prueba previamente al tratamiento, luego se aplica una intervención de tipo cognitivo- conductual y se aplicará nuevamente una prueba con el fin de evaluar el impacto en la intervención del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (Hernández, Fernández, Baptista, 2006). El enfoque de la presente investigación es de tipo mixto, cualitativo por que se analizan los resultados de la implementación de una intervención cognitivo conductual y cuantitativo ya que requiere herramientas y métodos que serán analizados estadísticamente.

Participantes

Población: Niños con edades entre 6 y 12 años de edad del Colegio Técnico Luis Camacho Rueda del municipio de San Gil, los cuales han sido diagnosticados con trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

Muestra: La muestra elegida se realizará de acuerdo con los niños que sean diagnosticados por los instrumentos de evaluación a padres, docentes y estudiantes, así como la valoración psiquiátrica realizada a los menores.

Criterios de Inclusión. La selección de la muestra se realizó teniendo en cuenta dos criterios establecidos para la presente investigación: 1.- Los resultados obtenidos a través de la aplicación a Padres y Docentes, del instrumento EDAH –Pretest. 2.- La valoración psiquiátrica, realizada a los niños seleccionados en el pretest aplicado a padres y docentes, valoración que realizó el psiquiatra Adrián Antonio Villanueva Vera de la Clínica Villamaría.

Instrumentos

Los instrumentos utilizados en la investigación son:

Formato de Consentimiento Informado: Es un formato que busca describir lo que se quiere lograr con el estudio, los procedimientos que se emplearán, posibles riesgos, beneficios y los derechos como participantes en la investigación, el cual será aprobado y firmado previamente por los padres de los niños, antes de iniciar el programa.

Instrumento validado Escala para la evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (EDAH) (ver anexo 2, 3 y 4) Farré A. y Narbona G. explican la prueba: “esta herramienta permite medir los principales síntomas del TDAH: Hiperactividad, impulsividad y déficit de atención, estableciendo si el predominio es atencional o es de tipo mixto, así como los límites con los trastornos de conducta.

Este instrumento va a ser aplicado primordialmente a los docentes y padres de familia de niños del colegio Luis Camacho Rueda, con edades comprendidas entre los 7 y 12 años de edad que presenten algún síntoma de TDAH. Se caracteriza por su sencillez para aplicar, ya que solo toma 5 o 10 minutos, y su estructura está diseñada por 20 preguntas, las cuales se distribuyen en 5 ítems de hiperactividad-impulsividad, 5 ítems de atención y 10 de trastornos de conducta”.

Las respuestas tienen un valor de 0 a 3 de acuerdo con lo que responda cada docente o padre de familia; después se revisa la frecuencia con que se presentan las conductas, hallando la suma de cada subescala en donde se obtienen las puntuaciones directas de cada una de ellas y así determinar si superan o no el punto de corte y alcanzar el correspondiente centil.

Programa de intervención cognitivo conductual para niños con déficit de atención con hiperactividad, Isabel Orjales (2000). La intervención cognitivo - conductual fue diseñado por Isabel Orjales para su tesis doctoral, la cual se basó en el programa de Kendall, Padawer y Zupán (1980), proceso en el cual se utilizan técnicas muy comunes en psicología como lo son el entrenamiento en tareas de solución de problemas, entrenamiento autoinstruccional, modelamiento, autoevaluación, y utilización de contingencias.

El manual fue creado y organizado con ayuda de los psicólogos que trabajan con niños con déficit de atención con hiperactividad para edades entre los 6 y 12 años.

Procedimiento

La investigación se realizará a partir de las siguientes fases:

Fase 1: inicialmente se realizó una visita al Colegio Técnico Luis Camacho Rueda, con el fin de presentar la propuesta de investigación.

Fase 2: Se llevó a cabo una reunión con los padres de los niños para informar cómo se llevaría a cabo el procedimiento y se realizó la firma del formato de Consentimiento Informado. (Anexo 1).

Fase 3: Se aplicó el instrumento EDAH Pre Test, a los docentes y padres con el propósito de identificar los niños con TDAH y al mismo tiempo tener un punto de referencia del estado actual del trastorno de cada uno de los niños. (Anexo 2, 3 y 4).

Fase 4: Se llevó a cabo una valoración psiquiátrica, realizada por el Psiquiatra Adrian Villanueva de la clínica Villa María del municipio de San Gil, para fortalecer el diagnóstico de la población a intervenir.

Fase 5: Se aplicó un tratamiento Cognitivo- Conductual (autocontrol y economía de fichas) a los niños, con el fin de buscar un mejor aprendizaje para el cambio comportamental en los pacientes con TDAH.

Fase 6: Con los docentes y padres de familia, se realizaron reuniones con el propósito de capacitarlos en pautas pedagógicas en la enseñanza de niños diagnosticados con TDAH.

Fase 7: Se aplicó nuevamente a docentes y padres de familia, el instrumento EDAH Pos Test, para determinar la eficacia de la intervención cognitiva – conductual, sobre el cambio comportamental de los niños.

Fase 8: Para culminar con la intervención se propone una integración con niños y padres de familia en un ambiente campestre, donde se podrán realizar actividades lúdicas y reflexivas, con el propósito de fortalecer los vínculos familiares, reforzar las conductas positivas presentes durante el programa y establecer pautas de crianza para el manejo de niños y adolescentes con trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

RESULTADOS

Los resultados se analizaron por medio de una tabulación hecha en un programa de office Windows llamado EXCEL, el cual permite el análisis de los datos y a la vez realizar las correspondientes gráficas, este análisis estadístico, evidencia los datos obtenidos por medio de la prueba EDAH aplicado a padres y docentes de los niños con TDAH el cual indica el centil de cada valor.

Los resultados cuantitativos se obtuvieron por medio de la media aritmética la cual es una prueba estadística que se allá por la sumatoria de todos los valores de la variable, dividida entre el número total de la población.

Resultados Cuantitativos

La grafica muestra el rango de edad del total de la población compuesta de la siguiente manera: 1 niño de 7 años, 1 niño de 8 años, 2 niños de 9 años y 1 niño de 10 años.

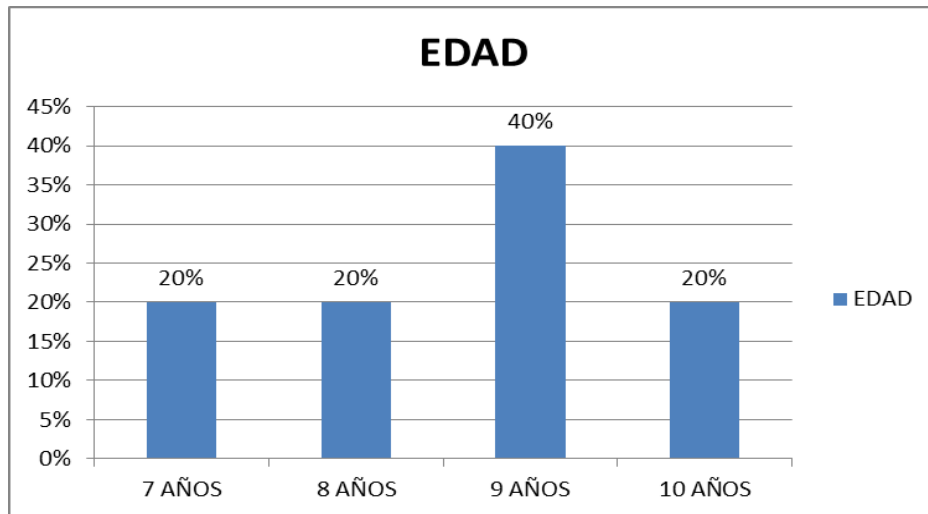


Grafico 1: Análisis porcentual sobre la proporción de la edad total de la población.

De acuerdo a los resultados obtenidos en la aplicación de la prueba EDAH para el pre-test, a los profesores de los niños con TDAH, el factor más cerca del centil fue Trastorno de Conducta en contraste con el factor Hiperactividad que mostro un menor puntaje. (Ver Tabla 1.)

Tabla nro.1: Resultados por factores de la prueba EDAH pre-test aplicado a los profesores de los niños con TDAH.

Factor Evaluado	H	DA	TC	H+DA	H+DA+TC
-----------------	---	----	----	------	---------

J1	99	95	99	99	99
C1	99	99	99	99	99
J2	80	99	99	98	99
J3	97	99	99	99	99
J4	99	99	99	99	99

La tabla muestra el factor = Subescala de evaluación; H= hiperactividad; DA= déficit de atención; TC= Trastorno de Conducta; H+DA= Sumatoria de Hiperactividad y déficit de atención; H+DA+TC= Sumatoria de los factores ya mencionados.

Los factores se presentan en centiles, permitiendo establecer la presencia o ausencia del trastorno para cada uno de los factores, calificándose de acuerdo a si el centil supera el indicado, se presume el diagnóstico, los centiles indicados se encuentran en a) Hiperactividad: centil 95; b) Déficit de atención: centil 93; c) Trastorno de conducta: centil 91; d) Hiperactividad más déficit de atención: centil 95; e) Puntuación Global: centil 95. (Ver anexo 5)

En la tabla podemos observar como la mayoría de sujetos evaluados puntúan por encima del centil señalado cumpliendo los factores para TDAH en la mayoría de centiles.

De acuerdo a los resultados obtenidos en la aplicación de la prueba EDAH para el 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 mostro un menor puntaje. (Tabla 2.)

Tabla nro.2: Resultados por factores de la prueba EDAH pre-test aplicado a los padres de los niños con TDAH.

Factor Evaluado	H	DA	TC	H+DA	H+DA+TC
J1	95	93	99	97	99
C1	99	97	99	99	99
J2	99	70	90	85	90
J3	80	99	97	97	99
J4	91	93	98	96	98

De acuerdo a los resultados obtenidos en la aplicación de la prueba EDAH para el post-test, a los profesores de los niños con TDAH, el factor más cerca del centil fue Trastorno de Conducta en contraste con el factor Hiperactividad que mostro un menor puntaje. (Tabla 3.)

Tabla nro.3: Resultados por factores de la prueba EDAH post-test aplicado a los docentes de los niños con TDAH.

Factor Evaluado	H	DA	TC	H+DA	H+DA+TC
J1	97	80	99	95	99
C1	99	99	99	99	99
J2	91	99	96	99	99
J3	60	97	80	93	90
J4	80	85	95	85	93

De acuerdo a los resultados obtenidos en la aplicación de la prueba EDAH para el post-test, a los padres de los niños con TDAH, el factor más cerca del centil fue Trastorno de Conducta en contraste con el factor Hiperactividad que mostro un menor puntaje. (Tabla 4.)

Tabla nro.4: Resultados por factores de la prueba EDAH post-test aplicado a los padres de los niños con TDAH.

Factor Evaluado	H	DA	TC	H+DA	H+DA+TC
J1	35	60	55	50	50
C1	97	85	99	96	99
J2	70	55	50	65	55
J3	50	80	75	70	75
J4	35	70	80	55	70

Factor = Subescala de evaluación; H= hiperactividad; DA= déficit de atención; TC= Trastorno de Conducta; H+DA= Sumatoria de Hiperactividad y déficit de atención; H+DA+TC= Sumatoria de los factores ya mencionados.

Los factores se presentan en centiles, permitiendo establecer la presencia o ausencia del trastorno para cada uno de los factores, calificándose de acuerdo a si el centil supera el indicado presume el diagnóstico, los centiles indicados se encuentran en a) Hiperactividad: centil 95; b) Déficit de atención: centil 93; c) Trastorno de conducta: centil 91; d) Hiperactividad más déficit de atención: centil 95; e) Puntuación Global: centil 95. (Ver anexo 5)

En la gráfica podemos observar como los sujetos evaluados puntúan por encima del centil señalado cumpliendo el factor para TDAH. (Ver figura.2 y 3)

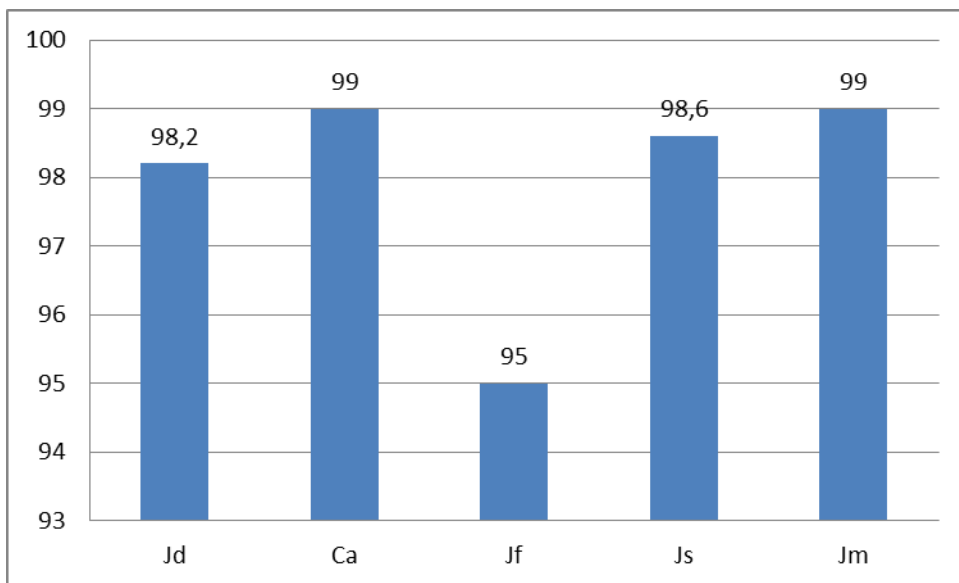


Grafico 2: Resultados de la prueba pre-test del EDAH, aplicada a docentes de los niños diagnosticados con TDAH.

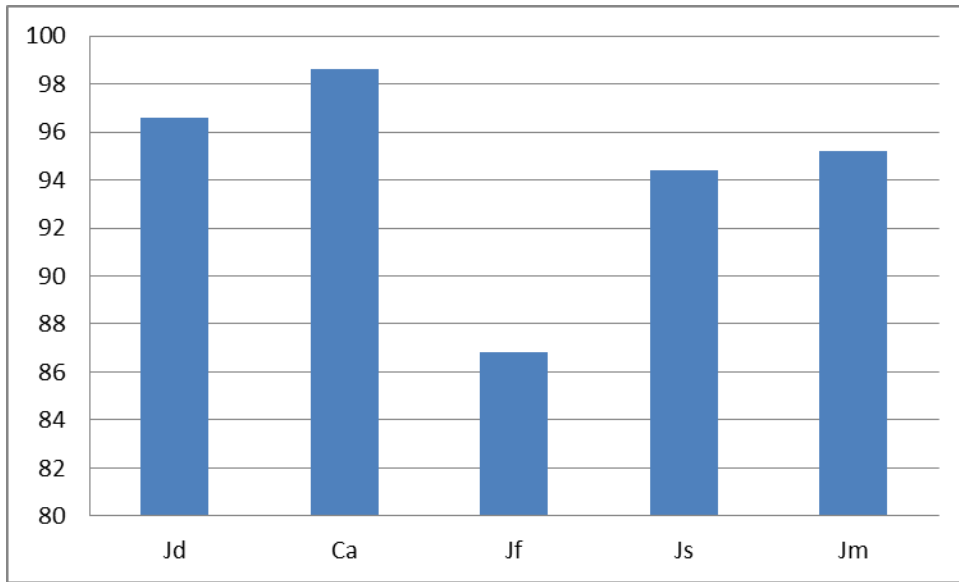
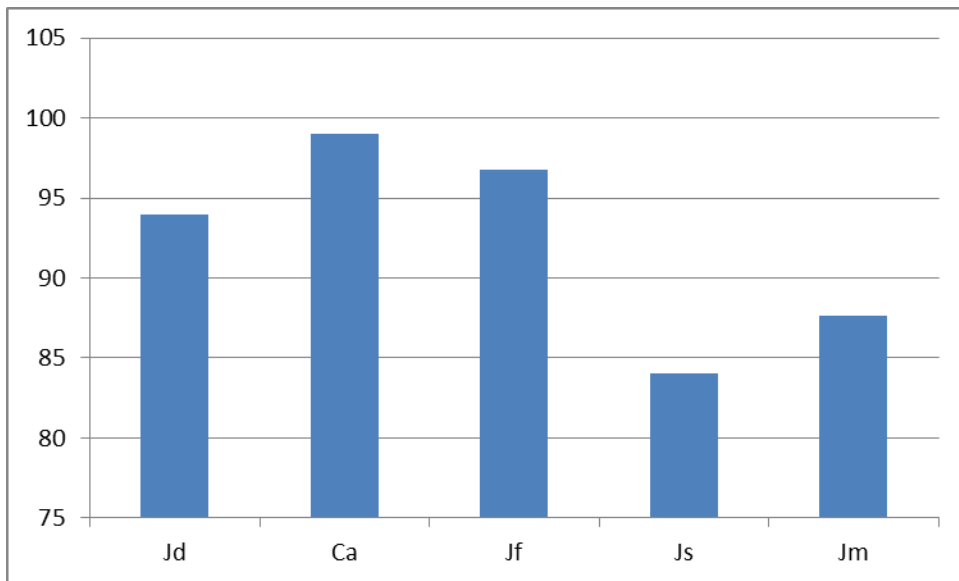
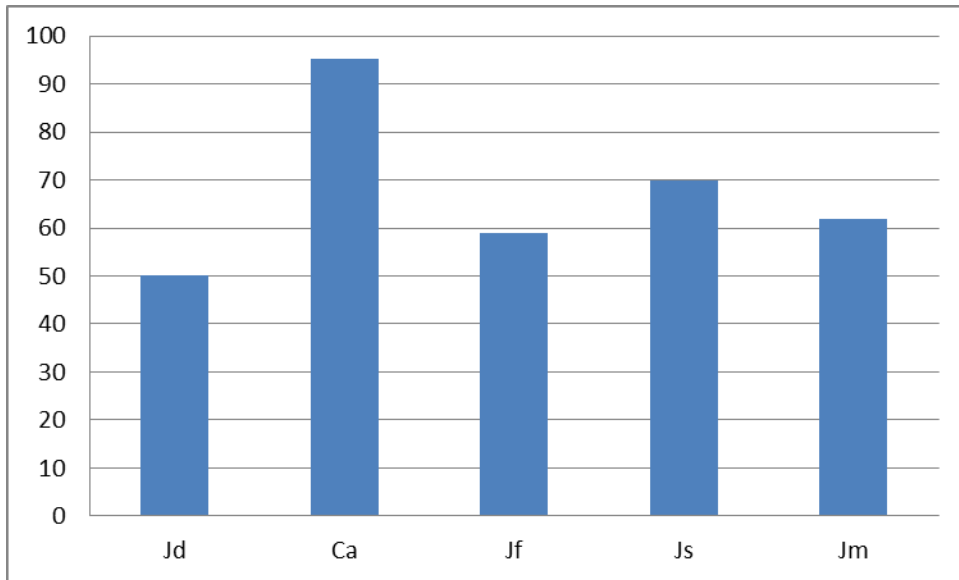


Gráfico 3: Resultados de la prueba pre-test del EDAH, aplicada a padres de los niños diagnosticados con TDAH.



Grafica 4: Resultados de la prueba post-test del EDAH, aplicada a profesores de los niños diagnosticados con TDAH.



Grafica 5: Resultados de la prueba post-test del EDAH, aplicada a padres de los niños diagnosticados con TDAH.

Esta información demuestra que hubo una disminución notoria en todos los factores que calificaron para TDAH. Cabe señalar que en algunos de los casos no se manifiestan en gran medida por: 1. A uno de los niños los padres no realizaron la aplicación de la economía de fichas. 2. En otro de los niños las puntuaciones fueron más bajo pero no fueron suficientes para disminuir en el centil esto en la prueba aplicada a docentes ya que en la de sus padres si se hace notoria la disminución. (Gráficos 4 y 5).

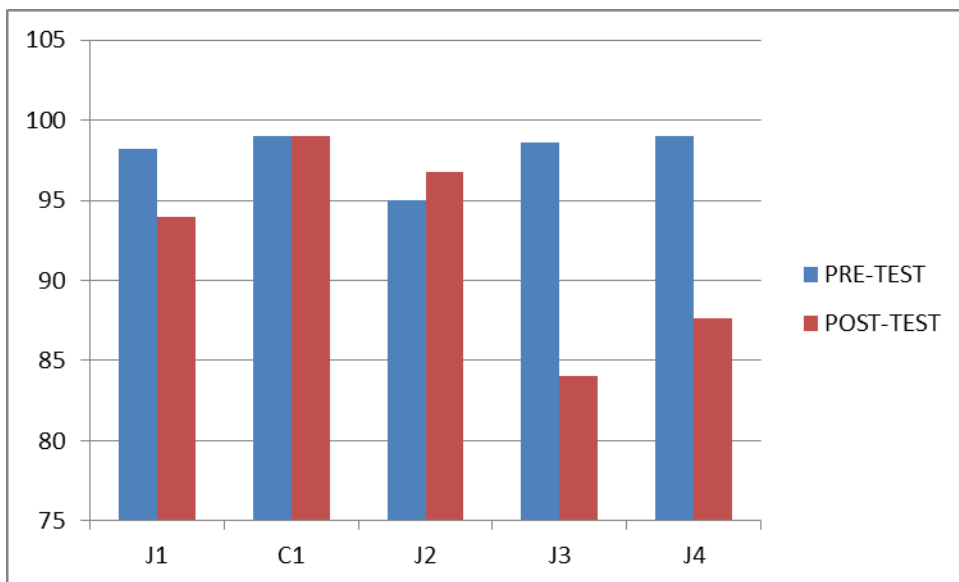


Grafico 6: Resultados de las pruebas pre-test y post-test aplicada a los Docentes de los niños diagnosticados con TDAH.

Esta grafica permite observar los resultados unificados de las pruebas pre-test y post-test de todos los niños con TDAH aplicada a docentes. Lo datos señalan que hubo datos significativos en la presencia del TDAH siendo evidente que: el niño J3 es quien muestra una mayor disminución en los indicadores de las escalas del EDAH, seguido por el niño J4; el niño J1 muestra en menor medida pero si se evidencia disminución; El niño C1 no muestra disminución y la puntuación continua igual y por último el niño J2 muestra un aumento en las conductas.

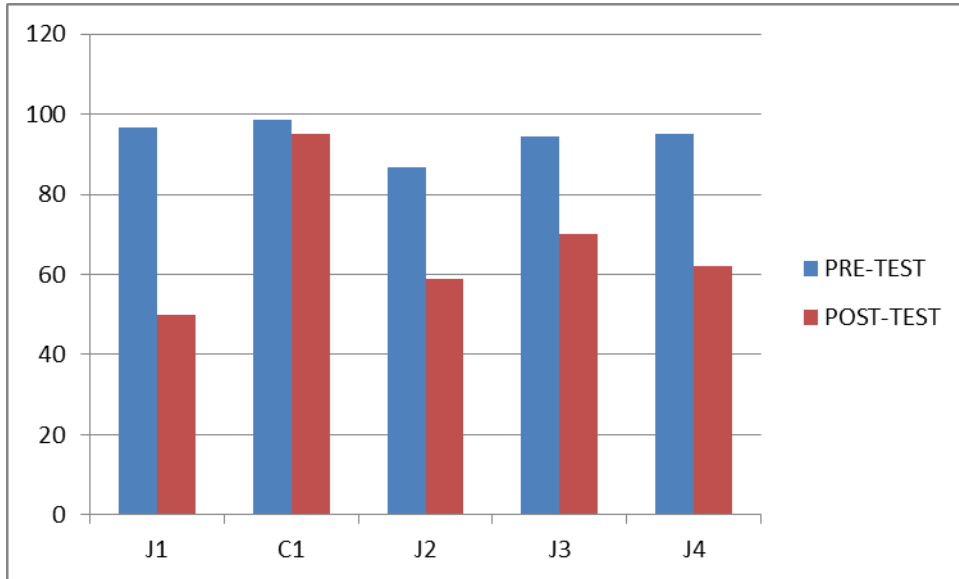


Gráfico 7: Resultados de las pruebas pre-test y post-test aplicada a los padres de los niños diagnosticados con TDAH.

Esta grafica permite observar los resultados unificados de las pruebas pre-test y post-test de todos los niños con TDAH aplicada a padres. Lo datos señalan que hubo cambios significativos en la presencia del TDAH, manifestando una mejoría en los niños y sus conductas.

Resultados Cualitativos

En la medida en que el proyecto fue avanzando y se realizaron diversas intervenciones, y reuniones con padres y profesores se pueden manifestar cambios significativos tanto en la conducta como en el rendimiento académico de la mayoría de los niños. Los docentes manifiestan que su atención fue mayor en clase, al igual que las responsabilidades asumidas con las tareas, de esta manera expresaron que se disminuyó notoriamente la agresividad, logrando una mejor integración al grupo. En el análisis y la retroalimentación obtenida con los padres, manifiestan que en su comportamiento en la

casa, se evidenció el interés de los niños por cumplir metas, la mejoría en tareas tanto educativas como del hogar. De igual forma se puede observar como uno de los niños no mostro mejoría ya que faltó colaboración por parte de sus padres para aplicar la economía de fichas y otros apoyos, tareas de refuerzo que se solicitaron y se requerían durante las intervenciones necesarias para la mejoría.

La investigación buscaba la determinación de la eficacia de una intervención cognitivo-conductual y por ende de las técnicas utilizadas como los son la técnica de autocontrol de la conducta y la técnica de la economía de fichas; La primera se dio por medio de las intervenciones realizadas con los niños, donde se manifiestan cambios en la atención del niño, mostrándose una mejoría, como lo expresaron los profesores, permitiendo de esta manera trabajar mejor en el salón de clase, así como la realización de tareas y la culminación de las misas, aprendizaje que se trabajó por medio de parábolas que les muestran la importancia de ser ellos quienes se responsabilizan de sus quehaceres. Por otro lado se evidencio la aceptación del grupo hacia los niños que participaron con la investigación, las intervenciones se desarrollaron por medio de terapias de relajación, de imaginación guiada, y de la práctica de la tortuga, intervenciones que llevaron a los niños a construir y aprender un mayor autocontrol en su comportamiento agresivo y del juego.

También se manejó la economía de fichas, tanto en padres como en docentes (Ver anexos 6,7 y 8), en esta intervención, se establecieron los premios de acuerdo a las posibilidades y capacidades económicas, relacionales y socioculturales de padres y profesores, en relación con los niños. Se evidenció durante esta técnica, el interés de los niños por mejorar las conductas para obtener los premios, aunque los docentes no fueron constantes con la aplicación de la técnica de economía de fichas, los padres que aplicaron la técnica, si manifestaron mejoría en sus hijos y en su rendimiento académico y en el hogar, aunque es cabe resaltar, que a uno de los niños no le aplicaron la técnica de economía de fichas en el hogar, y fue uno de los que no mostró ningún cambio comportamental positivo, en la razón a que la técnica de la economía de fichas, era una de las técnicas principales para logara la disminución de TDAH.

Con el propósito de fortalecer el cambio comportamental y que el aprendizaje perdure en el tiempo, se sugirió a los padres que compartieran más tiempo con sus hijos, ya que es importante para ellos recibir un poco más de atención, pues según las manifestaciones tanto de padres como de los niños, los momentos que comparten son muy limitados a causa de sus empleos y se manifestó por parte de uno de los padres de un niño, que inició un proceso de dedicarle una hora diaria a su hijo y con ello empezó a ver mejoría en su aprendizaje y colaboración con las cosas que le interesaron.

Finalmente se le pide a los padres que continúen implementando las técnicas aprendidas, independiente del acompañamiento realizado en esta investigación, para de esta manera poder brindarle un apoyo a su hijo en los cambios comportamentales que requieren, para una mejora de la calidad de vida de los niños y sus familias.

DISCUSIÓN

El TDAH es un trastorno psicológico que afecta la atención y el comportamiento de las personas que lo poseen. En la etapa de la niñez se presentan sus principales síntomas, tales como, déficit de atención, hiperactiva e impulsividad, aunque también se pueden presentar en la etapa adolescente o adulta. Varias investigaciones ponen de manifiesto el incremento de este tipo de trastorno en los niños de 7 a 11 años, razón por la cual se convierte en un tema de mayor interés para transformar positivamente las relaciones sociales, tanto en la escuela como en el hogar de cada uno de los niños que presentan el TDAH, además de realizar intervenciones de prevención de futuras complicaciones psicológicas y físicas.

Basado en lo anterior, se encuentran diversas técnicas de intervención, las cuales incluyen el uso de fármacos y/o acompañamiento psicológico, basándose principalmente en el enfoque cognitivo-conductual, todo esto con el fin de disminuir la sintomatología de esta problemática. Por estas razones, la presente investigación, ha priorizado la aplicación de la intervención cognitivo-conductual, con el propósito de disminuir las manifestaciones comportamentales que afectan el desarrollo equilibrado de los niños y la incidencia de diferentes problemas en sus ámbitos sociales, así como buscar la supresión de los fármacos, para incluir y priorizar las técnicas psicológicas,

pretendiendo favorecer la prevención de este trastorno y la promoción de una salud integral.

Partiendo de este análisis, la intervención se implementó con padres, profesores y niños, cada grupo humano con una técnica diferente, pero con el mismo enfoque cognitivo-conductual. Con los resultados obtenidos del pre test y del post test, se evidencio una modificación en algunas conductas que impedían un bienestar sano y estable para el niño; comportamientos como la incapacidad de mantener la concentración a un estímulo definido, el exceso de la conducta motora, el actuar sin pensar (Impulsividad), las difíciles relaciones sociales con sus compañeros, el rendimiento académico, el desacato a la ley y a la autoridad, el olvido de culminar lo que comienzan (Tareas), pararse del puesto, interrumpir sus compañeros, irrespetar a padres y a maestros, fueron algunas de las conductas que disminuyeron significativamente en la mayoría de los niños.

Los resultados estadísticos indican un cambio en cada una de las pruebas (Pre Test y Post) de docentes y padres. Los 5 niños elegidos para pertenecer al programa tenían puntuaciones superiores en todas las subescalas de la prueba EDAH Pre Test, de acuerdo al centil que calificaba para tener la conducta desadaptativas, en la primera evaluación que se hizo a profesores y padres de familia. Al realizar el post test se evidencia una disminución en ciertas conductas y por ende en el trastorno. Por ejemplo, “jd” en el pre test sumaba una puntuación total en el EDAH de 96, mientras que en el Pos Test obtuvo un promedio de 50. Si se revisa más fondo se puede observar que “jf” no tiene un cambio notorio en el total de cada prueba, pero disminuyo en una subescala del cuestionario (hiperactividad), además de recibir un reconocimiento de sus profesores por la mejoría que ha presentado, hasta el punto de disminuir niveles de ansiedad y depresión que el niño manifestaba constantemente.

De acuerdo a esto, la intervención psicológica cognitivo-conductual, debería ser el primer método a utilizar con este trastorno, debido a sus grandes beneficios a corto, mediano y largo plazo; si se realiza una comparación con la farmacología, ésta puede garantizar una solución confiable, sino una disminución temporal de los síntomas, así

mismo de producir efectos secundarios irreversibles, tal como lo señalan Swanson y su 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 solo sirve para aliviar los síntomas temporalmente, contrayendo efectos secundarios, que en muchas ocasiones tienden a ser más adversos que los síntomas del síndrome.

Por otra parte, se hace relevante observar la mejoría de los niños en su entorno escolar. 4 de los 5 niños mejoraron sus calificaciones, sus relaciones interpersonales con compañeros, la empatía con profesores, así como el acatamiento a tareas y en algunos casos a destacarse académica y comportamentalmente frente a sus otros compañeros. Este tipo de intervenciones, permiten fortalecer la permanencia en las instituciones educativas y prevenir la deserción escolar, como lo manifiestan García & Magas, (2000). Que dan por resuelto, 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 constituir una auténtica frustración escolar.

Aunque hubo un niño que mantuvo sus conductas disruptivas, generadas por una gran cantidad de variables extrañas, entre ellas, falta de apoyo y compromiso por parte de padres, baja motivación e influencias religiosas entre otros.

Por esta razón, una intervención oportuna, compone un elemento fundamental para un pronóstico positivo, ya que este permite prevenir problemas severos en una edad adolescente y adulta. Así mismo, esta terapia psicología, brinda una cura a mediano y largo plazo, lo cual, es lo que se espera de un tratamiento efectivo. El TDAH en la edad adulta según lo afirman Martínez & Meneghuello (2000), se presentan cambios súbitos de inestabilidad del trabajo, en las relaciones amorosas y en las relaciones sociales, presentando fracasos en el campo laboral, social y familiar.

CONCLUSIONES

El trastorno por déficit de atención con hiperactiva, tiene una gran influencia negativa en las relaciones personales, familiares y sociales de quienes lo padecen. Un diagnóstico erróneo a destiempo o una intervención farmacológica sin realizar un diagnóstico a profundidad, entre otras, son las encargadas de que este trastorno sea un tema de suma importancia, que de no ser atendido puede traer complicaciones más grandes.

Con respecto a la intervención, se puede afirmar que una intervención cognitivo – conductual, aplicada de manera responsable y basada en los parámetros establecidos, ayuda en un 80 % de los casos que poseen este trastorno, a su mejoría y cambio. Un buen manejo de cada técnica permite la disminución de conductas mal adaptativas, que impiden el mejor desempeño del niño en el campo escolar, familiar y social. Comportamientos, tales como pautas de autocontrol, relajación, economía de fichas, son de gran importancia para cambiar su desenvolvimiento social.

Teniendo en cuenta, el seguimiento que se realizaba quincenalmente con padres y profesores, se logró evidenciar el cambio positivo en el rendimiento académico, así como en las relaciones con sus padres y en la disminución de las conductas motrices excesivas, concluyendo que la técnica que más influenció este cambio, fue la economía de fichas, debido a su fácil aplicación y efectividad.

Finalmente el proyecto permitió realizar un estudio y una intervención, desde el enfoque de la inclusión social, sin tener en cuenta clase social, nivel escolar, religión o cultura, gracias a que estos aspectos no influyen en la evaluación, diagnóstico e intervención, es decir que se puede aplicar a cualquier tipo de persona o grupo. De esta manera se debe entender, que aunque se modificaran conductas problemáticas (hiperactividad, atención e impulsividad), estos resultados no se pueden generalizar con toda persona que posea el TDAH, ya que este programa se estableció bajo unos criterios de inclusión específicos y se deben analizar todas las variables intervinientes, socio-económicas, ambientales, así como socio-históricas y culturales.

BIBLIOGRAFÍA

Acosta C, Amaya X, Arciniegas A, Arcos A. Diseños e implicaciones de protocolos de evaluación neuropsicopedagógica. Revisión: 2005 de: http://ridum.umanizales.edu.co:8080/jspui/bitstream/6789/1610/1/Acosta_Olaya_Cristina_2005.pdf

Amador J. Infancia y adolescencia. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: características, evaluación y tratamiento. Recuperado en el 2010 de http://www.ascofapsi.org.co/documentos/2010/v_catedra/sesion_7/TDAH_amador_documentacion.pdf

American Academy of Child & Adolescent Psychiatry and American Psychiatric Association. TDAH Guía para padres sobre medicamentos. Revisión: julio de 2013 de http://www.psychiatry.org/file%20library/mental%20illness/adhd_parents_medication_guide_spanish_2014.pdf.

Barkley K. y Bill W. UNCG centennial oral history Project collection. Revisión: Junio 1991 de: <http://libcdm1.uncg.edu/cdm/ref/collection/OralHisCo/id/6978>

Beltrán Y, Barrera C, Vesga M. Evaluación del impacto de un programa de intervención cognitivo-conductual para niños con déficit de atención con hiperactividad, pertenecientes a instituciones educativas del municipio de Giron. Revisión: Abril de 2008 de: http://repository.upb.edu.co:8080/jspui/bitstream/123456789/151/1/digital_15729.pdf

Brown T. Trastorno por déficit de atención. Una mente desenfocada en niños y adultos. Revisión: 2006 de: <http://www.cogniciona.es/bibliografia.php>

Caballo Vicente (1995). Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta. Madrid: Siglo veintiuno de España Editores S.A.

Campeño Yoana, Intervención psicopedagógica en niños afectados por el síndrome TDAH. Revisión: 2014 de <http://eprints.ucm.es/24523/1/T35110.pdf>.

G. Marsellach, Agresividad Infantil, Revisión: 2005 Recuperado 11 de febrero de 2007, Universidad Nacional Federico Villarreal, Lima Perú de: <http://www.psicocativa.com/arti/articulo.asp?siteldno=783>.

Gómez C, Archila M., Rugeles C, Carrizosa J, Rugeles M, Cornejo J. Estudio prospectivo comparativo sobre el desarrollo psicomotor de niños, nacidos de madres positivas para el virus de inmunodeficiencia humana tipo 1 no infectados. Revisión: Marzo de 2009 de: <https://www.neurologia.com/sec/deAutor.php?auof=10175&i=e>

Hernández Sampieri, Fernández Collado, Baptista Lucio. (2006). Metodología de la investigación. México D.F.: Mc Graw Hill.

Orjales I. y Polaino A. Programa de intervención cognitivo-conductual para niños con déficit de atención con hiperactividad. Revisión: 2010 de: <http://www.casadellibro.com/libro-programas-de-intervencion-cognitivo-conductual-para-ninos-con-def-icit-de-atencion-con-hiperactividad/9788478693597/751320>

Rita Wicks, Allen Israel. (2000). Psicopatología del niño y del adolescente. Madrid: Prentice Hall.

Rodríguez S, Solano A. Consecuencias familiares y escolares en los hogares de 12 niños/as diagnosticados con TDAH de la corporación HIDEA. 2009, de http://repository.uniminuto.edu:8080/xmlui/bitstream/handle/10656/482/TTS_RodriguezJimenezStella_09.pdf?sequence=1.

Soutullo C. Chiclana C. TDHA Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Revisión: 2008 de: http://www.doctorcarloschiclana.com/index.php?option=com_content&view=article&id=46%3Atdah-trastorno-por-deficit-de-atencion-e-hiperactividad&catid=11%3Alibros&Itemid=38.

Taylor E, Schachar R, Thorley G, Wieselberg M. Conduct disorder and hyperactivity: I. Separation of hyperactivity and antisocial conduct in British child psychiatric patients. Revisión: Diciembre de 1986 de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3790875>

Vélez A, Talero C, González R, Ibáñez M. Prevalencia de trastorno por déficit de atención con hiperactividad en estudio de escuelas de Bogotá, Colombia. Revisión: Febrero de 2008 de: http://www.acnweb.org/acta/2008_24_1_6.pdf.


Vidarte, Ezquerro, Giráldez. Perfil psicomotor de niños de 5 a 12 años diagnosticados clínicamente de trastorno por déficit de atención/hiperactividad en Colombia. Revisión: 2009 de: <http://www.neurologia.com/pdf/web/4902/bc020069.pdf>.

Zayas C, Análisis de los factores que ocasionan déficit de atención con hiperactividad en los niños de acuerdo con la revisión de literatura. Revisión: Diciembre 2008 de: http://www.suagm.edu/umet/biblioteca/UMTESIS/Tesis_Educacion/CZayasFontanez1612.pdf.

Farré A. y Narbona J. EDAH Escalas para la evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

ANEXOS

Anexo 1

	<p style="text-align: center;">Universidad UNAB en Extensión en UNISANGIL Proyecto de Psicología En el Colegio Luis Camacho Rueda del Municipio de San Gil.</p>
<p>CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DE NIÑOS</p>	

Yo, _____, identificado con cédula de ciudadanía número _____ de _____, actuando en mi calidad de representante legal del menor _____, manifiesto a ustedes mi aceptación del tratamiento ofrecido por la institución dentro de **Práctica profesional en un ejercicio académico** y que ha sido explicado y entendido por mí, cuyas condiciones generales se encuentran en el documento que describe la actividad que desarrolla la institución, del cual he recibido un ejemplar.

Tengo pleno conocimiento y acepto que el tratamiento sea atendido por un estudiante de práctica en psicología bajo la asesoría del docente quien es profesional en psicología clínica perteneciente a la facultad de Psicología de la Universidad UNAB -UNISANGIL, con el fin de llevar a cabo la práctica indispensable en su formación académica y que por lo tanto, nuestra situación y la situación de nuestros representados será discutido con el (los) supervisores del estudiante, con el fin de que estos dirijan y vigilen el servicio que se presta.

Entiendo que toda la información concerniente a la evaluación y tratamiento de mi representado es confidencial y no será divulgada ni entregada a ninguna otra institución o individuo sin mi consentimiento escrito, excepto cuando la orden de entrega provenga de una autoridad judicial competente. También entiendo y por lo tanto estoy de acuerdo con la necesidad de quebrantar este principio de confidencialidad en caso de presentarse situaciones que pongan en grave peligro la integridad física o mental de mi representado o de algún miembro de la comunidad. La valoración de la gravedad de la situación que permitirá quebrantar el principio de confidencialidad, será determinada por los supervisores del programa en concepto escrito que será puesto en mi conocimiento, pero que no tiene que contar con mi aceptación expresa. (Título II Art 2 Numeral 5 Confidencialidad, Título VII Capítulo I Artículo 23, 24, 25, 26)

Autorizo para que el practicante consulte el caso de mi representado con otros profesionales de la institución o terceros expertos, o remitirlo a consulta con especialista para brindar el mejor tratamiento posible. El resultado de dicha consulta me será comunicado verbalmente.

Entiendo y acepto que el tratamiento al que será sometido mi representado es llevado a cabo atendiendo el mejor esfuerzo del practicante y del grupo de profesionales y que en unos casos funciona mejor que en otros.

En forma expresa manifiesto a ustedes que he leído y comprendido íntegramente este documento y en consecuencia acepto su contenido y las consecuencias que de él se deriven.

He leído, comprendido y accedido a lo anteriormente mencionado.

(Lo anterior conforme al literal 4, Art 36, Cap III, Título VII, Ley 1090/06 "No prestar intervenciones sin consentimiento otorgado del usuario, o de uno de sus o de cada dependiente, del asociativismo del sindicato".)

Nombre y Apellidos: _____

 FIRMA
 CC No

 FECHA

Anexo 2

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
PD					
CENTIL					

Anexo 3

**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

ATENCION	PRESENTE	AUSENTE
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.		
HIPERACTIVIDAD E IMPULSIVIDAD		
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.		

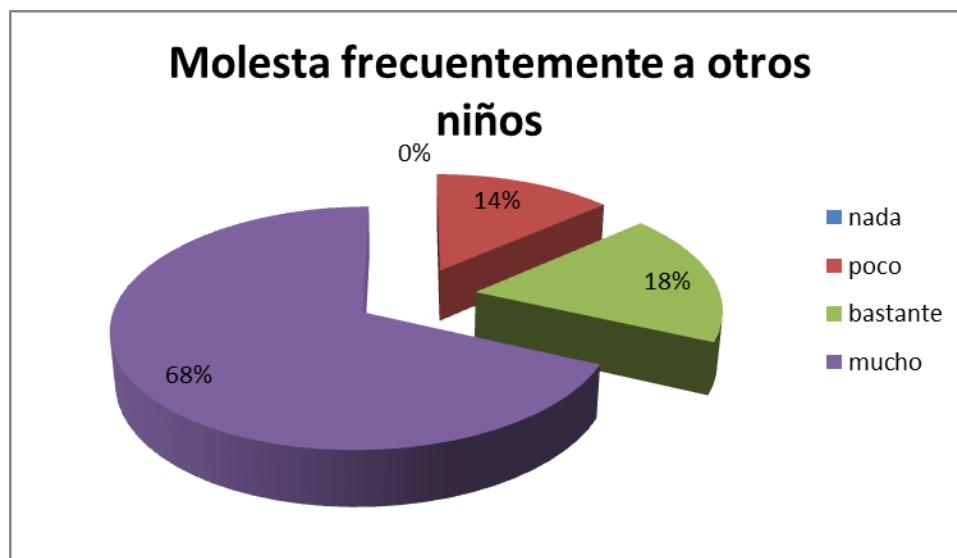
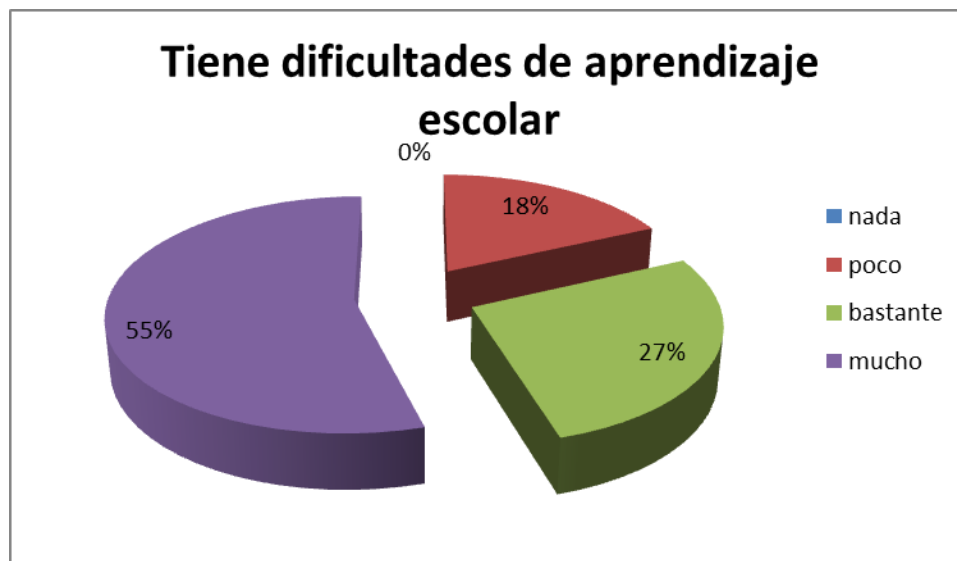
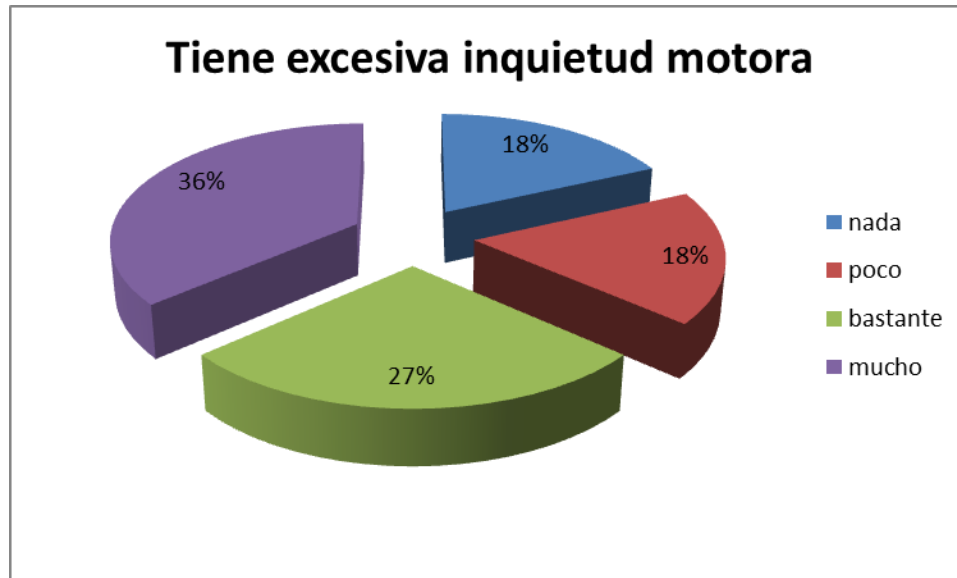
Anexo 4

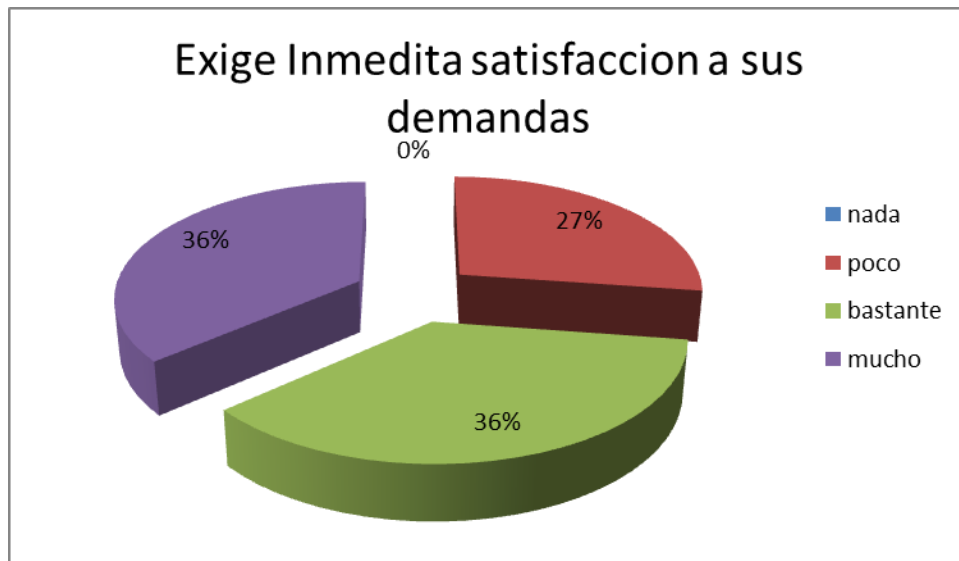
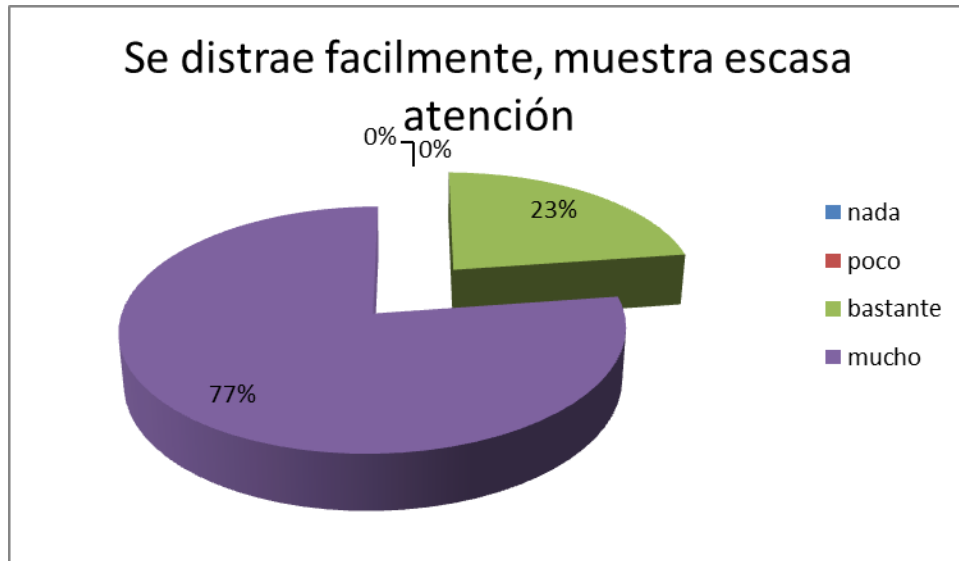
TABLA DE BAREMOS

Baremos, datos normativos y puntos de corte

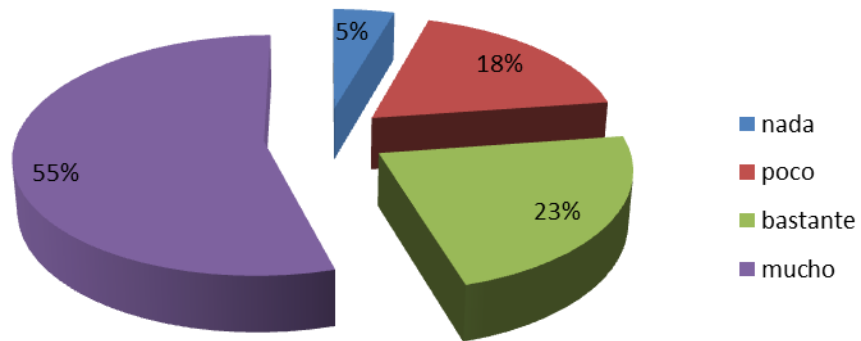
CENTIL	HIPERAC.	DEF.AT.	HIP+DEF.AT	TTNO.CTA	GLOBAL	CENTIL
99	13-15	13-15	22-30	17-30	36-60	99
98	12		21	16	34-35	98
97	11	12	20	15	33	97
96		11	19	14	31-32	96
95	10		18	13	30	95
94					29	94
93		10	17	12	28	93
92					27	92
91	9			11	26	91
90		9	16	10	24-25	90
85	8	8	14-15	9	22-23	85
80	7	7	13	8	19-20	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			5	1	7	30
25	2	1	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 5. Tabulación por pregunta de pruebas aplicadas a docentes para la selección de la muestra.

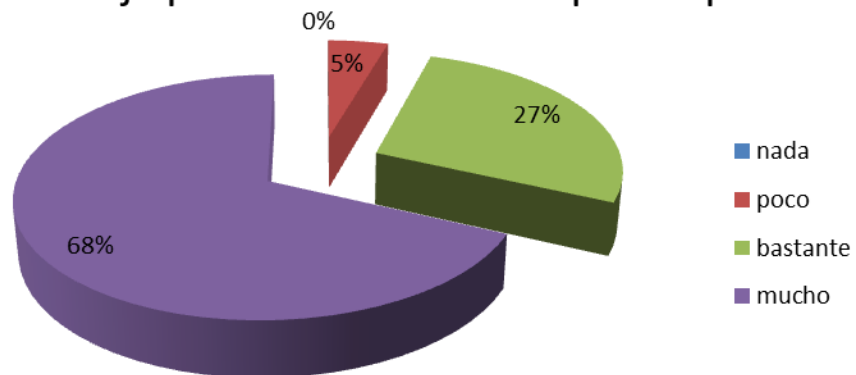




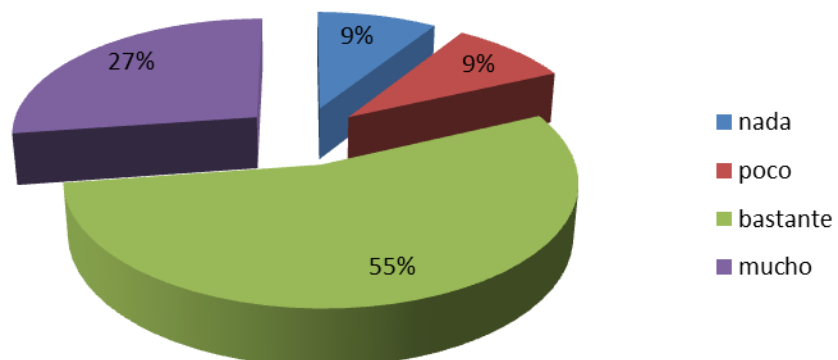
Está en las nubes, ensimismado

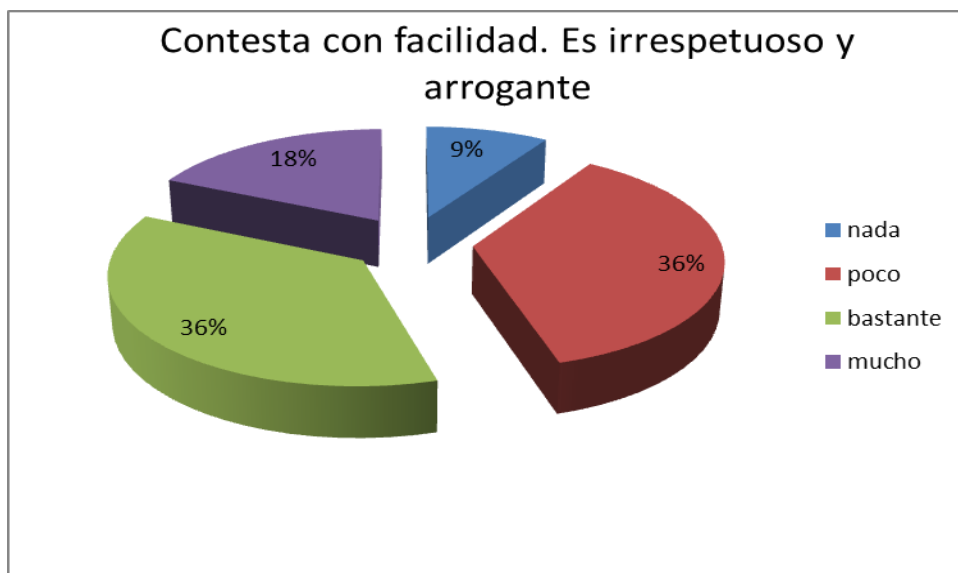
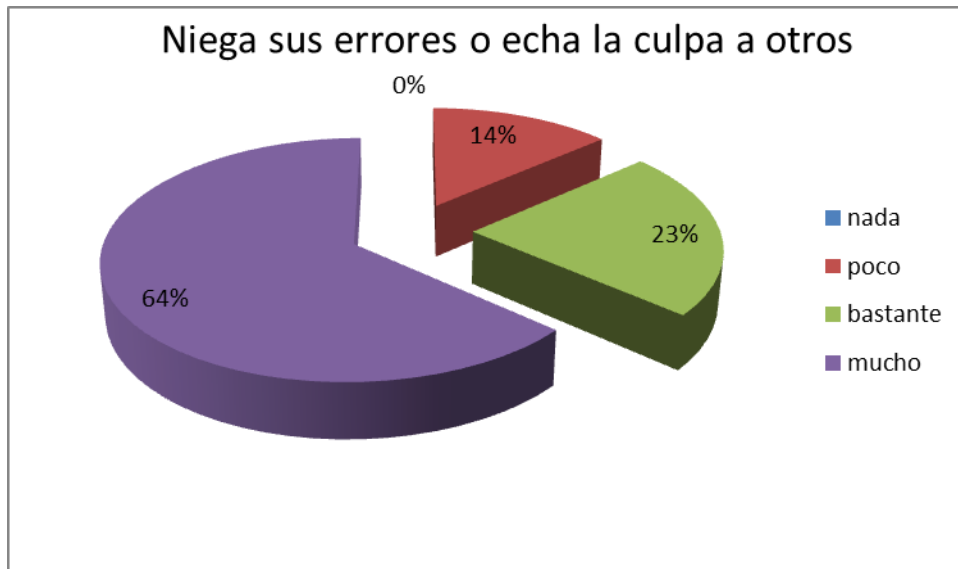


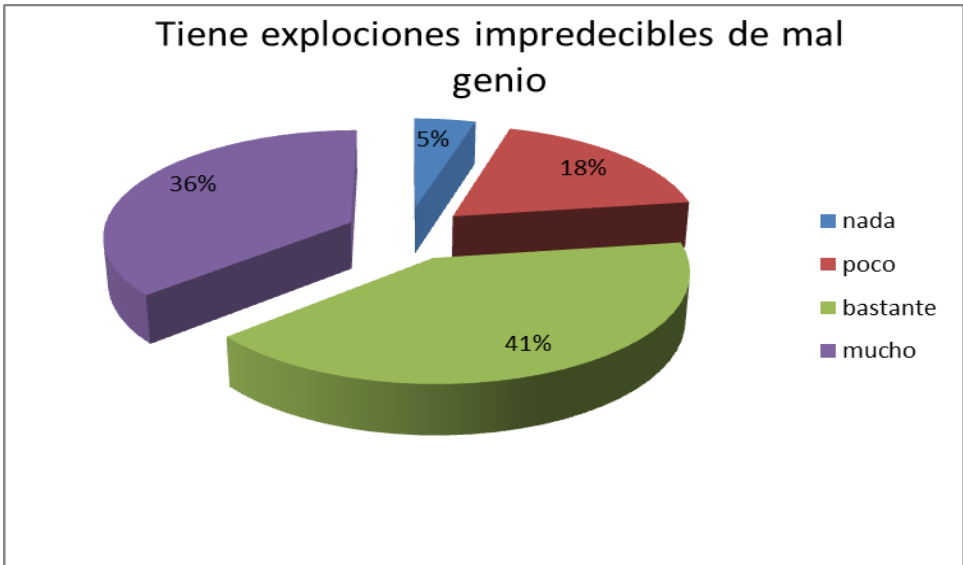
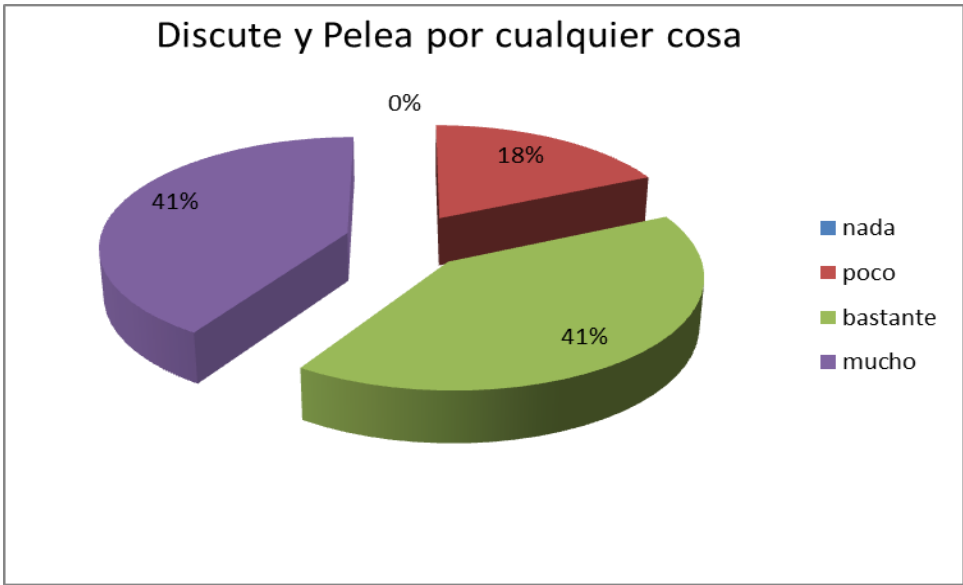
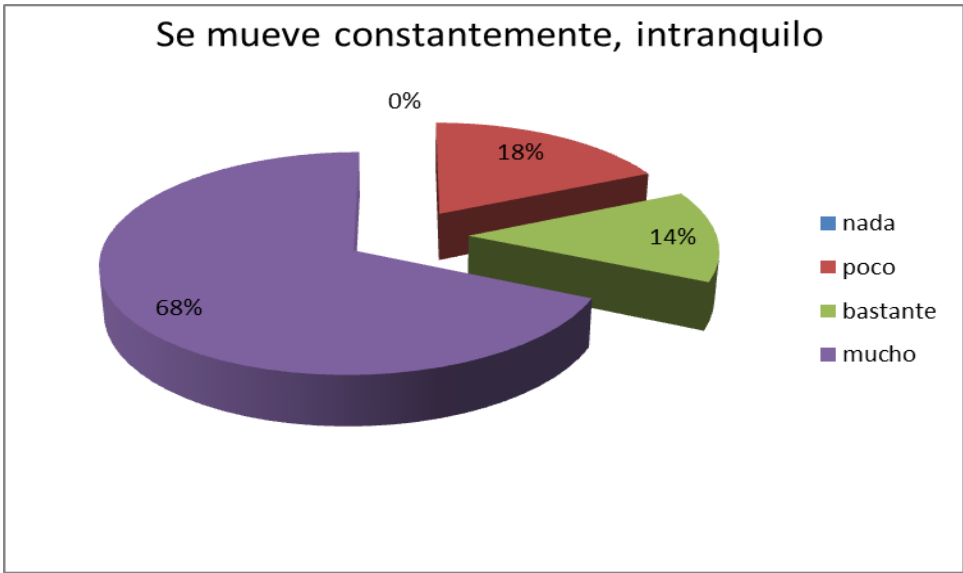
Deja por terminar tareas que empieza

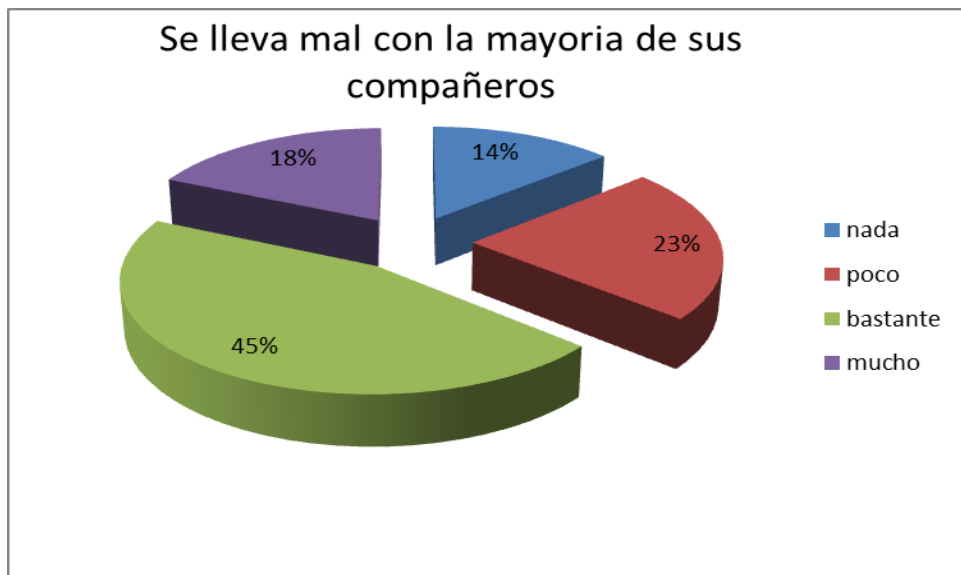
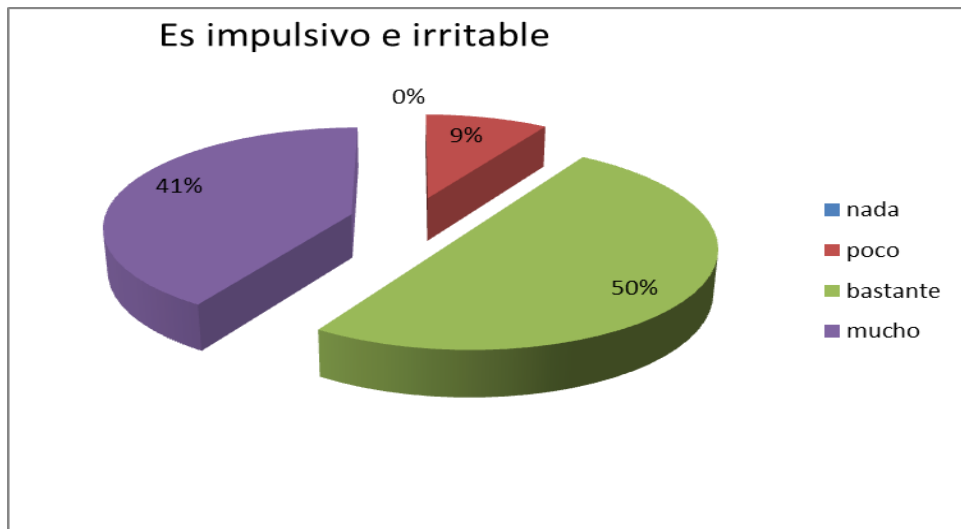
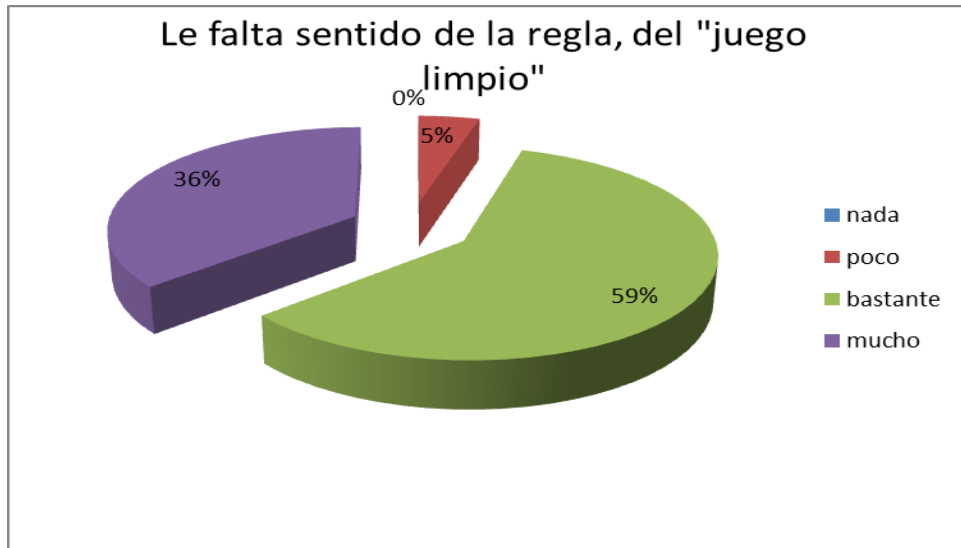


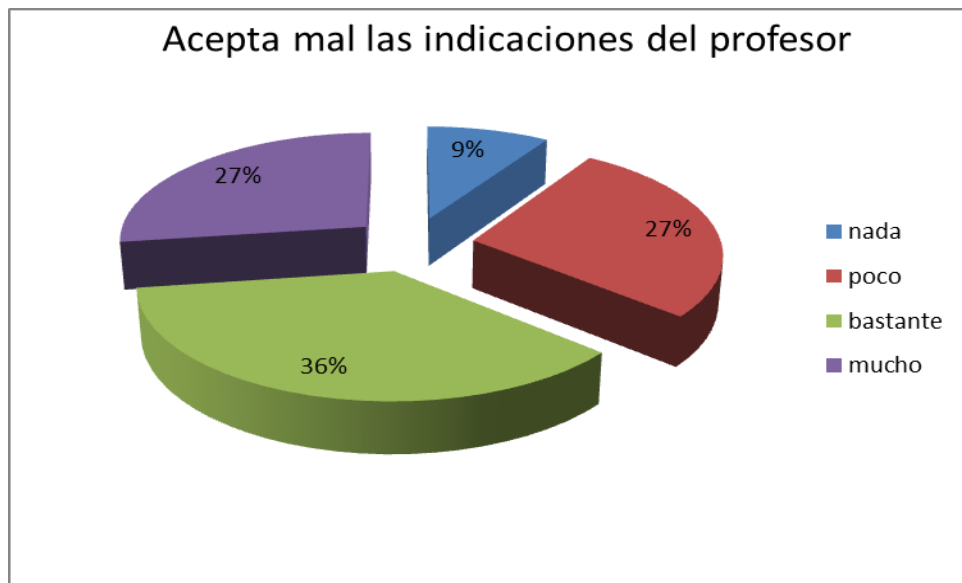
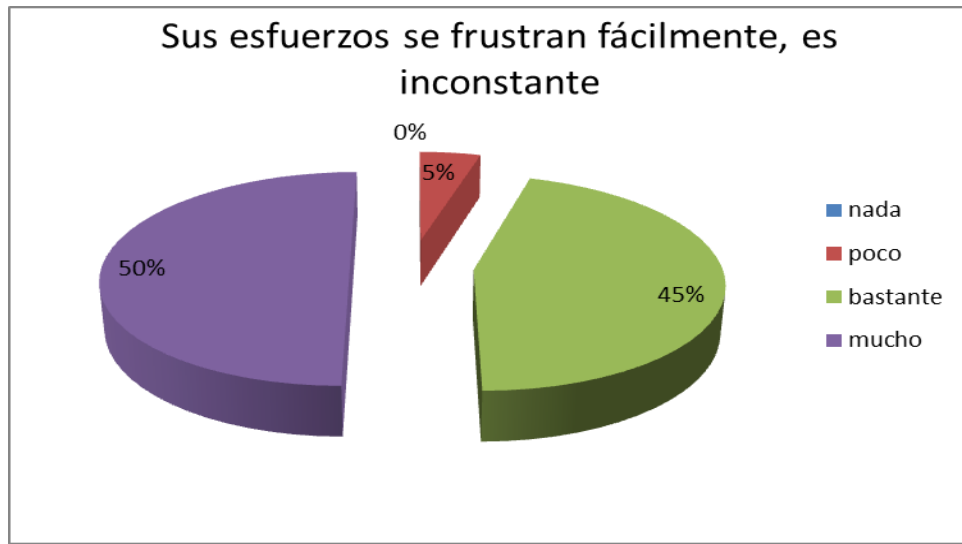
Es mal aceptado por el grupo











Anexo 5

Tabla de Baremos, datos normativos y puntos de corte

Tabla VII. 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	19-21	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	-	-	5	1	7	30
25	2	1	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 6

Ejemplo de economía de fichas que se dio a padres y profesores para el trabajo con los niños





Anexo 7

Contrato que se entregó a padres para el manejo de la economía de fichas

CONTRATO ECONOMIA DE FICHA

1. Permanecer quieto y en calma cuando debe hacerlo
2. Juega y comparte con otros niños en forma correcta
3. Es atento cuando se le está hablando o en momentos en momentos en los cuales es necesario estarlo.
4. Recibe tranquilamente las llamadas de atención o cuando no puede obtener algo
5. Está atento cuando está realizando algún tipo de actividad.
6. Termina las tareas que empieza.
7. Asume sus errores
8. Sabe comportarse de acuerdo a cada situación
9. Es respetuoso con sus padres, hermanos y demás personas.
10. Espera con tranquilidad a que se le atienda.

REGLAS DEL CONTRATO

1. Si el niño realiza la tarea establecida en el contrato en forma adecuada recibirá un muñequito bueno () de lo contrario recibirá un muñequito malo ().
2. Si el niño obtiene más de 3 muñequitos mal no recibirá una recompensa al finalizar la semana.

3. al finalizar el mes se dará una recompensa mayor solamente si el niño recibe por tres semanas muñequitos buenos de lo contrario no hay recompensa.

Anexo 8



Contrato dado a profesores para la economía de fichas

CONTRATO ECONOMIA DE FICHA

1. Permanecer quieto y en clama cuando debe hacerlo
2. Aprende adecuadamente
3. Juega y comparte con sus compañeros en forma adecuada
4. Está atento a clase y demás actividades.
5. Recibe adecuadamente las llamadas de atención o indicaciones.
6. Trabaja adecuadamente.
7. Termina adecuadamente sus tareas y/o actividades.
8. Asume sus errores
9. Sabe comportarse de acuerdo a cada situación

REGLAS DEL CONTRATO

1. Si el niño realiza la tarea establecida en el contrato en forma adecuada

recibirá un muñequito bueno () de lo contrario recibirá un muñequito malo ().

2. Si el niño obtiene más de 3 muñequitos mal no recibirá una recompensa al finalizar la semana.
3. al finalizar el mes se dará una recompensa mayor (solamente si el niño recibe por tres semanas muñequitos buenos de lo contrario no hay recompensa.