



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y EDUCACIÓN
ÁREA EDUCATIVA



Influencia de la motivación parental en la eficacia de una intervención basada en la Parent Child Interaction Therapy en familias con un hijo o hija diagnosticados con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el grado de Licenciatura en Psicología Educativa

Presentan:

García Ponce Mayra Janet
Jiménez Araujo Sandra Cirenía

Dirigida por:

Carbajal Valenzuela Cintli Carolina

SINODALES

Dra. Cintli Carolina Carbajal Valenzuela

Presidente

Firma

Dra. Fabiola García Martínez

Sinodal

Firma

Dra. Pamela Garbus

Sinodal

Firma

Dre. Guillermo Hernández González

Sinodal

Firma

Dra. Maribel Delgado Herrera

Sinodal

Firma

Dra. Candi Uribe Pineda
Directora de la Facultad de Psicología y Educación
Centro Universitario, Querétaro, Qro.
Septiembre 2026

La presente obra está bajo la licencia:
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>



CC BY-NC-ND 4.0 DEED

Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional

Usted es libre de:

Compartir — copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato

La licenciante no puede revocar estas libertades en tanto usted siga los términos de la licencia

Bajo los siguientes términos:



Atribución — Usted debe dar [crédito de manera adecuada](#), brindar un enlace a la licencia, e [indicar si se han realizado cambios](#). Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su uso tienen el apoyo de la licenciante.



NoComercial — Usted no puede hacer uso del material con [propósitos comerciales](#).



SinDerivadas — Si [remezcla, transforma o crea a partir](#) del material, no podrá distribuir el material modificado.

No hay restricciones adicionales — No puede aplicar términos legales ni [medidas tecnológicas](#) que restrinjan legalmente a otras a hacer cualquier uso permitido por la licencia.

Avisos:

No tiene que cumplir con la licencia para elementos del material en el dominio público o cuando su uso esté permitido por una [excepción o limitación](#) aplicable.

No se dan garantías. La licencia podría no darle todos los permisos que necesita para el uso que tenga previsto. Por ejemplo, otros derechos como [publicidad, privacidad, o derechos morales](#) pueden limitar la forma en que utilice el material.

RESUMEN

La motivación parental tiene que ver con el conjunto de razones por las que los padres se comportan de determinada manera, se considera la responsable de mantener el desarrollo de las actividades más significativas, además de ayudar en la adherencia al tratamiento. La Terapia de Interacción entre Padres e hijos (PCIT) es un entrenamiento parental que trata problemas de conducta en niños de 3 a 8 años de edad, El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es uno de los trastornos del neurodesarrollo más presente en la niñez. El objetivo es, conocer la influencia del nivel de motivación parental, en la eficacia de la PCIT en familias con niños o niñas diagnosticados con TDAH. Se trata de una investigación con datos mixtos de alcance correlacional, con diseño pre-experimental donde las variables son medidas en dos momentos, pre-test y post-test. Dentro de los resultados nos encontramos con cambios muy importantes, de las 5 familias que participan, sólo 2 de ellas logran concluir con el tratamiento, se identifica una disminución importante en los problemas de conducta, en el caso 1, se describe 188 en pretratamiento y 56 en postratamiento, en el caso 2, en dirección a la madre se describe 210 en pretratamiento y 150 en postratamiento, con el padre se describe 176 en pretratamiento y 117 en postratamiento, en ambos casos el puntaje inicial estuvo arriba del umbral clínico, la relación entre la motivación parental y la eficacia de la PCIT describe puntajes importantes, 43% de variabilidad en habilidades de la Interacción Dirigida por el Niño (CDI), 62% de variabilidad en la disminución de conductas disruptivas y el 54% de variabilidad en la reducción de la frecuencia de conductas disruptivas, todo puede explicarse por el nivel de motivación inicial, aquellos padres que inician con una mayor motivación tienden a lograr mayores cambios durante el tratamiento, lo que demuestra que la motivación parental no solo impacta en la conducta del niño, sino también en el aprendizaje del adulto dentro del proceso terapéutico, más cualitativamente, en el C1, se logra un aumento en el autoestima del niño, una mejor relación con sus pares, en la madre hay una mejor confianza en el desarrollo de la crianza positiva, en C5 se logra una mejor relación entre padres e hijo y una importante disminución en los comportamientos disruptivos del niño.

Palabras clave: Motivación parental, adherencia al tratamiento, Terapia de Interacción entre Padres e Hijos, Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

ABSTRACT

Parental motivation refers to the set of reasons underlying the way parents behave; it is considered a key factor in sustaining engagement in significant activities and fostering treatment adherence. Parent Child Interaction Therapy (TIPH) is a parenting intervention designed to address behavioral problems in children aged 3 to 8, while Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is one of the most common neurodevelopmental disorders in childhood. The objective of this study is to determine the influence of parental motivation levels on the efficacy of TIPH in families with children diagnosed with ADHD. This research employs a mixed-data approach with a correlational scope and a pre-experimental design, in which variables are measured at two time points: pre-test and post-test. The results reveal significant changes: of the five participating families, only two completed the treatment. A substantial decrease in behavioral problems was observed; in Case 1, the count dropped from 188 at pre-treatment to 150 post-treatment, and regarding the father, from 176 pre-treatment to 117 post-treatment; in both cases, initial scores exceeded the clinical threshold. The relationship between parental motivation and TIPH efficacy showed significant variance: 43% in Child-Directed interaction skills, 62% in the decrease of disruptive behaviors, and 54% in the reduction of the frequency of disruptive behaviors. These findings can be attributed to the initial level of motivation; parents who begin with higher motivation tend to achieve greater changes during treatment, demonstrating that parental motivation impacts not only the child's behavior but also the adult's learning within the therapeutic process. Qualitatively, Case 1 showed an increase in the child's self-esteem and improved peer relationships, while the mother gained confidence in practicing positive parenting; Case 5 showed an improved parent-child relationship and a significant reduction in the child's disruptive behaviors.

Keywords: Parental motivation, treatment adherence, Parent-Child Interaction Therapy, Attention Deficit Hyperactivity Disorder.

AGRADECIMIENTOS

Sandy

Dedico este trabajo a mi familia, quienes fueron mi red de apoyo incondicional, gracias porque en momentos difíciles decidieron confiar en mi proceso académico y me creyeron capaz, su amor siempre fue la base de este logro. A mis docentes, por compartir sus valiosos conocimientos y formarme como Psicóloga, a mi directora de tesis, la Dra. Cintli, por guiarme con paciencia, rigor y generosidad, por asesorar cada paso y por enseñarme a mirar la mente humana con empatía, pensamiento crítico y ética profesional. Gracias a la Dra. Angie, por sostenerme y guiarme, por enseñarme que a pesar de cuán difícil pueda ser, siempre es importante seguir, a Elisa, por volverse mi lugar seguro y mi compañera de vida incondicional, gracias por tu paciencia y por celebrar cada pequeño avance como si fuera tuyo, por motivarme siempre y recordarme de lo que soy capaz, gracias por tu amor y por caminar a mi lado. Por último, agradezco a cada una de las familias que fueron parte de este trabajo, por permitirme acompañarlos en su proceso terapéutico, y por enseñar que comprender la psique humana es un acto profundo de respeto, a la psicología por enseñarme que escuchar es un arte, que la empatía transforma y que hasta el sentimiento más pequeño importa.

Mayra

En primer lugar, agradezco profundamente a Cintli, mi asesora de tesis, por su acompañamiento y apoyo durante las prácticas profesionales y a lo largo del desarrollo de esta investigación. Gracias por orientarnos, por compartir sus conocimientos y por motivarnos a seguir adelante incluso en los momentos en los que el proceso parecía más complicado. A mis padres, gracias por apoyarme en cada etapa de este camino y por siempre esperar lo mejor de mí. Gracias por todos los esfuerzos que han realizado para mi futuro, por impulsarme y por brindarme la oportunidad de estudiar una licenciatura. Este logro también es suyo, porque detrás de cada paso que he dado ha estado su cariño, sus sacrificios y la confianza que siempre han tenido en mí. De igual forma, quiero expresar mi especial agradecimiento a las familias que participaron en esta investigación y en el proceso de intervención. Gracias por brindarnos su confianza, por compartir sus experiencias y por darnos la oportunidad de aprender de ustedes. Cada familia representó una experiencia que trascendió lo académico y que contribuyó

a nuestra formación. Y finalmente quiero expresar mi más sincero agradecimiento a todas las personas que hicieron posible la realización de este trabajo y que, de distintas maneras, me acompañaron a lo largo de este camino, familia, amistades y docentes, quienes a lo largo de mi formación profesional compartieron conmigo no solamente conocimientos, sino también experiencias y aprendizajes para ejercer la Psicología con responsabilidad, sensibilidad y compromiso. Este trabajo representa no solo el cierre de una etapa académica, sino también el resultado de todas las personas que, de una u otra manera, hicieron posible llegar hasta aquí.

ÍNDICE

RESUMEN.....	2
ABSTRACT.....	3
AGRADECIMIENTO.....	4
1. INTRODUCCIÓN.....	11
2. MARCO TEÓRICO.....	12
2.1. Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH).....	12
2.1.1. Factores de riesgo asociados al TDAH.....	13
2.1.2. Criterios diagnósticos.....	15
2.1.3. Bases neurobiológicas del TDAH.....	16
2.2. Terapia de Interacción entre Padres e Hijos (PCIT)	17
2.2.1. Curso típico del tratamiento.....	21
2.2.2. Características claves de la PCIT.....	27
2.3. Motivación.....	37
2.3.1. Conducta y motivación.....	38
2.3.2. Motivación parental y adherencia al tratamiento.....	39
2.3.3. Deserción del tratamiento.....	42
3. ANTECEDENTES.....	44
4. METODOLOGÍA.....	49
4.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	49
4.2. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN.....	51
4.2.1. Objetivo general.....	51
4.2.2. Objetivos específicos.....	51
4.3. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.....	51
4.3.1. Pregunta general.....	51
4.3.2. Preguntas específicas.....	52
4.4. HIPÓTESIS.....	52
4.4.1. Hipótesis general.....	52
4.4.2. Hipótesis específica.....	52
4.5. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	53
4.6. MÉTODO.....	54
4.7. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	54

4.8.	MUESTRA.....	57
4.8.1.	Tipo de muestra.....	57
4.8.2.	Descripción de las y los participantes.....	57
4.8.3.	Criterios de inclusión, exclusión y eliminación de las y los participantes.....	57
5.	RESULTADOS.....	58
5.1.	Descripción de los casos.....	58
5.2.	Resultados cuantitativos.....	68
5.2.1.	Resultados del Inventario de Conductas Infantiles de Eyberg (ICIE)	70
5.2.2.	Resultados de las Habilidades por Hacer y Conductas por Evitar de la Interacción Dirigida por el Niño	77
5.2.3.	Resultados de SESBI-R	80
5.2.4.	Resultados de CONNERS para padres.....	83
5.2.5.	Resultados de CONNERS para profesores.....	86
5.2.6.	Resultados del Inventario de Motivación Parental	86
5.2.7.	Resultados entre el IMP y la eficacia de la PCIT.....	87
5.3.	Resultados cualitativos.....	90
6.	DISCUSIÓN.....	94
7.	CONCLUSIONES.....	98
8.	LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	100
9.	SUGERENCIAS PARA INVESTIGACIONES FUTURAS.....	101
10.	BIBLIOGRAFÍA.....	102
11.	ANEXOS.....	107
11.1.	Entrevista anamnesis semiestructurada.....	107
11.2.	Hoja de tarea CDI.....	112
11.3.	Hoja de progreso de la PCIT.....	113
11.4.	Esquema de la silla de tiempo fuera.....	114
11.5.	Hoja de tarea PDI.....	115
11.6.	Inventario de Comportamiento Infantil Eyberg (ECBI)	116
11.7.	Inventario de Comportamiento Estudiantil Sutter-Eyberg (SESBI-R)	116
11.8.	Sistema de Codificación de la Interacción Diádica (DPICS para CDI)	117

11.9.	Sistema de Codificación de la Interacción Diádica (DPICS para PDI)	117
11.10.	Escala de CONNERS para padres y profesores.....	119
11.10.1.	CONNERS para padres.....	119
11.10.2.	CONNERS para profesores.....	119
11.11.	Inventario de Motivación Parental (IMP)	120
11.12.	Cartel publicitario para familias interesadas en la PCIT.....	123

ÍNDICE DE TABLAS Y DIAGRAMAS

Tabla 1. Características de una instrucción efectiva.....	29
Diagrama I. Estructura del cumplimiento e incumplimiento de una instrucción efectiva	32
Diagrama II. Estructura para el momento de llevar al niño a la silla de tiempo fuera	34
Diagrama III. Estructura para llevar al niño a la habitación de tiempo fuera	36
Tabla 2. Instrumentos utilizados	54
Tabla 3. Características demográficas y clínicas de la población.....	67
Tabla 4. Base de resultados.....	69
Tabla 5. Resultados del ECBI.....	71
Tabla 6. Resultados de habilidades EPIDE/Habilidades por Hacer.....	78
Tabla 7. Resultados de habilidades EPIDE/Habilidades por Evitar.....	79
Tabla 8. Puntajes iniciales y finales del SESBI-R (C1)	81
Tabla 9. Puntajes iniciales y finales del SESBI-R (C5)	82
Tabla 10. Puntajes del IMP.....	87
Tabla 11. Correlación entre el IMP y la eficacia de la PCIT	87

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Puntuación total de la percepción de intensidad de las conductas problema (AMMV02-Madre)	72
Figura 2. Puntuación total de la percepción de intensidad de las conductas problema (MAVM06-Madre)	73
Figura 3. Puntuación total de la percepción de intensidad de las conductas problema (MAVM06-Padre)	74
Figura 4. Puntuación total de la percepción de intensidad de las conductas problema (ENM03-Madre)	75
Figura 5. Puntuación total de la percepción de intensidad de las conductas problema (OBA04-Madre)	76
Figura 6. Puntuación total de la percepción de intensidad de las conductas problema (GFG05-Abuela)	77
Figura 7. Resultado inicial del Inventario de Comportamiento Estudiantil de Sutter-Eyberg (C1)	81
Figura 8. Resultado final del Inventario de Comportamiento Estudiantil de Sutter-Eyberg (C1)	82
Figura 9. Resultado inicial y final del Inventario de Comportamiento Estudiantil de Sutter-Eyberg (C5)	83
Figura 10. Resultados del cuestionario CONNERS para padres (C1)	83
Figura 11. Resultados del cuestionario CONNERS para padres (Madre-C5)	84
Figura 12. Resultados del cuestionario CONNERS para padres (Padre-C5)	85
Figura 13. Resultados del cuestionario CONNERS para profesores (C5)	86
Figura 14. Relación entre motivación parental inicial y habilidades CDI	88
Figura 15. Relación entre el IMP y semanas en alcanzar la maestría	88
Figura 16. Relación entre motivación parental y reducción del número de conductas disruptivas	89
Figura 17. Relación entre motivación parental inicial y reducción de la frecuencia de conductas disruptivas	90

1. INTRODUCCIÓN

La PCIT es una terapia de interacción parental en la que se trabajan principalmente problemas de conducta en niños de 3 a 8 años de edad, se trata de una terapia breve, en donde a través de la enseñanza de habilidades parentales se busca cambiar las conductas que suelen ser un problema y reforzar conductas prosociales, todo en un contexto de juego, resulta fundamental observar que dentro de la PCIT, la motivación parental funge un papel importante, siendo esta la responsable de sostener el desarrollo de las actividades más significativas para la persona ya que influye a nivel psicológico y comportamental, la motivación en su mayoría, suele reflejar la interacción del sujeto con el mundo que lo rodea, es también la principal en afectar la adherencia al tratamiento y el cumplimiento de las tareas dadas a lo largo de este.

Por otro lado, el Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es considerado uno de los trastornos pertenecientes al neurodesarrollo, es diagnosticado durante la infancia y perdura hasta la vida adulta, es caracterizado principalmente por la dificultad para prestar atención y controlar los comportamientos impulsivos.

Dado que se cuentan con muy pocos estudios que describen la motivación parental en relación a pacientes con un diagnóstico de TDAH, el presente estudio, busca comprender y demostrar la importancia de la motivación parental al estar presentes en el tratamiento de la PCIT, puesto que una de las principales barreras con las que nos encontramos es la deserción del tratamiento, donde una de las principales razones es la falta de motivación en los padres para concluir con una terapia, en el presente, se obtuvo la participación de 5 familias, siendo 5 niños con diagnóstico de TDAH, de ellos solamente 2 lograron concluir con el tratamiento.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es uno de los trastornos del neurodesarrollo, que se diagnostica en la infancia y perdura hasta la vida adulta. Se caracteriza por la dificultad para prestar atención a una actividad o tarea específica y controlar comportamientos impulsivos, en este sentido, la mayoría de las veces no se piensa en las consecuencias de los actos, además puede observarse hiperactividad, (Fernandes y Piñón, 2017) es decir, los niños y las niñas manifiestan una actividad motora excesiva en momentos que no se consideran apropiados.

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición (DSM-V), (APA, 2013) para el año de 1902 el TDAH se describe por primera vez, siendo referido como uno de los trastornos conductuales que se presenta más comúnmente en la niñez y que afecta hasta un 6% de los niños/as, con una preponderancia en varones de 2:1 o más, se define de acuerdo a la presencia de tres síntomas generales y principales; 1) patrón persistente de inatención, mismo que se manifiesta conductualmente como desviaciones en las tareas, falta de persistencia, dificultad para mantener la atención y en la desorganización que no se debe a un desafío o a una falta de comprensión, 2) impulsividad que refiere a aquellas acciones de carácter “apresurado” que se presentan de manera inmediata en un momento dado, el niño/a no es capaz de hacer reflexiones de sus conductas, por ello, suele existir un mayor riesgo de daño a otros individuos, mamá, papá, hermanos o incluso a sí mismo y 3) hiperactividad, entendida como una actividad motora excesiva en un momento que suele ser inapropiado.

El TDAH se considera también como una condición que afecta la memoria de trabajo, el procesamiento de la recompensa y la regulación emocional, y, entre sus características generales se asocia a la baja tolerancia, a la frustración, la irritabilidad y la labilidad del estado de ánimo; según el DSM-5 (APA, 2014) se puede manifestar de tres maneras diferentes:

- Presentación combinada: Conformado por la presencia de inatención e hiperactividad-impulsividad.
- Presentación predominante con falta de atención: Conformado por el rasgo de inatención. Se presenta dificultad para prestar y mantener atención, dificultad para seguir instrucciones, dificultad para organizar y concluir tareas, entre otros.
- Presentación predominante con hiperactividad/impulsividad: Conformado por la manifestación de hiperactividad-impulsividad. Se presenta constante movimiento, habla excesiva, poco respeto de turnos, entre otros.

2.1.1 Factores de riesgo asociados al TDAH.

Algunos de los factores que pueden predisponer o aumentar las probabilidades de un diagnóstico positivo de TDAH son:

- Temperamental. Los factores temperamentales tienen que ver con una menor presencia de inhibición conductual, dificultad para controlar la actividad motora, presencia de emotividad negativa, es decir, la búsqueda constante de estímulos negativos que permitan tener atenciones negativas (DSM - V, 2014).
- Factores perinatales: Según Quintero (2011) estos factores refieren a aquellos eventos que han sucedido con una mayor proximidad temporal, es decir, los que se encuentren más cercanos respecto al nacimiento y que puedan llegar a alterar el curso normal del mismo. Algunos de estos factores que llegan a influir en el diagnóstico del TDAH descritos por López et al., 2008 son los siguientes; bajo peso materno, número de embarazos y abortos que se han tenido anteriormente, el historial de operaciones gineco-obstétricas previas al embarazo, edad de la madre durante el mismo, hijos anteriores con patologías o retrasos, hemorragias, preeclampsia, enfermedades eruptivas, problemas emocionales e ingesta de drogas, todos estos factores son característicos de las etapas previas al embarazo y al desarrollo del mismo, hasta justo antes del parto.
- Factores prenatales: estos factores son los que comúnmente pueden llegar a presentarse durante el embarazo, como menciona Harmony (2004) son aquellos a los que se denominan factores prenatales, estos, tienen efecto en el desarrollo

del sistema nervioso y la conducta del feto, algunos ejemplos de dichos factores son; la desnutrición que comúnmente puede llegar a generar alteraciones como la discapacidad intelectual, fallas en el aprendizaje y diferentes malformaciones. Otros factores de riesgo que son asociados a dichas alteraciones son: la drogadicción, el tabaquismo, el alcoholismo, la exposición a contaminantes químicos, desórdenes metabólicos, enfermedades infecciosas, rubéola, varicela, toxoplasmosis, la exposición a medicamentos como los corticosteroides o el diazepam, y deficiencia de yodo. El tabaquismo es el que más ha sido relacionado a alteraciones en la atención, la impulsividad e hiperactividad (Ardila y Rosselli, 2007).

Algunos otros factores que se describen son los ocurridos en el momento del parto, mismos que son determinados como “eventos anómalos que suceden durante el alumbramiento” Según menciona Quintero, A. (2011) uno de los más frecuentes es la insuficiencia de oxígeno que puede darse debido a una prolongación del parto o cualquier otra complicación obstétrica. Uno de los factores más significativos suele ser el bajo peso del niño al nacer, refiriéndonos a un peso menor a 1.5 kilogramos, o cuando el parto es prematuro pueden provocar hemorragias cerebrales las cuales causan trastornos en el desarrollo, en el aprendizaje o en el comportamiento.

- Factores psicosociales. Los factores psicosociales determinan un riesgo concreto para ciertas patologías, dentro de los que se encuentra una asociación positiva entre el TDAH y el índice de factores de adversidad, como discordias maritales severas, clase social baja, familia amplia, criminalidad paterna, trastorno mental materno y acogimiento no familiar del niño. El contexto en el que se suele desarrollar el niño/a es otro factor psicosocial en el que pueden existir antecedentes de maltrato infantil y negligencia. (DSM - V, 2014)
Según Quintero, A. (2011). Entre los factores psicosociales que contribuyen al diagnóstico del TDAH se ha descrito una clara asociación entre las condiciones de adversidad social, especialmente el pertenecer a estratos socioeconómicos bajos, el salario de los padres y el bajo nivel académico, la estructura familiar pobre, el abuso y dependencia de sustancias de los padres y la presencia de psicopatología familiar, la malnutrición, la exclusión social, inadecuados cuidados pre y posnatales, además de violencia en el hogar contribuyen a una

aparición de los síntomas de TDAH, cabe mencionar que dichos factores se han asociado también a otras problemáticas como el Trastorno Negativista Desafiante (ODD, por sus siglas en Inglés) y el Trastorno Disocial de la Conducta (TD).

- Genético y fisiológico. El TDAH suele ser más frecuente entre los familiares biológicos de primer grado de los individuos con TDAH, por lo que es un trastorno que en su mayoría puede ser heredado.

Estos no son factores causales necesarios ni suficientes, por otra parte, se deberían considerar las discapacidades visuales y auditivas, las anormalidades metabólicas, los trastornos del sueño, las deficiencias nutritivas y la epilepsia como posibles influencias sobre los síntomas del TDAH. (DSM - V, 2014).

Además de los diversos factores de riesgo, antes mencionados, podemos ejemplificar algunas situaciones familiares desfavorables que nos pueden llevar a tener un diagnóstico de TDAH. Una crianza mal orientada, excesivamente permisiva o recesiva, con un escaso diálogo y un poco de realismo, problemas familiares, específicamente ligados a la mala relación de padres-hijos/as.

2.1.2 Criterios diagnósticos

Dentro del DSM -5 se consideran los siguientes criterios diagnósticos;

Para la inatención, hiperactividad e impulsividad, se considera que seis (o más) síntomas se hayan presentado y mantenido durante al menos seis meses en un grado que no va a la par del nivel de desarrollo del niño/a y que haya o puedan llegar a afectar directamente las actividades sociales, académicas y/o laborales:

- Falla al prestar atención a detalles, por descuidos se cometen errores en las actividades
- Dificultad para mantener la atención en actividades recreativas, parecen no escuchar cuando se les dirige la palabra directamente, no siguen instrucciones y no concluyen las tareas escolares

- Tienen dificultades en la organización, la mayoría de las veces se muestran indiferentes o poco entusiastas en iniciar tareas que implican un gran esfuerzo mental sostenido, con frecuencia pierde cosas necesarias para la realización de tareas y/o actividades específicas y comúnmente olvida las actividades cotidianas.

Los síntomas a los que se hacen referencia para la hiperactividad e impulsividad son:

- Con frecuencia juguetea o golpea las manos o los pies mientras se encuentra sentado,
- Con frecuencia se levanta en situaciones en las que se espera que pueda permanecer sentado, corretea o trepa en situaciones no apropiadas, es incapaz de jugar o de ocuparse de manera tranquila en actividades,
- Actúa como si “lo impulsará un motor”, habla excesivamente, responde inesperadamente o antes de que se haya concluido la pregunta, le cuesta trabajo la espera de turnos e interrumpe a otros.

2.1.3 Bases Neurobiológicas del TDAH

Martínez et al. (2018) describen que el TDAH presenta algunos rasgos neurobiológicos, que se encuentran fundamentalmente asociados con alteraciones en la estructura y función de la corteza cerebral, mismos que pueden llegar a afectar la capacidad del aprendizaje y la autorregulación de la conducta disruptiva. Mencionan que la actividad de los circuitos neuronales define la base neurobiológica de los procesos del sistema nervioso central, por ello se manifiestan en la conducta y los procesos mentales.

El TDAH desde el aspecto neurobiológico puede ser una manifestación de anomalías en el proceso de neuroplasticidad del desarrollo, así como en la formación de circuitos y contactos sinápticos en regiones cerebrales implicadas en la conducta social, especialmente en la corteza cerebral prefrontal, se describe que hay una importante carga genética, considerándose, así como un trastorno poligénico (múltiples genes implicados con carga patogénica escasa y variable) (Martínez et al. 2018).

El patrón electroencefalográfico con un incremento en la actividad theta destaca la presencia de baja maduración cerebral en algunos pacientes con TDAH, además, se

han descrito alteraciones del desarrollo inicial de las sinapsis en los circuitos de conexión entre áreas corticales de procesamiento complejo (que reciben y procesan de forma combinada información multimodal), sobre todo de los lóbulos frontal y parietal del cerebro, donde aparecen alteradas la atención, el enfoque, el estado de ánimo y la motivación (Martínez et al. 2018).

2.2 Terapia de Interacción entre Padres e Hijos (PCIT)

Lo que a continuación se describe dentro de este apartado se ha tomado del manual de la PCIT escrito por Cheryl Bodiford McNeil y Toni L. Hembree-Kigin publicado en la editorial Springer en el año 2010.

La Terapia de Interacción Padres-Hijos (TIPH o PCIT por sus siglas en inglés para *Parent - Child Interaction Therapy*) es un programa de intervención conductual, desarrollado por la Dra. Sheila Eyberg para tratar problemas de conducta en niñas y niños de 3 a 8 años de edad, en donde el terapeuta dirige a los padres en tiempo real dando instrucciones durante la interacción con su hijo/a.

En el manual de la PCIT se describe que, durante esta terapia, las y los cuidadores son entrenados para la utilización de diferentes habilidades. La PCIT se divide en dos fases. En la primera que es llamada Interacción Dirigida por el Niño/a (IDN o CDI por sus siglas en inglés para *Child Directed Interaction*), las y los cuidadores aprenden a usar las habilidades de la terapia de juego (elogiar, parafrasear, imitar, describir, ser entusiasta, brindar atención de forma estratégica e ignorar selectivamente). En la segunda parte: Interacción Dirigida por el Padre/madre (IDP o PDI por sus siglas en inglés para *Parent Directed Interaction*), en esta fase los padres y/o cuidadores aprenden habilidades para mejorar el cumplimiento de normas y la disminución de comportamientos disruptivos (dar buenas órdenes, elogiar el cumplimiento, usar el tiempo fuera en una silla por incumplimiento y establecer reglas internas permanentes).

Es fundamental la participación de las madres y los padres, ya que estos “tienen una enorme influencia sobre el desarrollo conductual y emocional de sus hijos/as pequeños/as, y algunas prácticas de crianza pueden causar o exacerbar los problemas de estos” (Bodiford McNeil y Hembree-Kigin, 2010, p. 24).

Son los padres y las madres quienes muestran tener una gran influencia en el comportamiento del niño/a, por lo que resultan ser de gran importancia para la modificación de las conductas, por ello se toma en cuenta el grado de interacción que existe dentro de la relación padre e hijo.

Existen algunas situaciones en las que los padres muestran tener expectativas muy altas en dirección a sus hijos/as, cuando se dice que el comportamiento del mismo se muestra altamente problemático habría de considerar el por qué, siempre teniendo en cuenta el límite del comportamiento normal del niño/a, es por ello que: “Muchos de los problemas del comportamiento que presentan los niños/as se establecen a partir de sus primeras interacciones con sus padres” (Bodiford McNeil y Hembree-Kigin, 2010).

Estos comportamientos terminan repartiéndose debido a que en la interacción con los padres y las madres continúan reforzándose.

En este punto es importante considerar los siguientes criterios y características, que se consideran para la terapia PCIT:

- Sensibilización hacía las preocupaciones de los padres en dirección a los problemas de comportamiento que muestran sus hijos/as.
- Cada niño/a enfrenta problemas particulares en su desarrollo personal.
- Los niños/as pequeños comienzan a buscar independencia y autonomía.
- La PCIT busca una mejor interacción y una mejora en las conductas negativas de los niños/as que muchas veces pueden llegar a empeorar con el paso del tiempo, por ello se considera necesaria una intervención temprana.

La PCIT nació en 1974, cuando la Dra. Eyberg escribió su primera subvención examinando la efectividad del modelo (Eyberg, 2004). Se lleva a cabo a través del juego, ya que es el principal medio en el que los niños y las niñas logran desenvolverse con más facilidad, permitiendo una interacción más amena en dirección a los padres, la hora de juego además resulta divertida, cálida y puede utilizarse para la modificación de conductas negativas.

Uno de los principales objetivos de la PCIT es trabajar y modificar los problemas de conducta de los niños/as de entre 3 y 8 años. Entre estos problemas se pueden encontrar la desobediencia, la agresividad y la oposición. Es importante tomar en cuenta que cada conflicto puede presentarse de diversas maneras, es por ello por lo que la intervención es adaptada a partir de las necesidades que se presentan a nivel familiar.

La PCIT brinda entrenamiento parental con la finalidad de establecer una mejora en las capacidades y habilidades de crianza, en este punto es importante destacar que la PCIT se diferencia de otros programas debido a su intervención en tiempo real a través del juego, que es uno de los comportamientos más naturales de los niños y niñas, además, es uno de los principales medios en el que se logran desarrollar habilidades de resolución de problemas, permite también la interacción temprana con los padres y a su vez una modificación en las conductas del niño/a.

Algunas de las características principales de la PCIT, es que se centra en patrones de interacción más que en conductas concretas, es una terapia útil para gran diversidad de problemas. La manera en la que se realiza el entrenamiento de la PCIT es en colaboración de un terapeuta que estará trabajando con la díada (madre o padre con hijo/a) o triada (ambos padres con el hijo/a) según sea el caso, todo ello permite obtener una amplia observación de las conductas y el desarrollo del juego, además de dar una retroalimentación inmediata a los padres.

La Dra. Sheila Eyberg, se basó en la psicoterapia y el desarrollo infantil temprano, teniendo esto como base, se fundamenta teóricamente a partir del trabajo de Diana Baumrind (1966 - 1967) acerca de los estilos de crianza, la principal influencia que tiene el trabajo de Baumrind en la PCIT radica en la importancia de que los padres satisfagan las necesidades de cuidados y límites que se les debe de aplicar a los niños/as, a ello le llamó, paternidad autoritativa, es decir, promover estilos de crianza que sean óptimos acompañado de interacciones positivas entre padres e hijos/as.

Una de las principales bases teóricas de la PCIT es la teoría del apego y el aprendizaje social. La teoría del apego se centra en una crianza sensible y receptiva, así el niño/a tendrá un adecuado desarrollo y sabrá que se le responderá cuando lo solicite, a su vez, los niños/as a los que sus padres les demuestran más calidez, sensibilidad y

capacidad de respuesta, tienen más probabilidades de desarrollar un sentido más seguro en sus relaciones, además de una regulación emocional y conductual mucho más eficaz.

La PCIT describe 2 principales aspectos de maternidad y paternidad autoritativa, por un lado, se habla de la crianza positiva y por otro del establecimiento de consecuencias, mismas que se encuentran situadas de manera paralela a las 2 fases de la PCIT.

Según la UNICEF México 2015 se entiende por crianza positiva a un conjunto de prácticas de cuidado, protección, formación y guía que ayudan al desarrollo, bienestar y crecimiento saludable y armonioso de las niñas, niños y adolescentes.

Cuando hablamos del establecimiento de un límite nos referimos al hecho de manifestar claramente a los demás aquello que necesitamos y que queremos, se requiere siempre el tener en cuenta también las necesidades y deseos de los demás. De este modo, un límite es considerado como una frontera que no queremos que sea cruzada por los demás, uno de los principales objetivos que tiene que ver con el establecimiento de límites es el de mantener algún tipo de control sobre la conducta de los niños/as, permitiendo siempre que éstos desarrollen su capacidad de autocontrol ante determinadas situaciones.

Según la teoría de coerción de Patterson (Giménez, García, 2014), el comportamiento disruptivo de los niños/as se desarrolla y se mantiene al menos parcialmente, a través del refuerzo de los padres.

Históricamente hablando, Eyberg (2004) también estuvo influenciada por el trabajo de la Dra. Constance Hanf, quien desarrolló un modelo operante en dos etapas para la modificación de conductas;

- En la 1er etapa se enseñó la técnica del refuerzo diferencial, es decir, se les enseñó a los padres a prestar atención a los comportamientos positivos y a ignorar aquellos que consideran negativos.
- En la 2da etapa se enseña a dar instrucciones claras, recompensar con elogios específicos que ayudarán a reforzar la conducta positiva del niño/a y a proporcionar una consecuencia de tiempo fuera por el incumplimiento de una instrucción.

2.2.1 Curso típico del tratamiento.

Al inicio de la PCIT se hace una sesión de evaluación que consta típicamente de una entrevista anamnéstica semiestructurada (anexo 9.1) la cual se realiza con el objetivo de conocer y recopilar información acerca del desarrollo del paciente al indagar en esferas de su vida como: información perinatal, prenatal y postnatal, alimentación, desarrollo motriz, hábitos, experiencia escolar, relación con los pares, temperamento, eventos estresantes, disciplina y situaciones en casa como la relación con los padres, además de conocer la historia y/o situación en la que se encuentran los padres actualmente.

En seguida se entregan algunos cuestionarios, entre ellos:

- Inventario de Conducta Infantil de Eyberg (ICIE o ECBI por sus siglas en inglés para Eyberg Child Behavior Inventory) mismo que es utilizado en cada una de las sesiones. El ECBI se aplica con el objetivo de describir la frecuencia de aquellas conductas que pueden llegar a presentarse en el comportamiento del niño/a y cuántas de ellas reflejan o manifiestan un problema para los padres, y en las cuales se pondrá atención.
- Inventario de comportamiento estudiantil de Sutter- Eyberg (IECN o SESBI-R por sus siglas en inglés para Sutter-Eyberg Student Behavior Inventory) que permite evaluar el número de comportamientos percibidos por los profesores y cuáles de ellos son considerados un problema, dicho inventario es aplicado únicamente al inicio y al final de la intervención.
- DPICS III

En una siguiente sesión se lleva a cabo la retroalimentación de la evaluación que se ha hecho inicialmente, en ella se establecen los principales objetivos a los que la PCIT se adapta para la obtención de buenos resultados.

El tratamiento comienza con la fase CDI, con una sesión de enseñanza en la que la terapeuta y los padres se reúnen para hablar sobre los conceptos básicos de CDI mediante presentaciones didácticas, modelados en tiempo real y juego de roles.

Después de la enseñanza, los padres participan en varias sesiones de entrenamiento de las habilidades de elogiar, parafrasear, imitar, describir y entusiasmo (EPIDE) que se describen a continuación:

- Elogiar: pertenece a unas de las habilidades de “Hacer” se alienta a los padres a que durante el tiempo de juego especial se brinden al niño/a numerosos elogios, estos son clasificados en dos, 1) elogios generales. Por ejemplo, “fantástico” “¡Buen trabajo!”, “Eres dulce”, “Estoy orgulloso de ti”. 2) elogios etiquetados o específicos. Por ejemplo, “¡Qué buen trabajo estás haciendo al jugar silenciosamente!” “Eres muy dulce cuando compartes tus ideas conmigo” “Estoy orgulloso de ti porque eres muy educado” todos los elogios generales pueden convertirse en elogios etiquetados agregando el porqué de lo que estamos diciendo. Los elogios específicos forman parte de las herramientas de enseñanza que se consideran valiosas porque nos ayudan a aumentar la calidez de la relación entre padres e hijos, además de que nos ayudan a incrementar comportamientos positivos y disminuir aquellos que son problemáticos, por ello se motiva a los padres a sobre aprender dicha habilidad con la finalidad de que puedan dar la mayor cantidad de elogios etiquetados, tanto en el juego como en la vida diaria.
- Parafraseos: corresponde a la segunda habilidad por “Hacer” se entiende por parafrasear al hecho de que el padre o la madre se centra en repetir el mensaje básico de lo que el niño/a está diciendo, es considerada una forma de imitación verbal. Por ejemplo, si el niño durante el juego menciona “Construí una casa” el padre responderá diciendo; “Sí, tú construiste una casa” o bien se puede repetir de una forma más elaborada “Sí, tú construiste una casa con una puerta de entrada”. Dentro de la frase se hace la repetición de la idea central del niño/a, de esta manera se elimina en todo momento la crítica y la idea de que el niño pueda estar siendo arremedado. Los parafraseos expresan en su mayoría aceptación y comprensión lo que le permite al niño/a saber que el padre o la madre le está prestando atención y que por lo tanto está siendo escuchado.
- Imitar: la tercera habilidad de “Hacer” es imitar, es importante que durante el juego los padres se encuentren participando de manera activa y que no

solamente sean espectadores de lo que está realizando el niño. Al imitar, el padre o la madre demuestra una vez más que se le está prestando atención positiva a la actividad del niño/a, la imitación es la forma más sincera de adulación y el hecho de ser imitados por los adultos funciona como un estímulo para elevar el autoestima de los/as niños/as pequeños/as, además se sugiere a los padres que siempre tengan en cuenta que cualquier comportamiento que imiten es probable que el niño/a lo repita y lo aumenten, se entiende por imitación a que se espera que el padre o la madre juegue con el mismo juguete o uno similar e intente manipular el mismo de manera que se aproxime a lo que el niño/a está haciendo. La imitación es una habilidad que no se incluye dentro de la maestría que los padres deben cumplir, sin embargo, debe estar siempre presente.

- Describir: cuarta habilidad del “Hacer”. Para describir se alienta a los padres a mantener la atención a lo que el niño/a está realizando en el momento, para después hacer la “descripción del comportamiento”. Algunos ejemplos son; “Tú estás dibujando con un marcador rojo sobre una hoja”, “Estás colocando una pieza azul en la torre amarilla”, “tú estás haciendo un robot de colores muy grande”, con las descripciones se demuestra al niño/a que está teniendo toda la atención de los padres. Al igual que el parafraseo se puede usar para modelar y corregir procesos gramaticales y fonológicos, ayudan también a organizar los pensamientos de los niños/as más pequeños sobre su actividad en el juego, lo que puede también aumentar el tiempo que se puede dedicar a una tarea en específico.
- Entusiasmo: quinta y última habilidad de “Hacer”. Los padres deben mostrar el mayor entusiasmo posible durante el juego para que la interacción con el niño o niña sea divertida, entretenida y para que el niño/a se involucre en el momento. El entusiasmo implica el uso de una voz animada con inflexión variada, el entusiasmo comunica en su mayoría el interés hacia las actividades y hace que el momento de juego especial sea mucho más agradable tanto para los padres como para el niño/a. Así como la imitación el entusiasmo no se considera dentro de la maestría que deben cumplir los padres, sin embargo, debe permanecer presente durante los juegos.

Durante todas las sesiones los padres deben llevar una tarea a casa: realizar 5 minutos de juego “especial” con el niño/a, para ello se les entrega una hoja de tarea para CDI (anexo 11.2) en ella se evalúa si se realizaron o no los 5 minutos de juego, la actividad realizada y los problemas o dudas durante el juego especial.

Es importante resaltar que según el manual las familias están listas para pasar a la siguiente fase después de 4 sesiones de entrenar la fase CDI, una vez que se cumple con la maestría en cada una de las habilidades, para ello se trabaja con una Hoja de progreso (anexo 11.3) que sirve para la recopilación de los datos obtenidos durante las sesiones a partir del DPICS-III, así daremos cuenta del registro y avance del progreso de los padres, cuando hablamos del cumplimiento de una maestría nos referimos al dominio y la capacidad que se tiene para brindar las habilidades dentro de un tiempo específico, es decir, otorgar al niño 10 elogios, 10 descripciones y 10 parafraseos dentro de 5 minutos de juego especial, cuando los padres logran brindar dicho número de habilidades se considera que la maestría se ha cumplido y se puede continuar con la siguiente parte de la terapia.

El siguiente paso es la enseñanza de las habilidades PDI. El objetivo es enseñar a los padres y madres, los conceptos básicos de disciplina. En esta parte se les enseña a los padres a dar instrucciones efectivas con la estructura; Razón, Amabilidad e Instrucción efectiva (RAI), algunos ejemplos de ellas se mencionan más adelante. Se pide a los padres que explique primero la razón (R), mostrando amabilidad (A) con un “por favor” y dando una instrucción directa (I), por consiguiente, se evalúa si el niño/a cumple o no con ella, a partir de esto se decide si se aplica una consecuencia (silla del tiempo fuera) o no.

La silla del tiempo fuera refiere a que el niño o niña debe cumplir con una consecuencia al no haber obedecido con una instrucción que es dada por los padres. La ida a la silla del tiempo fuera cumple con una estructura o secuencia que debe ser seguida al pie de la letra, por ello se realizan juegos de roles que aseguran el seguimiento de este.

El procedimiento de la silla del tiempo fuera es el siguiente:

Se comienza por dar una instrucción directa, por ejemplo, el papá dice, “María, para no perder juguetes, por favor, coloca los bloques en su caja” en este punto se sugiere a los padres acompañar la instrucción con un gesto, es decir, mover la mano señalando

donde deben ir los bloques, inmediatamente se aplica la regla de los 5 segundos (los padres pueden repasar en silencio: mil uno, mil dos, mil tres, mil cuatro, mil cinco) si María cumple con la instrucción dentro de este tiempo se le brinda un elogio muy específico y entusiasta, mismo que le recordará al niño o niña que evitó ir a la silla de tiempo fuera, por ejemplo: “Gracias por colocar los bloques en su caja, así no tendrás que ir a la silla de tiempo fuera” y se continúa con el juego normal.

Si nos encontramos ante una situación en la que no se obedece se prosigue a dar una advertencia: “María, si no pones los bloques dentro de su caja, tendrás que ir a la silla del tiempo fuera” es importante que una vez que se da la advertencia se cumpla la misma, con ello damos a entender que la silla del tiempo fuera es una promesa y no solo una amenaza, si no hay respuesta ante la advertencia se prosigue a llevarla a la silla del tiempo fuera lo más rápido posible brindando la menor cantidad de atención y se dice “No hiciste lo que te pedí que hicieras, así que tendrás que ir a la silla del tiempo fuera” se deja al niño o niña y el papá o mamá regresa al juego, a partir de esto se cuentan 3 minutos más 5 segundos de completo silencio.

Una vez cumplido el tiempo se le pregunta al niño o niña si está listo para salir de la silla y volver a cumplir con la instrucción que se le dio inicialmente, si su respuesta es positiva, se regresa al juego para el cumplimiento y se continúa con el juego normal y se le da una segunda instrucción, si la respuesta es negativa, se prosigue a decir “ok, permanece en la silla hasta que te diga que puedes levantarte”, dentro de la silla existen 3 comportamientos que no pueden ignorarse, el escape de la silla de tiempo fuera, tener movimientos rápidos o balanceos dentro de la silla y el ponerse de pie dentro de la misma, para esto se cumple con la regla de que el niño o niña debe permanecer con el 50% de su cuerpo sobre la silla.

Cuando nos encontramos ante estos comportamientos que no se pueden ignorar, se hace uso de la habitación del tiempo fuera como respaldo de la silla, primeramente se da una advertencia de la habitación diciendo “Te fuiste de la silla antes de que te dijera que podrías hacerlo, si vuelves a salir, tendrás que ir a la habitación del tiempo fuera” si el niño o niña nuevamente sale de la silla se continúa diciendo “Saliste de la silla antes de que te dijera que podías hacerlo, así que tendrás que ir a la habitación del tiempo fuera” se acompaña al niño o niña a la habitación y se tiene que cumplir con 1 minuto más 5 segundos de completo silencio. Una vez logrados, se vuelve a la silla del

tiempo fuera para cumplir con el tiempo, cumplir con la instrucción y volver con el juego.
(anexo 11.4)

- Características que debe tener la silla y la habitación del tiempo fuera.

Debe evitarse el colocar la silla del tiempo fuera en alguna esquina, así damos seguridad y evitamos que el niño o niña pueda golpearse con las paredes, la silla debe estar alejada de cualquier objeto que pueda ser motivo de distracción, esto para quitar cualquier estímulo y centrar la atención del niño o niña al cumplimiento del tiempo dentro de la silla, debe estar situada en medio de nada y en un lugar que quede a la vista de papá o mamá, es importante hacer uso de una silla para adultos, no para niños y que sea lo suficientemente fuerte para evitar que pueda tirarla, puede utilizarse una silla sólida de madera.

La habitación del tiempo fuera debe ser un lugar ventilado, a prueba de niños, es decir, un lugar donde sea difícil que pueda hacerse daño, que no haya cosas que puedan considerarse “peligrosas” o que puedan llegarse a romper, que no haya presencia de objetos valioso, que no haya ningún tipo de acceso a agua caliente, que no haya muebles como libreros, estantes o closets que no estén clavados a la pared y que por ello puedan caer sobre el niño o la niña, que no haya ninguna clase de juegos u objetos que puedan servir como distracción y de preferencia que sea un lugar sin ventanas, ni puertas que den a la calle o que tengan cristales que puedan romperse con facilidad.

Las siguientes sesiones son para el entrenamiento de estas habilidades. En esta fase, y según el manual, las familias alcanzan sus objetivos después de aproximadamente 6/7 sesiones. Las sesiones comienzan en el entorno clínico, pero pueden extenderse a entornos comunitarios (ej. una tienda). En las sesiones PDI, se vuelve a hacer uso de la hoja de tarea para PDI (anexo 11.5) misma que está dirigida al registro de los 5 minutos de juego (utilizando las secuencias de comandos durante la fase de PDI) que realizan los padres durante todos los días de la semana, en ella se evalúa: sí practicó o no la PDI, las veces de tiempo fuera en la silla, las veces de tiempo fuera en la habitación y las preguntas/problemas/preocupaciones.

Al finalizar con las sesiones de entrenamiento, se realiza una última sesión de evaluación; es decir, la sesión post –tratamiento, en donde se hace una repetición de

medidas que se administraban antes de la terapia, en ello, se hace una retroalimentación a la familia y se revisan a detalle las mejoras que se han tenido.

El tratamiento concluye con una sesión de “graduación” cuando los padres logran la maestría en las habilidades de ambas fases y los problemas de conducta se han resuelto o han mejorado, al graduarse los padres reciben un certificado como reconocimiento del esfuerzo que se ha mostrado y los niños/as un premio para reconocer sus éxitos, se aprovecha esta última sesión para responder una vez más los cuestionarios que fueron respondidos en la primera sesión de evaluación.

2.2.2 Características clave de la PCIT

La PCIT cuenta con un entrenamiento directo de interacciones entre padres e hijos/as, donde se realiza un coaching directo a las diadas, misma que presenta ventajas en el desarrollo de habilidades sobre un método indirecto, ya que los errores que se cometen se pueden corregir justo en el momento, esto, permitirá el hecho de afinar las habilidades y aumentar la seguridad de los padres y la calidad del trabajo que se realiza en terapia.

El entrenamiento que se realiza sirve para modificar las conductas que se consideran negativas dentro de la conducta del niño/a, con ello, damos cuenta de que cada niño/a que se presenta a terapia se encuentra con desafíos y características propias.

El entrenamiento da como resultado un aprendizaje rápido y eficaz, al ser el terapeuta el guía y mediador entre padres e hijos/as, el aprendizaje de las habilidades que se requieren para la terapia resulta mucho más fácil, el entrenamiento dentro del juego es una fuente de aprendizaje y sirve también para moldear las conductas negativas del niño/a.

Al inicio de cada sesión se comienza con 5 minutos de codificación de las habilidades CDI, con la finalidad de evaluar el avance que están teniendo los padres. Estos datos nos sirven para guiar el tratamiento y para observar las mejoras en la interacción entre padres e hijos/as. Se considera necesario debido a que se requiere del cumplimiento de una maestría, es decir, se pide que los padres cumplan con el objetivo de usar 10

elogios específicos, 10 descripciones y 10 parafraseos en los 5 minutos de codificación, lo que respecta al uso de las habilidades EPIDE, ello con la finalidad de sobre aprender las mismas y que posterior a la terapia puedan usarse sin dificultad alguna en el día a día. Además, se busca cumplir con ello para pasar a la segunda fase de PDI en donde se sigue la misma dinámica de trabajo.

A lo largo de las sesiones de la segunda parte de la terapia, PDI, y una vez teniendo bien presentes las habilidades EPIDE, se trabajará con el entrenamiento de instrucciones efectivas.

La segunda fase de la terapia, suele ser una parte importante para la socialización temprana, debido a que se enseña a seguir reglas y dar cumplimiento a las instrucciones que los padres pueden llegar a dar, eliminando las respuestas negativas o comportamientos disruptivos ante ellas, durante PDI, se proporciona información necesaria para cubrir con las habilidades de disciplina que se requieren, para ello, se deben tomar en cuenta algunas de las reglas para el trabajo con las instrucciones efectivas, es decir, explicar el cómo dar una instrucción efectiva, la manera correcta de evaluar el cumplimiento o incumplimiento de esta y la forma adecuada para proceder ante una respuesta positiva y una respuesta negativa, para ayudar con dicha información se describe una tabla en la que se desarrollan los tipos de instrucciones que se pueden llegar a presentar en determinadas situaciones, la descripción y/o las características de cada una de ellas y algunos ejemplos que pueden ser de gran utilidad para un mejor entendimiento de las mismas. (Ver Tabla 1) además, se muestran 3 diagramas en los que se describe el procedimiento correcto del cumplimiento de instrucciones efectivas de la fase PDI. (Ver Diagramas I, II y III adaptados de Bodiford McNeil y Hembree-Kigin, 2010.)

TABLA 1. Características de una instrucción efectiva

Tipo de Instrucciones	Descripción del tipo de instrucción	Ejemplos
1.Directas, no indirectas	• Elimina ambigüedad acerca de lo que se tiene que hacer. • Deja en claro quién debe de llevar a cabo la tarea (el niño o niña).	Directas: Siéntate aquí en el sillón. Guarda tus bloques en la caja azul Indirectas: ¿Puedes sentarte? Vamos a recoger tus juguetes, ¿Está bien?
2.Simples, no compuestas	• Fáciles de obedecer. • Fáciles de recordar. • Mayor oportunidad de elogiar.	Simples: Guarda tus juguetes. Lava tus dientes. Ponte el pijama. Compuestas: Guarda tus juguetes, ponte el pijama, lava tus dientes y prepárate para dormir.
3.Positivas	• Hay que decir que sí hacer • Dejar poca oportunidad de oposicionismo.	Instrucción positiva: Sostén mi mano Instrucción negativa: ¡No te vayas!
4.Específicas, no vagas	• Hay que decir exactamente qué se espera de él o ella. • Elimina confusión • Mayor oportunidad de elogiar.	Instrucción específica: ¡Baja del árbol! Instrucción vaga:

		¡Ten cuidado!
5.Tono de voz neutral	• Interacción más placentera. • Se aprende a obedecer sin tener que levantar la voz o mostrar enojo. • Indica al niño que se debe cumplir con la instrucción para evitar la consecuencia. • Elimina el probar límites.	
6.Amabilidad	• Interacción más placentera. • Moldea habilidades sociales • Poca probabilidad de oposicionismo. • Poca probabilidad de incumplimiento.	Daniel, POR FAVOR, guarda tus juguetes en la caja azul. (Se puede ser amable utilizando el "Por Favor")
7.Adecuadas al desarrollo	• Que tenga la capacidad de cumplirlo. • Mejora la comprensión y el grado de atención del niño/a	Niño de 5 años. Oscar, por favor, levanta tu juguete. Adolescente de 12 años. Daniela, por favor, dobla tu ropa y guárdala en tu armario.
8.Uso de instrucciones directas sólo cuando sea necesario	• Si se dan demasiadas instrucciones directas será más difícil que se cumplan. • Provoca disgusto por estar ordenando constantemente.	• El niño/a se sienta sobre sus rodillas mientras come. En lugar de dar una orden, podemos ignorar ese comportamiento y elogiar cuando esté sentado sobre sus glúteos.
9.Dar opciones	• Desarrollo de autonomía. • Comunica que el niño o la niña tiene el liderazgo.	• Daniela no quiere vestirse. Dani, ¿Prefieres este vestido o esta blusa y pantalón?

10. Agrega una explicación	• Dar antes de la instrucción. • Permite que no se demoren tanto en cumplir.	“Para que los juguetes no se pierdan” (explicación antecede la instrucción) por favor guarda tus juguetes.
-----------------------------------	---	--

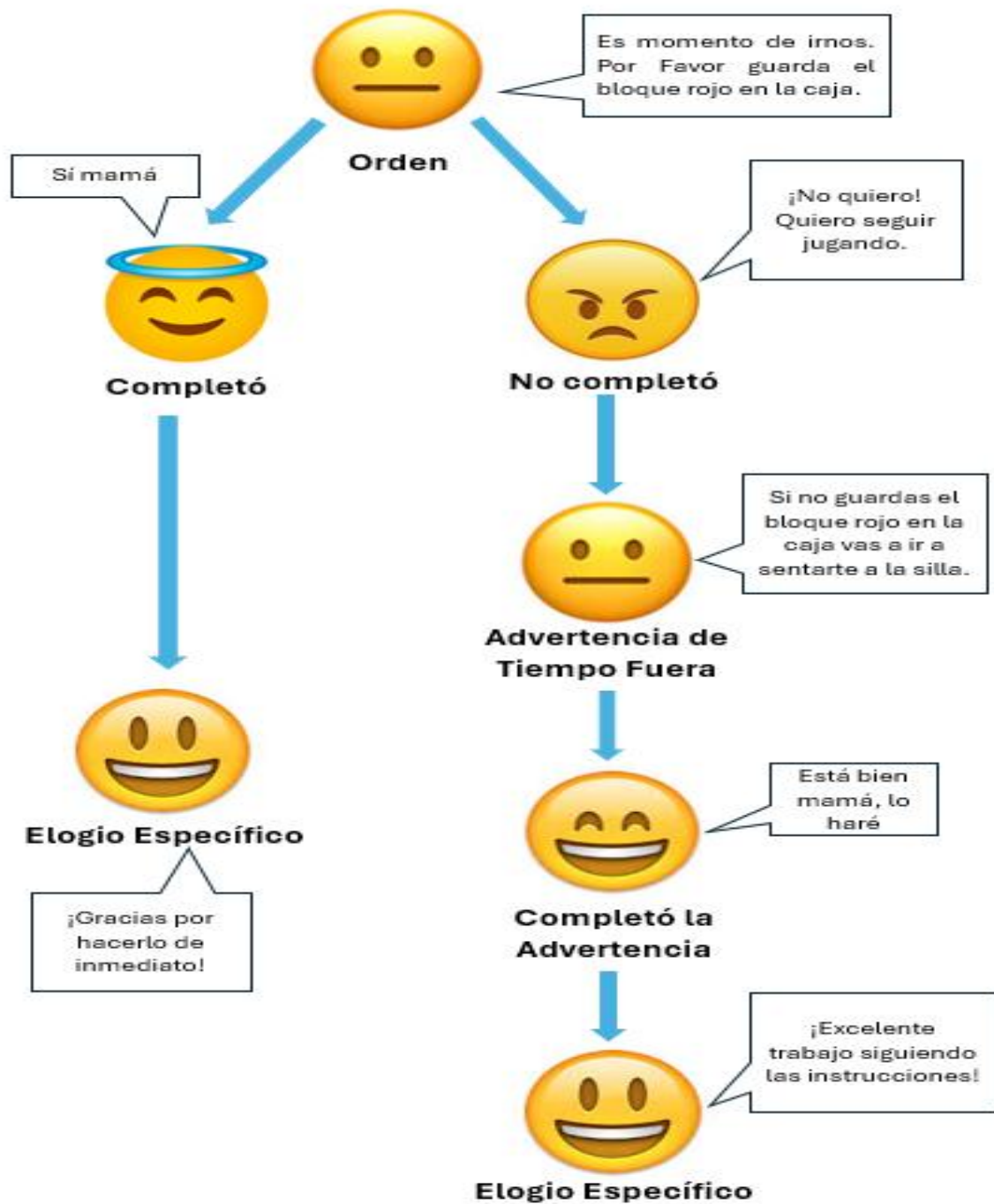
McNeil, C., Hembree-Kigin, T. (2007) Apéndice 6

El siguiente diagrama, muestra el diálogo completo en una situación del cumplimiento de una instrucción efectiva, en donde muestra qué hacer en caso de tener una respuesta positiva por completar la instrucción y una respuesta negativa al no completar con la instrucción, que se describe como “cumple” o “no cumple”. Cuando el padre o la madre dan una instrucción efectiva, y se tiene una respuesta de cumplimiento, se debe dar inmediatamente un elogio muy específico con la finalidad de reforzar esa conducta, en un caso contrario, con una respuesta negativa ante la instrucción, se pasa directamente a dar una advertencia, cuidando de no repetir la instrucción una segunda vez, está será dada con un tono de voz neutral, siempre mencionando “SI NO” es importante tener en cuenta que la advertencia debe decirse completa, aún si el niño la cumple antes de que se termine de mencionar, si después de dar la advertencia tenemos una respuesta positiva de cumplimiento se prosigue a dar un elogio específico, de esta manera se continúa con el juego especial. (Ver diagrama I).

Diagrama I

Estructura del cumplimiento e incumplimiento de una instrucción efectiva.

El niño o niña completa con una orden o con una advertencia



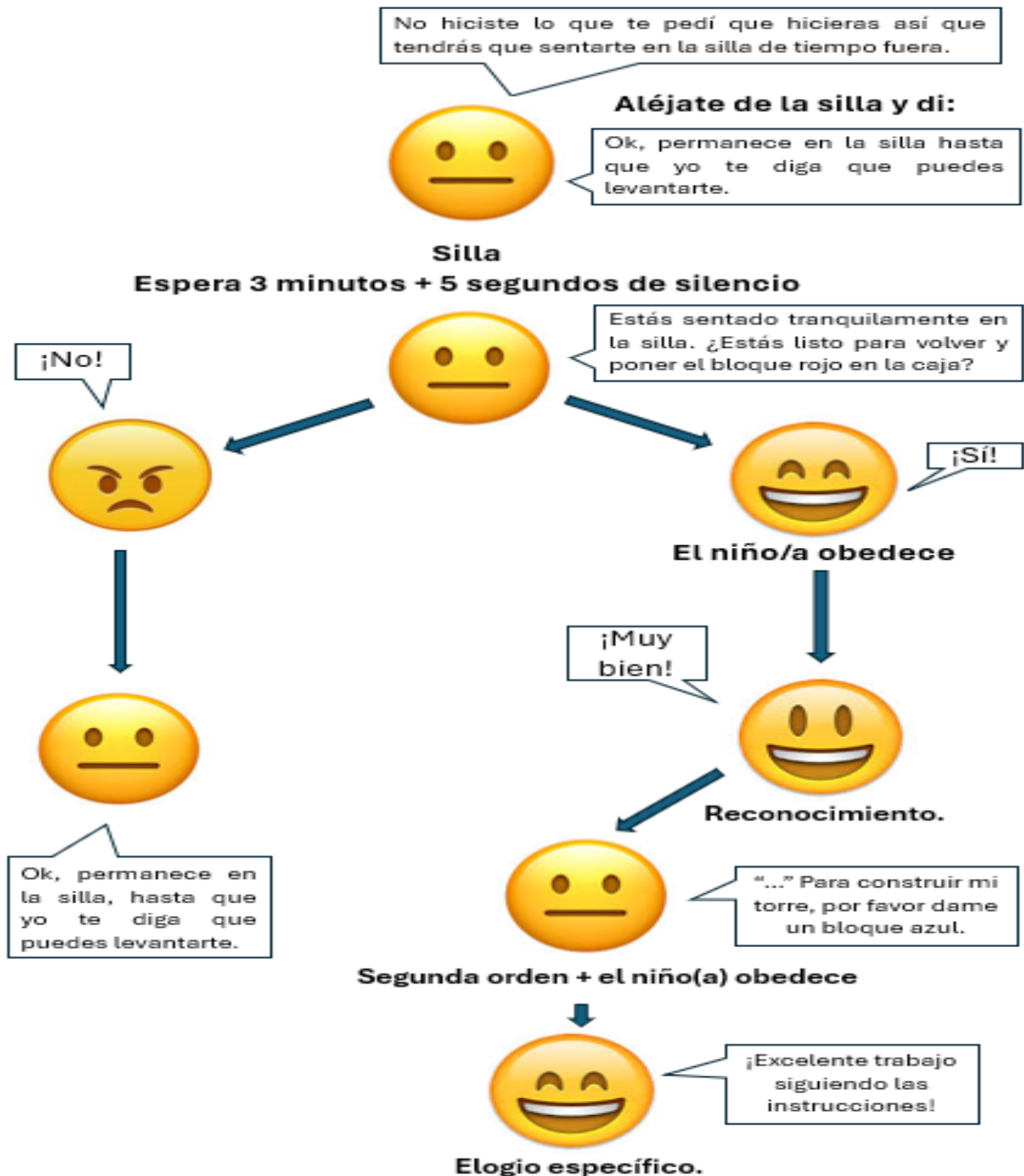
Diagramas tomados de: Bodiford McNeil, C. y Hembree-Kigin, T. L. (2010). *Parent-Child interaction Therapy.*, p- 456

Si se obtiene una respuesta negativa después de haber dado una advertencia ante el incumplimiento inicial, es importante continuar con la secuencia de llevar al niño/a a un tiempo fuera en la silla, es importante recordar que esto ya se le había mencionado al niño/a durante la advertencia, por lo que se tiene que cumplir, diciendo “No hiciste lo que te pedí que hicieras” ahora tendrás que ir a la silla de tiempo fuera”, el padre deberá acompañarlo hasta la silla y alejarse una vez que haya dicho “permanece en la silla...” una vez que se coloca al niño/a en la silla se comienza a cronometrar el tiempo de espera, en la PCIT es de 3 min + 5 segundos de total silencio, donde uno de los principales objetivos de estos últimos 5 segundos es el prevenir el aprendizaje supersticioso, una vez que el niño/a ha cumplido con 3 minutos + 5 segundos de silencio el padre deberá acercarse y preguntar “Ha estado en silencio... ¿Estás listo para volver y ...?” lo que le enseña al niño que el silencio es la respuesta que los padres buscan para terminar con un tiempo fuera establecido, siguiendo con el desarrollo del juego, si la respuesta es negativa el padre dirá “Ok, permanece en la silla ...” en caso de una respuesta positiva ante la pregunta, el niño deberá regresar y cumplir con la instrucción que se le dió inicialmente, en este sentido, es importante recordar que el tiempo fuera no termina hasta que se obedece con la instrucción inicial, y automáticamente se le dará un elogio general, posteriormente se le dará al niño/a una segunda instrucción, al tener una respuesta positiva, el padre responderá con un elogio muy específico ante el cumplimiento.

Diagrama II

Estructura para el momento de llevar al niño a la silla del tiempo fuera.

Tiempo fuera para niños/as que permanecen en la silla de tiempo fuera



Diagramas tomados de: Bodiford McNeil, C. y Hembree-Kigin, T. L. (2010). *Parent-Child Interaction Therapy*, p- 457.

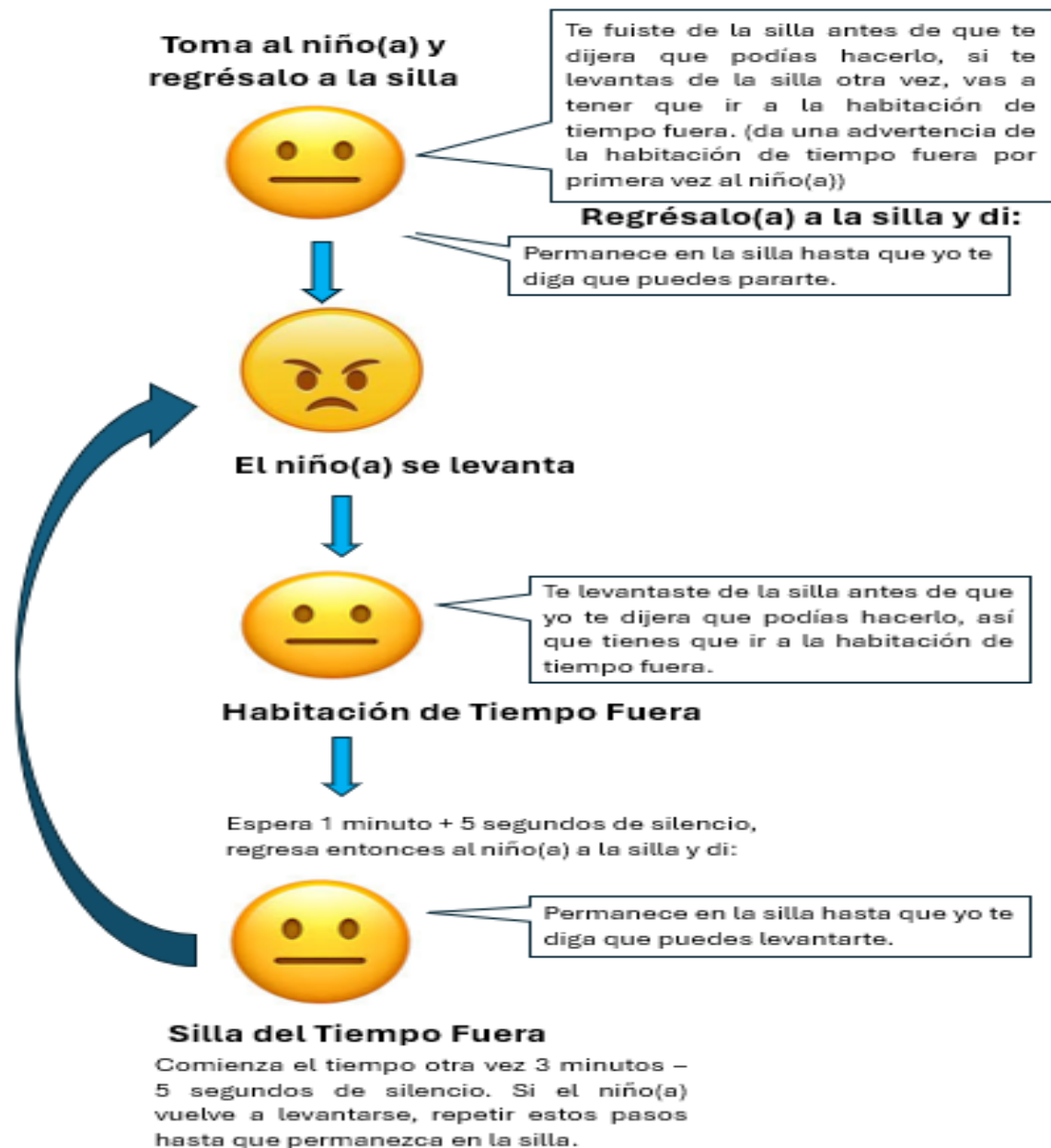
Existen 3 comportamientos que no pueden ser ignorados durante el tiempo fuera, el primero de ellos consiste en que el niño escape de la silla del tiempo fuera, es decir, que no se cumpla con el tiempo establecido, lo que nos pone ante un ejemplo de prueba de límites, es decir, el niño/a comenzará a ver que tanto permitirán los padres, el segundo se trata del movimiento o el balanceo de la silla del tiempo fuera, ocasionado por el aburrimiento que puede llegar a sentir el niño/a al permanecer en la silla y el tercer comportamiento es el pararse de pie en la silla.

La habitación del tiempo fuera será utilizada en dichos comportamientos, el siguiente diagrama continua con el desarrollo del mismo, una vez que el niño/a ha decidido salir una primera vez de la silla del tiempo fuera el padre debe acercarse y decir “Saliste de la silla de tiempo fuera antes...” y se deja una vez más en la silla, en una segunda vez que el niño/a se levanta, se dice “Te levantaste de la silla... tendrás que ir a la habitación de tiempo fuera” el tiempo de espera en la habitación es de 1 minuto + 5 segundos de completo silencio, cuando se termina el tiempo el padre lleva al niño/a de regreso a la silla de tiempo fuera, y vuelve a decir “permanece en la silla...” nuevamente comienza el tiempo de 3 minutos + 5 segundos de silencio, es importante mencionar que este proceso se repetirá hasta que el niño/a pueda permanecer sentado en la silla, una vez cumplidos el desarrollo del juego continúa siguiendo el procedimiento anterior para que el niño/a cumpla con la orden inicial, una vez cumplida se motiva a los padres a elogiar el cumplimiento y se continúa con una segunda instrucción.

Diagrama III

Estructura para llevar al niño a la habitación del tiempo fuera.

Esquema para niños (as) que escapan de la silla de tiempo fuera



Datos tomados de: Bodiford McNeil, C., Hembree-Kigin, T. L. (2010). *Parent-Child Interaction Therapy*, p- 458.

2.3 Motivación

Uno de los factores que influyen en el desarrollo óptimo de la PCIT es la motivación de los padres. La motivación afecta en la adherencia general al tratamiento, y en el cumplimiento y compromiso con solicitudes específicas que la terapeuta hará a los padres a lo largo de todo el tratamiento. Aunque el planteamiento del problema quedará explicitado más adelante, se incluye el tema de la motivación.

Hay varias formulaciones teóricas respecto a la psicología de la motivación y cada una de estas va a estar determinada por la perspectiva teórica dominante de la época, por lo que es importante ahondar la perspectiva de distintos autores. González (2008) de forma más amplia, define la motivación como:

“El conjunto concatenado de procesos psíquicos que, al contener el papel activo y relativamente autónomo y creador de la personalidad, y en su constante transformación y determinación recíprocas con la actividad externa, sus objetos y estímulos, van dirigidos a satisfacer las necesidades del ser humano y, como consecuencia, regulan la dirección y la intensidad o activación del comportamiento, y se manifiestan como actividad motivada.”

La motivación influye a los individuos a nivel psicológico y comportamental y se entiende que la integración de los procesos psíquicos que la conforman (percepción, memoria, pensamiento, sentimiento, etc.) refleja la interacción entre el sujeto y el mundo que lo rodea y que, a su vez, los procesos psíquicos regulan la actividad (conducta). Rubinstein (1965, citado en González, 2008) expone que hay 2 formas en las que se manifiesta la función reguladora, en forma de regulación inductora (determina la dirección e intensidad, por qué y para qué del comportamiento) o en forma de regulación ejecutora (determina que la acción se ajuste a condiciones concretas para obtener dicho objeto-meta), además, también se destaca la influencia de la actividad nerviosa superior, ya que en el fenómeno de la motivación, los procesos psíquicos se desarrollan en torno al funcionamiento fisiológico del cerebro, lo que da como resultado que la motivación sea un reflejo de la realidad y una expresión de la persona

En la motivación inciden múltiples aspectos, es fundamental recalcar que en esta participan procesos afectivos (emociones y sentimientos), tendencias (voluntarias e

impulsivas) y procesos cognoscitivos (sensopercepción, pensamiento, memoria, etc.), donde los procesos afectivos y cognitivos constituyen los procesos psíquicos, y entre ambos surgen las tendencias, quienes aportan dirección al comportamiento. El análisis de la motivación requiere de un trabajo complejo, debido a que esta constituye en gran parte la personalidad humana al estar dirigida a las necesidades (jerarquía) y motivos (objetivos planeados), los cuales serán atendidos según cada sujeto.

2.3.1 Conducta y motivación

Para introducirnos a la motivación, es importante hablar del por qué ocurre la conducta ya que esta está relacionada directamente con ella. La conducta no aparece de forma espontánea, sino que es consecuencia de los motivos internos y de los incentivos ambientales, y dicho por Alcock (2018, citado en Palmero, 2005), la conducta tiene connotaciones funcionales y adaptativas, por lo que tiene que haber razones por las que aparece tanto en el modo en el que se produce como en las situaciones en las que ocurre.

Por su parte la motivación “provoca la activación de ciertas zonas del cerebro y la segregación de ciertas hormonas, genera pensamientos y sentimientos y nos hace reaccionar de maneras distintas a cuando estamos desmotivados o en un estado basal o neutral” (Perret, 2016); la motivación provoca cambios, no sólo a nivel neuronal, sino también a nivel psicológico y comportamental. En la actualidad, una de las tantas conceptualizaciones de la motivación es que esta “debe considerar la coordinación del sujeto para activar y dirigir sus conductas hacia metas” (Palmero, 2005); pero anteriormente durante la etapa precientífica, entorno a la motivación solamente se consideraba la actividad voluntaria, mientras que en la etapa científica ya se hablaba de distintas tendencias e impulsos y además de actividades cognitivas que dirigen la conducta hacia determinadas metas.

Por otro lado, Beck (2000, citado en Palmero, 2005) introduce el concepto de variabilidad asociándolo con la motivación, donde al menos hay dos posibilidades, una primera referida a todas las manifestaciones conductuales cuando hay un sinnúmero de situaciones estimulares, y una segunda referida a diferentes manifestaciones conductuales mostradas por dos personas ante una misma situación estimular o ante una misma situación estimular en dos momentos diferentes; con esto se puede

entender que va a haber una tendencia a aproximarse o a evitar dependiendo si la consecuencia es gratificante o desagradable. Añadiendo más complejidad al abordaje de la motivación, es importante hablar de cómo las necesidades determinan la conducta, y Madsen (1980, citado en Palmero, 2005) dividía estas necesidades en dos categorías: motivos primarios, que están relacionados con la subsistencia del individuo y especie (motivos innatos y biogénicos), y motivos secundarios, que están relacionados con el crecimiento general del sujeto (motivos adquiridos y psicogénicos). Otra consideración importante entorno a la motivación fue el aporte de Petri (1991, citado en Palmero, 2005), quien menciona la importancia de entender las diferencias en la intensidad de las conductas, ya que las conductas más intensas pueden considerarse como una muestra de que el individuo tiene de niveles más elevados de motivación, mientras que las conductas menos intensas pueden asociarse a una baja motivación.

2.3.2 Motivación parental y adherencia al tratamiento

La motivación entre padres e hijos, o bien, motivación parental suele desempeñar uno de los papeles más fundamentales para mejorar el desarrollo emocional, cognitivo y social de los niños/as, así mismo, refleja la importancia en las decisiones de “hacer” o “no hacer” determinados actos, la motivación parental funge con la responsabilidad de crear nuevos objetivos que ayudaran a la mejora en cuanto a la calidad de vida.

De acuerdo con Santrock (2002). “La motivación parental tiene que ver con el conjunto de razones por las que los padres se comportan de las formas en que lo hacen. El comportamiento motivado es vigoroso, dirigido y sostenido”

Por otra parte, Ajello (2003) entiende la motivación como la responsable de sostener el desarrollo de las actividades más significativas para la persona, señala que esta debe ser entendida como la predisposición para aprender y continuar haciendo dichas actividades de forma autónoma.

Así mismo Ajello (2003) menciona que el beneficio de la motivación parental se centra en la creación de entornos emocionalmente seguros y estimulantes, además de que inciden directamente en el rendimiento académico, puesto que la creencia parental en

la capacidad de aprender y superar dificultades influye significativamente en la actitud que los niños/as suelen adoptar hacia el aprendizaje.

En este punto es importante describir que la motivación parental mantiene una estrecha relación en dirección a la adherencia al tratamiento pues juega un papel importante al hablar del “cumplimiento” de un conjunto de acciones, mismas que son guiadas por el grado de motivación que presentan los padres al involucrarse a cualquier tipo de tratamiento parental.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la “adherencia al tratamiento/terapéutica” como “El grado en que el comportamiento de una persona - tomar un medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida- se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria”.

Como describe Orueta (2005) la adherencia al tratamiento no solo hace referencia a una sola conducta, sino a un conjunto de conductas que incluyen; formar parte de un programa de tratamiento, evitar comportamientos de riesgo e incorporar un estilo de vida con conductas saludables, mismas que se generan a partir del paciente y los agentes de salud, así mismo se describen también como conductas que reflejan los problemas en la adherencia al tratamiento como: dificultades para comenzar, suspensión prematura, cumplimiento deficiente de las indicaciones, ausencias a consultas y rigidez de hábitos o estilos de vida necesarios para el mejoramiento.

Orueta (2005) menciona, además, algunas estrategias sobre la eficacia de distintas intervenciones para abordar el incumplimiento terapéutico que se agrupan en 6 categorías:

- Intervenciones simplificadoras del tratamiento: se basa en englobar aquellas interferencias que pudieran afectar el tratamiento, por lo que se considera la reducción del tiempo de duración del tratamiento.
- Intervenciones informativas/educativas: se encargan de brindar información acorde a las necesidades del paciente para que pueda comprender la situación y la importancia del tratamiento en el que esté se encuentra.

- Intervenciones de apoyo familiar/social: el trabajo a la par de la familia puede tener mayor eficacia del cumplimiento con el tratamiento ya que ayuda a mejorar las relaciones y motivan a la familia a unirse al cambio de vida del paciente.
- Intervenciones con dinámicas de grupos: se sugieren las técnicas grupales como una estrategia eficaz que ayudan a alcanzar los objetivos de motivación y seguimiento de las recomendaciones, así mismo, se logra la adherencia al tratamiento a través del aumento del conocimiento y la confianza en el paciente.
- Intervenciones de refuerzo conductual: las intervenciones están dirigidas a técnicas de responsabilización, autocontrol y refuerzo conductual, puesto que, si el paciente considera que el tratamiento que recibe es el indicado, esto incidirá positivamente en la evolución de su proceso y le será más difícil el abandono.
- Combinación de intervenciones: la combinación de varias intervenciones nos puede brindar mejores resultados a comparación de intervenciones aisladas.

Orueta (2005) hace énfasis en las principales recomendaciones para la intervención con los pacientes:

- Promover la relación médico/terapeuta-paciente
- Simplificar el tratamiento de acuerdo con las especificaciones de enfermedad
- Informar al paciente sobre la enfermedad y el tratamiento
- Hacer partícipe al paciente del plan terapéutico
- Dar información escrita
- Involucrar a la familia
- Utilizar métodos de recordatorio
- Reforzar periódicamente
- Fijar metas periódicas
- Investigar periódicamente el grado de cumplimiento
- Incentivar al paciente
- Llamar al paciente si no acude a revisión.

2.3.3 Deserción del tratamiento

Según Rondón, A. y colaboradores (2009) La deserción terapéutica es nombrada también como “abandono, terminación prematura o temprana, incumplimiento de citas, no cumplimiento, no adherencia, discontinuidad terapéutica” todos ellos únicamente refieren a la no culminación de un proceso terapéutico previamente solicitado por un consultante sin notificación previa, se describe también como la relación compuesta por la relación real y la alianza de trabajo, la primera referida al vínculo que se establece entre el paciente y el terapeuta, así pues la segunda hace referencia a la capacidad de ambos para llevar a cabo un trabajo en conjunto que logre llegar a cumplir los objetivos establecidos por ambos.

De acuerdo con Rondón, A. (2009) existen una gran diversidad de factores que pueden determinar la no adherencia al tratamiento por parte del paciente, entre ellos se encuentran:

- Los factores asociados al consultante, entre los cuales se encuentran características propias de los consultantes, como la edad y el estado civil, dado que es más común la deserción entre edades extremas como la vejez, la niñez, la adolescencia y la soltería, Es importante mencionar que cada uno de los consultantes que decide asistir por primera vez a una sesión terapéutica tienen formuladas sus expectativas propias lo que será decisivo para la adherencia terapéutica, también se consideran las creencias culturales y acerca de la enfermedad y el rol del psicólogo/a o la falta de información acerca de un tratamiento específico.
- Los factores asociados al terapeuta, son decisivos para la adherencia al tratamiento, esto debido a que la relación que se establece entre paciente-terapeuta es de carácter bidireccional, así mismo, la personalidad del terapeuta, así como los rasgos propios de su individualidad, los intereses y las actitudes que manifieste ante la presencia del paciente serán variables reconocidas que pueden llegar a incidir en la decisión de continuar o no con la terapia, dicho esto, se considera necesario que el terapeuta tenga total conocimiento de los temas que se estarán trabajando dentro del tratamiento, además de contar con herramientas y habilidades para hacer uso de los instrumentos de evaluación

que se necesitan para el trabajo, otras habilidades son la comunicación para dar a entender lo que se quiere expresar y la organización, la presentación personal, la forma de vestir y el tono de voz que se utiliza, también forman parte de una adecuada relación terapéutica.

- Factores asociados a la terapia, mismos que pueden ser decisivos para que el paciente tome la decisión de seguir o de abandonar la terapia, entre ellos se encuentra la mala selección de instrumentos de evaluación, la falta de efectividad al intervenir un diagnóstico, conceptualización y plan de tratamiento, además del cumplimiento o no cumplimiento de los objetivos establecidos al iniciar la terapia, por ello el consentimiento informado, funciona como una guía en donde se establecen fines, medios, relación terapéutica, además de los límites, riesgos y compromisos que conlleva todo el proceso terapéutico.
- Factores asociados a la institución, como la falta de organización ante el proceso de derivación de pacientes cuando en algún caso el terapeuta ya no es el indicado para seguir con un proceso, la recepción de datos y el manejo de la información que se obtiene en una primera sesión, uno de los factores más comunes para la no adherencia al tratamiento refiere a la gran dificultad para encontrar algún espacio disponible en la institución para obtener una sesión terapéutica, cabe mencionar que la importancia de la institución para la mencionada adherencia gira en torno a que es el lugar en el que se adaptaran para todo su proceso terapéutico, es un ambiente al que entrarán a menudo y en el que se sentirán en confianza para mostrarse emocionalmente ante el terapeuta.
- Factores situacionales, tienen que ver con lo que se denomina, tiempo, disponibilidad y problemas económicos, siendo estos los principales factores que intervienen en la adherencia del tratamiento, dando como resultado el abandono y/o la falta de asistencia al proceso terapéutico, para ello se recomienda trabajar con estrategias que pueden disminuirlo, por ejemplo, el establecer contactos telefónicos o de mensajería con los consultantes, realizar capacitación y entrenamientos constantes para el terapeuta.

Dentro del trabajo terapéutico la deserción del tratamiento suele presentarse de manera un tanto frecuente y se define entonces como el abandono total o parcial del tratamiento derivado de diversos factores que influyen en el abandono de este, sean estos institucionales, económicos, personales o referentes al terapeuta, considerando que los procesos motivacionales influyen también en la decisión para la deserción de un tratamiento.

3. Antecedentes

La investigación acerca de la relación entre la motivación y la adherencia al tratamiento específicamente en pacientes o familias de pacientes con TDAH es muy limitada. En la búsqueda de bibliografía realizada se encontraron los siguientes trabajos:

Pfiffner, et al. (2022) realizaron la investigación: “Mejorar la adherencia a la capacitación conductual de los padres para el TDAH” en la que describen que el entrenamiento parental es uno de los mejores tratamientos que pueden brindarse para el trabajo con niños que se encuentran en edad escolar y que además cuentan con un diagnóstico de TDAH. Mencionan que la eficacia de los tratamientos se ve comprometida por la falta de adherencia por parte de los padres a las estrategias de crianza que se brindan dentro del mismo, siendo la mala ejecución de habilidades, la planificación inadecuada, la baja motivación o actitudes negativas, el pesimismo y el estrés parental las principales barreras a las que estos se enfrentan y que, además, son asociadas a la deserción del tratamiento.

Dentro de su marco teórico se describe que, así como puede resultar beneficioso el uso de la tecnología puede no serlo, por dar un ejemplo se sabe que entre el 35% y el 50% de los padres no completan módulos en línea, debido a la baja motivación y la menor adquisición de habilidades parentales, por lo que el trabajo con dichas herramientas dentro de los entrenamientos parentales pueden resultar mejor si se logran incorporar a las rutinas diarias e integrar a tratamientos presenciales, lo que podría ayudar a abordar cuestiones contextuales en entornos que afectan la adherencia a los tratamientos.

Algunos ejemplos que se proporcionan son el utilizar aquellas herramientas digitales para ayudar a los padres a llevar un mejor seguimiento de sus objetivos diarios, además pueden indicar cuándo utilizar habilidades parentales específicas en los diferentes

contextos. Las herramientas pueden ser utilizadas además como medios que proporcionan orientación para ayudar a resolver situaciones problemáticas a través de un asistente mediante el análisis de algunos eventos, cabe mencionar que estas herramientas pueden no funcionar para todas las poblaciones, especialmente para familias con integrantes diagnosticados con TDAH, dado que en la creación de estas herramientas hubo poca participación de la población interesada (padres e hijos con diagnóstico de TDAH).

Es por ello que esta investigación describe que con el apoyo del Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH) se está diseñando una herramienta de salud (Aplicación interactiva) para incrementar la motivación parental y mejorar la adherencia al tratamiento y que además aborda las limitaciones o barreras antes mencionadas, para ello se aplicaron marcos para realizar intervenciones de cambio de comportamiento digital para así poder seleccionar las características basadas en la teoría de aprendizaje experimental, que trabajarán con cada barrera, en la herramienta se incluyen además actividades de práctica interactiva a través de módulos basados en la competencia de habilidades que brindan diversas oportunidades para el aprendizaje activo.

Los resultados obtenidos se centran en que la herramienta ha sido de gran ayuda pues se enfoca en mejorar la adherencia de los padres, además de mejorar la competencia en habilidades y actitudes motivacionales, se logra el establecimiento de objetivos personalizados, el monitoreo automático del progreso de padres e hijos dentro de un tratamiento, las indicaciones motivacionales y los procesos actitudinales para la gamificación (recompensas digitales por el uso de habilidades), la herramienta diseñada se adaptará a las necesidades propias de cada familia que la utilice, mostrando buenos resultados en la adherencia a los tratamientos en los que estás se encuentren participando.

Bush, H. Crosby, L. De López, P. et al. (2023) realizaron la investigación “Comprender las barreras y los facilitadores del tratamiento del TDAH: Iniciación y adherencia en niños” en el que describen que uno de los principales objetivos se basa en explorar las barreras y los facilitadores para la mejora de la adherencia a tratamientos del TDAH en niños para un mejor desarrollo de la intervención en entrenamientos parentales y orientación familiar.

Los métodos utilizados para la investigación se basan en una plataforma virtual, el trabajo en siete sesiones de grupos focales y seis entrevistas individuales con representantes de cuatro grupos de personas interesadas en la misma, principalmente cuidadores experimentados de niños con TDAH, familiares, médicos que atienden dicha población, cuidadores de niños recién diagnosticados con TDAH. En el procedimiento se llevaron a cabo sesiones separadas para cada uno de los grupos, en donde los cuidadores tuvieron oportunidad de asistir a una sesión de inglés o español, se utiliza una estrategia de análisis temático, y las barreras y facilitadores para el inicio y/o adherencia al tratamiento de TDAH se codifican en los datos de grupos focales, así como en las entrevistas.

Teniendo como resultados que algunas de las principales barreras para la adherencia al tratamiento en población TDAH identificadas en los niños/as fueron la falta de apoyo por parte de las escuelas, la falta de atención médica y los miembros de familia, barreras culturales (barreras del idioma, estigmas) tener recursos limitados, el acceso limitado y las preocupaciones sobre el tratamiento, con variabilidad en la aprobación entre los participantes, en los grupos de cuidadores se apreció un fuerte apoyo, acceso a recursos y se presenció una mejora funcional en los niños/as con el tratamiento, con ello se llega a la conclusión de que la estrategia implementada demuestra tener el potencial de mejorar la adherencia al tratamiento del TDAH.

El estudio de Chung, Hawkey, et al. (2024) "Regulación emocional y habilidades organizativas" aborda el tratamiento de Capacitación Conductual Parental (Behavior parent training) en padres con hijos con TDAH se centra en estudiar la relación entre la desregulación emocional y las habilidades organizativas (manejo del tiempo y planificación) de los niños/as y la adherencia al tratamiento por parte de los padres durante el tratamiento y posterior al tratamiento. La Capacitación Conductual Parental, abreviada como CCP, es un entrenamiento parental de manejo en habilidades conductuales (complementado con apoyo dirigido a los niños/as en el ámbito académico y social) donde se usan estrategias enfocadas en los antecedentes y consecuencias del cómo los niños/as con problemas en la atención ejecutan y completan tareas que se les dificultan. En la investigación se mostró que cuando los niños/as presentan desregulación emocional y dificultad en las habilidades organizativas se presenta poca adherencia al tratamiento por parte de padres con hijos con TDAH, esto influye en que los padres no usen consistentemente estrategias

efectivas e impacta directamente en la motivación y en los resultados del tratamiento (Chung et al., 2024). Se destaca que la CCP es una intervención eficaz para reducir los síntomas del TDAH y para analizar la relación entre las habilidades organizativas y la regulación emocional de los niños/as y el deterioro funcional en ellos después del tratamiento y los resultados de adherencia de los padres, aunque es importante tomar en cuenta que los resultados pueden variar dependiendo de los factores específicos del niño/a y de la familia, esto pone mayor énfasis en la importancia de la evaluación y abordaje de estos factores para mejorar la adherencia de los padres al entrenamiento, además de la necesidad de explorar estrategias personalizadas que se adapten a las necesidades individuales de esta población con el fin de optimizar la participación de los padres y mejorar los resultados a largo plazo.(Chung et al., 2024).

En el estudio realizado participaron 72 niños/as con síntomas de TDAH y sus padres, en un programa de intervención de 12 semanas implementado en escuelas donde se recolectaron datos a través de cuestionarios y evaluaciones realizadas a padres, maestros y profesionales de salud mental explorando la relación entre la desregulación emocional y las habilidades organizativas, el cómo las dificultades organizativas de los niños/as influyen en la consistencia de los padres para aplicar estrategias de este entrenamiento conductual y evaluar cómo las características de los niños/as impactan en su nivel de funcionamiento después del tratamiento. En relación con los resultados, se encontró que cuando los niños/as presentan mayores dificultades organizativas y síntomas graves de desregulación emocional, hay una menor adherencia por parte de los padres; esta se midió mediante evaluaciones a los padres donde indican con qué frecuencia aplicaban las estrategias del tratamiento y además con evaluaciones de los profesionales de salud mental donde se basaron en informes semanales de los padres. Se concluyó que la adherencia de los padres varía en función de las características del niño/a (como por ejemplo la persistencia de los síntomas de TDAH como la inatención, hiperactividad e impulsividad) y las demandas del tratamiento, lo que termina con una sugerencia en implementar intervenciones más personalizadas y soporte adicional para los padres, como, por ejemplo, abordando el estrés parental para mejorar las estrategias del tratamiento conductual. (Chung et al., 2024).

La literatura que explora la relación entre motivación parental y adherencia al tratamiento en familias con hijos con TDAH es limitada. No obstante, los estudios existentes coinciden en que la motivación de los cuidadores es un factor clave para la continuidad y eficacia de las intervenciones conductuales. A continuación, se revisan tres investigaciones recientes que abordan esta temática.

Pfiffner, et al. (2022) realizaron la investigación: “Mejorar la adherencia a la capacitación conductual de los padres para el TDAH” en la que describen que el entrenamiento parental es uno de los mejores tratamientos que pueden brindarse para el trabajo con niños que se encuentran en edad escolar y que además cuentan con un diagnóstico de TDAH.

Pfiffner et al. (2022) destacan que el entrenamiento parental es una de las intervenciones más eficaces para niños en edad escolar con TDAH. Sin embargo, su efectividad se ve comprometida cuando los padres presentan baja adherencia, atribuida a barreras como:

- ejecución inconsistente de las habilidades,
- planificación insuficiente,
- baja motivación,
- actitudes negativas hacia el tratamiento,
- pesimismo,
- estrés parental.

Los autores señalan que, si bien las herramientas digitales pueden facilitar el apoyo a los padres, también presentan limitaciones: entre el 35% y el 50% de las familias no completan los módulos en línea debido a baja motivación o dificultades para adquirir habilidades. Por ello recomiendan integrar la tecnología a las rutinas diarias y combinarla con intervenciones presenciales.

Con apoyo del Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH) diseñaron una herramienta de salud (Aplicación interactiva) para incrementar la motivación parental y mejorar la adherencia al tratamiento y que además aborda las limitaciones o barreras antes mencionadas. La herramienta incorpora funciones basadas en teorías de cambio conductual, como la práctica interactiva, monitoreo automático del progreso, establecimiento de metas, indicaciones motivacionales y elementos de gamificación.

Los resultados preliminares muestran que la aplicación mejora la adherencia y facilita el aprendizaje de habilidades parentales.

Bush, et al. (2023) investigaron las barreras y facilitadores a la adherencia mediante grupos focales y entrevistas con cuidadores, familiares, profesionales de la salud y médicos de niños/as con TDAH. Identificaron como principales barreras:

- falta de apoyo escolar,
- escaso acceso a servicios médicos,
- preocupaciones sobre el tratamiento,
- limitaciones económicas,
- barreras culturales y de idioma.

Por otro lado, los cuidadores que reportaron apoyo familiar y acceso a recursos observaron mayor progreso funcional en los niños. Los autores concluyen que comprender estas barreras permite diseñar intervenciones más efectivas que incrementen la adherencia al tratamiento.

Chung, et al. (2024) evaluaron la relación entre la desregulación emocional, las dificultades organizativas de los niños/as con TDAH y la adherencia de los padres a un programa de Capacitación Conductual Parental. El estudio incluyó 72 familias en una intervención escolar de 12 semanas.

Los resultados indican que los niños/as con mayores dificultades organizativas y con síntomas severos de desregulación emocional están asociados con menor adherencia parental. Los padres aplican las estrategias con menor frecuencia cuando enfrentan estas demandas, lo que a su vez afecta su motivación y los resultados del tratamiento. Los autores recomiendan intervenciones más personalizadas que consideren las características individuales del niño/a y el estrés parental para optimizar la adherencia.

4. METODOLOGÍA

4.1 Planteamiento del problema

La PCIT es un programa de intervención conductual para niños/as con problemas de conducta que se enfoca en el entrenamiento de habilidades parentales para mejorar la

relación padres-hijos/as; al estar basada en la teoría del apego y el aprendizaje social promueve una crianza positiva y sensible, es por ello que mediante sesiones de enseñanza y de entrenamiento de habilidades en las etapas CDI y PDI, se busca lograr mejoras significativas en los problemas de conducta de los niños/as implementando modificaciones en estas habilidades parentales.

Si bien existe una falta de información sobre la eficacia de la PCIT en el tratamiento del TDAH y aún se desconoce su impacto específico en los síntomas de este, se ha mostrado que esta terapia es efectiva en el manejo de problemas de conducta, cabe mencionar que actualmente Eyberg, Boggs y Bussing se encuentran realizando una investigación acerca del impacto de la PCIT en los problemas de comportamiento en niños/as de 4 a 6 años de edad con TDAH, lo que presenta un impulso en las intervenciones a este trastorno con la PCIT.

Siendo la motivación una de las principales energías psíquicas, es decir, el motor de acción que lleva a las personas a llevar a cabo o no una tarea o actividad dada, que el ser humano desarrolló, se considera necesario conocer cómo ésta influye en la conducta de los padres quienes se encuentran siendo parte de un proceso de terapia como lo es la PCIT.

Al igual que otras estrategias terapéuticas, la eficacia de la PCIT se ve afectada por factores externos, entre ellos, y según nuestra observación durante la intervención, se encuentra la motivación con la que los padres y madres se presentan al proceso de intervención y gracias a la cual se mantienen en el mismo, es decir, se adhieren al tratamiento.

No hemos localizado bibliografía que evidencie la relación entre la motivación parental para adherirse a un tratamiento y la eficacia de la PCIT, por lo que se requiere explorar cómo la motivación parental influye en los resultados de esta intervención, ya que se trata de una terapia en la que la participación de las y los cuidadores es fundamental para que se logre regular de manera eficaz el comportamiento de los niño/as.

El equipo de esta investigación sugiere que es funcional abordar el tema de la motivación para así conocer el grado en que está relacionado con la parentalidad y el desempeño en dirección a los esfuerzos que se requieren para el trabajo de intervención con los hijos/as. Asimismo, el hecho de que el TDAH sea uno de los

trastornos del neurodesarrollo más comunes en la infancia con una prevalencia de alrededor del 5% de los niños/as en México y que la detección y el diagnóstico tarda de 3 a 5 años (secretaría de Salud del Gobierno de México, 2017), hace aún más necesarios esfuerzos para las intervenciones psicológicas con esta población.

4.2 Objetivos de Investigación

4.2.1 Objetivo General

1. Conocer la influencia del nivel de motivación parental en la eficacia de la PCIT en familias con niños o niñas diagnosticados con TDAH.

4.2.2 Objetivos específicos

1. Conocer la eficacia de una intervención basada en la PCIT con familias de niños/as con diagnóstico de TDAH en términos de percepción parental de número y frecuencia de conductas disruptivas, incremento de habilidades parentales y signos característicos del TDAH.
2. Conocer la relación entre el nivel de motivación parental y eficacia de la PCIT para disminuir la percepción parental de número y frecuencia de conductas disruptivas.
3. Conocer la relación entre el nivel de motivación parental y el incremento de habilidades parentales.
4. Conocer la relación entre el nivel de motivación parental y la disminución en los signos característicos del TDAH.

4.3 Pregunta de Investigación

4.3.1 Pregunta General

1. ¿Cuál es la influencia del nivel de motivación parental en la eficacia de la PCIT en padres y madres con hijos/as diagnosticados con TDAH?

4.3.2 Preguntas Específicas

1. ¿Cuál es la eficacia de una intervención basada en la PCIT con familias de niños/as con diagnóstico de TDAH en términos de percepción parental de número y frecuencia de conductas disruptivas, incremento de habilidades parentales y signos característicos del TDAH?
2. ¿Cuál es la relación entre el nivel de motivación parental y eficacia de la PCIT para disminuir la percepción parental de número y frecuencia de conductas disruptivas?
3. ¿Cuál es la relación entre el nivel de motivación parental y el incremento de habilidades parentales?
4. ¿Cuál es la relación entre el nivel de motivación parental y la disminución en los signos característicos del TDAH?

4.4 Hipótesis

4.4.1 Hipótesis General

1. El nivel de motivación parental presenta una influencia positiva en la eficacia de la PCIT en familias con niños o niñas diagnosticados con TDAH, pues asegura el término del entrenamiento parental con resultados positivos para una mejor crianza.

4.4.2 Hipótesis Específicas

1. La intervención basada en la PCIT en trabajo con familias de niños/as con diagnóstico de TDAH muestra un efecto positivo en la disminución de la percepción parental de número y frecuencia de conductas disruptivas e incremento de habilidades parentales y signos característicos del TDAH.
2. El trabajo con la PCIT y la motivación parental mantienen un nivel alto de relación que permite disminuir la percepción parental de número y frecuencia de conductas disruptivas.

3. El nivel de motivación parental dentro de una intervención basada en la PCIT permite el incremento de habilidades parentales que mejoran las conductas de niños/as con diagnóstico de TDAH.
4. El nivel de motivación parental dentro de una intervención basada en la PCIT muestra una disminución en los signos característicos del TDAH.

4.5 Justificación de la Investigación

La Organización Mundial de la Salud (secretaría de Salud del Gobierno de México, 2017) señala que a nivel mundial hay una prevalencia del TDAH del 5% y en el caso de México, afecta a un millón y medio de niños y niñas menores de 14 años, este hecho indica la enorme necesidad de trabajar en tratamientos para que las personas con esta condición no tengan dificultad para desarrollarse en los diferentes ámbitos de la vida, tanto a nivel personal, familiar, académico y social. Este trastorno al ser uno de los más comunes del neurodesarrollo en la etapa de la niñez y dada la sintomatología que presenta, no sólo viene acompañado de complicaciones relacionadas con la hiperactividad e inatención, sino también de comportamientos disruptivos y problemas en la socialización por los mismos.

Según Alcázar (2007) el índice de abandono o la No adherencia al tratamiento psicológico se encuentra entre un 25 y un 50% a nivel mundial, mientras que en México los consultantes asisten en promedio, a tres sesiones de todo el proceso terapéutico.

Tomando en cuenta lo anterior, consideramos que la razón principal de prestar atención al estado motivacional de los padres y las madres recae en que al ser factores de cambio en el comportamiento de sus hijos/as, la motivación es necesaria para prácticamente todos los tratamientos psicosociales, lo que implica una participación activa en el proceso, y en el caso de los tratamientos de niños/as y familias, es el cuidador primario, padres y madres, quienes deben estar motivados para gestionar un cambio positivo.

De ahí la importancia de establecer mejores estrategias de intervención y tratamiento a las personas, especialmente a la edad escolar, diagnosticadas con TDAH y al círculo cercano a estos/as.

4.6 Método

Algunas de las variables utilizadas serán medidas de forma longitudinal, en cada una de las sesiones que se tendrán dentro de la intervención y algunas otras serán utilizadas previas a la intervención y posterior a la intervención.

4.7 Diseño de la Investigación

Esta es una investigación con datos mixtos, de alcance correlacional con diseño pre-experimental donde las variables serán medidas con instrumentos en dos momentos: pre-test y post-test. Las variables tomadas en cuenta son: atención, hiperactividad, impulsividad, percepción paterna del número y frecuencia de conductas disruptivas, habilidades y motivación parentales. El nombre de las variables y su definición operacional se muestra en la Tabla 2.

TABLA 2. Instrumentos utilizados	
Variable	Definición Operacional
Percepción parental acerca del número y frecuencia de conductas disruptivas de los niños(as)	Inventario de comportamiento Infantil Eyberg (ECBI) (anexo 9.6) El Inventario de comportamiento Infantil Eyberg es un instrumento dividido en dos escalas diseñado por la Dra. Sheila Eyberg, el cual, al ser contestado en cada sesión, permite la evaluación de los cambios en el número y la frecuencia de las conductas disruptivas. Se identifica como puntaje clínico arriba de 15 conductas disruptivas y en términos de frecuencia un puntaje por arriba de 131.
Percepción de los profesores acerca del número y la frecuencia de conductas disruptivas dentro del aula	Inventario de comportamiento estudiantil de Sutter-Eyberg SESBI-R (anexo 9.7) El Inventario de comportamiento estudiantil de Sutter-Eyberg es un instrumento de escala global que califica

	comportamientos disruptivos, diseñado por la Dra. Sheila Eyberg, el cual al ser contestado antes y después de la intervención por los profesores del niño o niña con la que se está trabajando, permite la evaluación del comportamiento estudiantil, la medición de la intensidad de la conducta y el número de conductas que los profesores consideran un problema.
• Habilidades parentales	- Sistema de codificación de la interacción diádica - DPICS III para CDI (anexo 9.8) Tiene la función de facilitar el registro del uso de las habilidades EPIDE (Elogiar, Parafrasear, Imitar, Describir, Entusiasmarse) durante la observación de los 5 minutos del juego especial que se realizan con cada uno de los padres dentro de la terapia. - DPICS III para PDI (anexo 9.9) Al igual que el formato de codificación para CDI, el de PDI sirve de apoyo para que la evaluación de las habilidades parentales entrenadas en la segunda parte de la terapia sea más sencilla, además de que permite identificar el número de veces que se emplean las habilidades en relación con las instrucciones formuladas con la RAI, permite evaluar si se dio la instrucción de manera correcta, si el niño obedeció o desobedeció la misma, si se dio advertencia para ir a la silla del tiempo fuera, si hubo elogios dirigidos al niño/a.
• Signos característicos del TDAH	- Escala de Connors para padres y profesores (anexo 9.10) La Escala de Connors para padres y profesores construida por Keith Connors en el año 1969 permite la evaluación de síntomas de hiperactividad, desatención y problemas de

	conducta en sujetos de 3 a 17 años de edad, y debido a su confiabilidad y validez. Resulta oportuna la aplicación de estos para obtener información de la conducta desde la perspectiva de los padres y profesores. Se hará uso de la Escala de Conners para padres y profesores en las siguientes presentaciones: A. Escala de Conners para padres: Forma 48 reactivos. B. Escala de Conners para profesores: Forma 39 reactivos.
Nivel de motivación parental	- Inventario de Motivación Parental (Anexo 9.11) El Inventario de Motivación Parental (PMI por sus siglas en inglés para Parental Motivation Inventory) (Nock and Photos 2006) es un autoinforme que consta 25 elementos de la motivación de los padres para participar en la terapia de su hijo/a con escala de cinco puntos (1 = totalmente en desacuerdo; 5 = totalmente de acuerdo). Los tres componentes principales de la motivación que se toman en cuenta en este instrumento incluyen: 1) Percepción de los padres del deseo de cambio en el niño/a 2) Disposición/Preparación para cambiar el comportamiento de los padres y 3) Capacidad percibida para cambiar los comportamientos de crianza.
Eficacia de la PCIT para disminuir la percepción parental del número y frecuencia de conductas disruptivas e incremento de habilidades parentales y signos característicos del TDAH.	Se evaluó de distintas maneras, una de ellas fue calculando la diferencia entre el puntaje inicial y el puntaje final del número y frecuencia de conductas disruptivas señaladas en el ECBI. Otra forma de medir esta variable fue con el puntaje más alto obtenido por la madre o el padre en las habilidades parentales de la fase CDI. Y por último, con el número de semanas que tardaron los padres en alcanzar el

	puntaje más alto obtenido en las habilidades parentales de la fase CDI.
--	---

4.8 Muestra

4.8.1 Tipo de muestra

Esta investigación trabajó con una muestra no probabilística por conveniencia, basada en una población específica, donde las características de los y las participantes que funcionaron como criterios de inclusión fueron: edad y diagnóstico.

4.8.2 Descripción de las y los participantes

La selección de los y las participantes se realizó a través de un cartel (anexo 11.12) publicitario que rige como convocatoria abierta para aquellas familias que tengan niños y niñas con TDAH de 3 a 8 años de edad, y que además residan en el estado de Querétaro, mismo cartel que fue publicado y compartido a través de las redes sociales.

4.8.3 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación de las y los participantes

- Criterios de Inclusión

- Niños o niñas de 3 a 8 años de edad.
- Que residan actualmente en el estado de Querétaro, que permita la asistencia presencial a las sesiones de terapia.
- Estudiantes de preescolar y primaria.
- Diagnóstico de TDAH.
- El diagnóstico debe haber sido realizado previamente por escrito por un especialista en neuropsiquiatría o psiquiatra con cédula profesional.
- Puede haber comorbilidad con otros trastornos, pero el predominante debe de ser el TDAH.

- Criterios de exclusión

- Niños o niñas con menos de 3 años y mayores de 8 años de edad
- Residir fuera del estado de Querétaro o presentar alguna dificultad para atender las sesiones de la terapia PCIT
- No contar con diagnóstico de TDAH o bien tener predominancia en otro trastorno.

- Criterios de eliminación

- Abandono del proceso terapéutico
- Acumular 2 o 3 faltas injustificadas al proceso terapéutico

5.Resultados

5.1 Descripción de los casos

Caso 1 (AMMV02)

- Información general

Niño de 8 años, cursando 3ero de primaria. En los antecedentes familiares sobre la salud mental, se menciona que el padre puede tener un diagnóstico de TDAH puesto que ha expresado sentirse identificado con algunas características del niño, además se encuentra en espera de un estudio que confirma o descarta cáncer de páncreas, en cuanto a la madre se sospecha de un cuadro de estrés y/o depresión que posteriormente se confirma. Durante la entrevista la madre expresa que se tiene que seguir con una rutina impuesta por ella para que el día del niño se aproveche y no se tengan espacios para permitir comportamientos “negativos”, hay un excesivo miedo por el uso de los aparatos tecnológicos pues se cree que se puede llegar a una dependencia hacia ellos.

El diagnóstico del niño es TDAH con preponderancia en la hiperactividad, a su vez se diagnostica con un coeficiente intelectual promedio alto y con Hipoplasia medular congénita, lo que lo hace más propenso a contraer enfermedades, es tratado farmacológicamente con metilfenidato de 10mg tomando ¼ de tableta con el desayuno y ¼ de tableta con la comida.

- Familia

Tiene 3 medios hermanos por parte de su padre, sin embargo, no hay ningún tipo de relación cercana con ellos ni con él. Vive con su madre, misma que se hace responsable del cuidado y la crianza del niño.

La madre menciona que actualmente su relación con él es buena al igual que su comunicación, aunque muchas veces no se cuenta con el tiempo suficiente para brindarle una buena atención, lo que provoca una alta demanda de esta.

La madre menciona que actualmente el niño duerme con ella debido a una situación que se presenta en el hospital lo que provoca una regresión en los comportamientos y la presencia de miedo y terrores nocturnos.

Se ejerce una crianza con culpa por parte de la madre.

Dentro de la sintomatología clínica, el niño presenta una baja autoestima, dificultad para relacionarse con sus pares y comportamientos impulsivos. La madre describe algunas características positivas en él, por ejemplo, se menciona que es un niño amoroso, inteligente y con muchas habilidades que destacan como buena motricidad, el pensamiento lógico-matemático, y la destreza para competir en juegos como el ajedrez.

- Información peri, pre, y postnatal

A lo largo de la entrevista la madre expresa que su embarazo tuvo un desarrollo complicado, ya que presentó sangrados y contracciones desde el primer día, lo que la llevó a mantener reposo absoluto, hubo presencia de medicamentos como vitaminas, progesterona e inyecciones para acelerar el desarrollo de los pulmones del bebé. La madre describe que experimentó el miedo, el estrés y la preocupación debido a la situación en la que se encontraba con su pareja, el nacimiento es por cesárea, y el niño nace de 3400 gramos y 53 centímetros.

- Experiencia escolar y relación con los pares

En el ámbito escolar se describe que el niño es muy bueno en relación con los trabajos, actividades, y tareas que se dejan a diario, ya que destaca el alto coeficiente intelectual. Es bueno en matemáticas y no tiene ningún tipo de problema con las materias asignadas, sin embargo, el problema está en la manera de socializar con sus compañeros de clase, ya que algunos de ellos pueden llegar a detonar un mal comportamiento en el niño.

- Descripción cualitativa de la relación diádica

Durante las sesiones de entrevista se logra observar que la impulsividad del niño se presenta cuando la mamá mantiene conversaciones con otras personas, ya que no se le brinda la atención que demanda. Dentro del juego muestra una buena relación con

la madre, muestra mucha creatividad en juegos de construcción y sólo a veces presenta expresiones de agresividad dentro del juego, las conversaciones que se tienen en los juegos demuestran un amplio vocabulario del niño.

- Disciplina en casa

En casa no se cuenta con ningún tipo de disciplina, sin embargo, se tienen que seguir las rutinas impuestas, hay consecuencias de los actos y no hay premios. La madre expresa que se presentaron algunas situaciones en las que anteriormente le pegaba, no cree en las consecuencias como la silla del tiempo fuera puesto que puede ser muy agresiva con el niño y prefiere acudir a estrategias como la meditación y la reflexión de las conductas.

Caso 2 (ENM03)

- Información general

Niño de 7 años, cursando 2do de primaria. En los antecedentes familiares sobre la salud física y mental, se menciona que se desconoce el estado general de salud del padre, pero no hay ningún diagnóstico de alguna enfermedad mental, en cuanto a la madre, se describe que su salud física es bastante buena pero que en ocasiones suele sentirse “como deprimida”, no ha asistido a terapia debido a que solamente se ha concentrado en la salud mental del hijo.

El diagnóstico realizado por la Neuropediatra fue de “TDAH, reportando que el niño se encuentra con datos muy leves de un Trastorno del Espectro Autista (TEA) nivel 1, se reportó riesgo sobre el coeficiente intelectual, adaptación, trastorno de ansiedad y/o emocionales secundarios”, no se llevó a cabo tratamiento farmacológico referente al TDAH.

- Familia

Es hijo único y vive únicamente con su madre, ella menciona que es un niño muy autónomo y tienen muy buena relación, al igual que con sus abuelos, con quienes también suele convivir mucho, durante la entrevista se menciona que tiene su habitación propia, pero en los últimos meses ha estado durmiendo con su mamá.

- Información peri, pre y postnatal

Durante la entrevista, la madre expresó que se presentó un embarazo, parto y desarrollo motriz normal, la noticia del embarazo se tomó de manera feliz pero fue sorprendente ya que no fue planeado, la gestación fue de 37 semanas, el estado de salud de la madre al momento de la concepción fue bueno, nace pesando 3.1

kilogramos y su talla es de 49 centímetros aproximadamente, en el nacimiento del niño no hubo llanto en exceso ni problemas para dormir, aunque se reporta inquietud motora, problemas de atención y retrasos en el desarrollo personal y social.

- Experiencia escolar y relación con sus pares

En el ámbito escolar la madre menciona buenos comentarios en la parte académica y aunque sigue habiendo dificultades en la socialización comenta que tiene una amiga. También hay presencia de una rutina muy establecida ya que además de asistir a clases, también toma un curso de robótica y de natación, y durante vacaciones asiste a cursos de verano. El mayor interés de la madre es que su hijo pueda mejorar su autoestima ya que se le dificulta relacionarse con sus pares lo que provoca que se sienta muy excluido, también él ha expresado sentimiento de querer cortarse con un cuchillo y morir.

- Descripción cualitativa de la relación diádica

Se describe que la relación entre madre e hijo es bastante buena, actualmente el niño es muy apegado a la madre y le es muy difícil estar y mostrarse en confianza con otras personas que no sea su mamá o sus abuelos, pero independientemente de ello es un niño muy autónomo, se menciona que a inicios del 2023 descubrieron que había sufrido abuso sexual, presuntamente de parte de su padre biológico, razón por la cual comenzó a acudir a terapia psicológica y a llevar tratamiento farmacológico de antidepresivos.

- Disciplina en casa

La disciplina que se ejerce en casa gira en torno al castigarlo quitándole sus juguetes o dejarlo sin ver la televisión, es muy complicada la disciplina ya que no respeta los límites que se le ponen a pesar de que se le quitan los juguetes busca la manera de agarrarlos aunque él se encuentre castigado, aquí es donde suelen haber peleas y al final la madre termina cediendo a que tome los juguetes ya que no le gusta verlo enojado o llorando, no se ha usado el tiempo fuera como forma de disciplina pues se menciona que a la madre no le gusta la idea de dejar al niño en una silla y simplemente ignorarlo.

Caso 3 (OBA04)

- Información general

Niño de 6 años, cursando 1er año de primaria. En los antecedentes familiares sobre la salud física y mental, se menciona que el padre se encuentra con un diagnóstico de depresión mayor desde hace 2 años que se realiza a partir de una evaluación por parte

de su trabajo. Esto parece atender a la alta carga de trabajo que posee, sin embargo, no es tratado farmacológicamente, se describe que la madre mantiene un estado de salud buena y cuenta con un diagnóstico de hipotiroidismo para lo cual se trata farmacológicamente con levotiroxina, en la entrevista se menciona que el niño tiene un tío con características de esquizofrenia.

Se comienza a sospechar del diagnóstico del niño al cumplir 3 años, ya que no presentaba ningún tipo de lenguaje, de aquí se deriva a un neurólogo debido a que tampoco mantenía contacto visual y los ruidos altos lo alteraban, al comenzar terapias con un psiquiatra se diagnostica a los 5 años con retraso global del desarrollo con probabilidad de TDAH o TEA y se comienza a tratar farmacológicamente, actualmente se ha descartado el diagnóstico del TEA y se mantiene únicamente el de TDAH.

- Familia

Tiene 1 hermana de 7 años y mantienen una relación normalmente buena, aunque muchas veces no hay paciencia por parte de su hermana. Vive actualmente con su madre y con sus abuelos, puesto que su padre se encuentra trabajando en el municipio de Jalpan, viéndolo cada 15 días, a pesar de ello se mantiene una relación bastante buena, la madre menciona que su comportamiento es bastante impulsivo en algunas ocasiones y es difícil que siga las reglas que se le imponen dentro de casa, se describe también que tiene un carácter fuerte y que a pesar de ello es un niño muy alegre e introvertido, tiene una fijación por los planetas, cuando él se molesta tiende a decir groserías, no le gusta seguir normas y no hay una autorregulación de sus impulsos.

- Información peri, pre y postnatal

A lo largo de la entrevista la madre expresa que su embarazo no fue planeado, pero si deseado, tuvo un desarrollo normal durante el embarazo, aunque en ocasiones había demasiada preocupación porque todo saliera bien, el tiempo de gestación es de 38 semanas, nace por cesárea, al momento del nacimiento la salud del bebé es buena y su peso es de 3 kilogramos y su talla es de 54 centímetros.

- Experiencia escolar y relación con sus pares

En el ámbito escolar hay una mala experiencia porque al principio hubo rechazo por parte de la institución a la que fue inscrito, esto debido a algunos comportamientos que se presentaban en el niño. Por ello se opta por que el niño tenga “clases burbuja” o “grupo burbuja” que refiere a una escuela más especializada en cuanto a las necesidades de este. En este contexto hay mucha dificultad para socializar con los demás, por lo que la relación con sus pares no es tan buena ya que no hay una noción

del límite y el espacio personal de los otros. Por parte de los maestros no se ha presentado ningún tipo de problema.

- Descripción cualitativa de la relación diádica

Durante las sesiones de entrevista se logra observar que la relación que hay es bastante buena, así mismo dentro del juego se observa que es una actividad que disfruta mucho hacer con la mamá. En todo momento el niño tiene presente que ella es la figura de autoridad, aunque en ocasiones le cueste seguir sus indicaciones y cumplir con las normas que se le imponen.

- Disciplina en casa

La disciplina en casa la ejerce su madre, ella es quien impone las reglas que se deben de seguir, se usan consecuencias; “si no haces tal cosa, te quitaré tal cosa” se da una consecuencia y se quitan privilegios, ante esta situación el niño se disculpa por el comportamiento “negativo” y termina por hacer caso a lo que se está pidiendo.

Caso 4 (GFG05)

- Información general

Niño de 5 años, cursando el 3er año de preescolar que es presentado por su abuela. En los antecedentes familiares sobre la salud física y mental la abuela expresó que tiene episodios de presión baja, poco frecuente, y menopausia, sin atención médica o psicológica, actualmente se trata farmacológicamente con clonazepam y bio-electro para la migraña, además se sospecha de un Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) con la limpieza, no está diagnosticado. En relación con la madre el niño, se menciona que es diagnosticada con TDAH durante la adolescencia y no se ha tratado farmacológicamente, en cuanto al padre se menciona que no hay conocimiento de él puesto que no mantienen ningún tipo de contacto con él y solo ha visto al niño ocasionalmente por creencias tradicionales de la familia, no hay ningún tipo de responsabilidad para con el niño.

El diagnóstico del niño es TDAH, aunque primeramente se le diagnosticó con el Trastorno de Relación Social Desinhibida (TRSD) y con problemas de lenguaje. El TDAH es actualmente el trastorno predominante y según el diagnóstico de la Neuropediatra, muestra dificultades en la motricidad fina, control inhibitorio motriz, control de atención y además hay presencia de conductas oposicionistas-desafiantes. Comenzó a recibir tratamiento farmacológico a mediados de julio de 2023, dónde

comenzó a tomar dosis de Metilfenidato y a inicios de septiembre del mismo año se le añadió Valproato de Magnesio.

- Familia

Tiene 5 medios hermanos por parte del padre de 26, 24, 15, 7 y 3 años de edad, sin embargo, no hay ningún tipo de relación cercana con ellos, vive con su tía y su abuela, desde hace más de un año, ella es quien se encarga de la crianza del pequeño ya que la madre se encuentra viviendo en otro estado. En su entorno familiar únicamente convive con la abuela, el abuelo y la tía, mantiene comunicación con la madre únicamente a través de videollamadas, la abuela menciona que duerme con ella en su cama independiente y que asiste a terapia de lenguaje y a equinoterapias.

- Información peri, pre y postnatal

El embarazo del niño tuvo una duración de 9 meses exactos, se realizó una cesárea debido a que no se presentaron contracciones y no se presentó ningún problema de salud, en cuanto al estado de salud de la madre durante la gestación se considera bueno ya que no hubo ningún problema, al nacer el niño pesó 3 kilogramos aproximadamente y tuvo una talla de 50 centímetros.

- Experiencia escolar y relación con sus pares

En el ámbito escolar la abuela menciona que habla y participa mucho, requiere de atención constante y en la parte social le cuesta relacionarse con los demás ya que suele pegar tanto a sus compañeros/as como a su maestra, aunque recientemente con el tratamiento farmacológico han disminuido estos episodios.

- Descripción cualitativa de la relación diádica

Durante la entrevista se mencionó que el niño vivió eventos estresantes, cómo abuso emocional, abuso físico, violencia intrafamiliar y separación de los padres, donde dicha violencia fue ejercida por la ex pareja de su madre. La relación entre la cuidadora y el niño es muy cercana ya que ella tiene prioridad con los cuidados y la rutina de él, pero debido a los periodos de frustración, la explosividad y poca tolerancia suele haber estrés en el día a día; en cuestión a la disciplina, la abuela confiesa que usa tono de voz fuerte, amenazas, con menos frecuencia nalgadas y quita privilegios.

- Disciplina en casa

En casa se disciplina al niño manteniendo un tono de voz alto y golpeado, se hacen presentes algunas amenazas de golpes, si el niño tiende a no obedecer lo castiga, ante esta situación se le quitan privilegios y se le niegan los premios, se utiliza la economía de fichas, se le dan estrellitas para premiar su buen comportamiento, mismas que

después cambiar por cosas pequeñas, juguetes, veinte pesos, libros para colorear, crayolas, masitas y/o chocolates. Ante la disciplina el niño responde con gritos, con groserías y con amenazas de muerte hacia su cuidadora, en alguna ocasión se llegó a usar el tiempo fuera, pero no le fue funcional.

Caso 5 (MAVM06)

- Información general

Niño de 6 años, cursando 1er año de primaria. En los antecedentes familiares sobre la salud mental se describe que el padre se encuentra bien de salud tanto física como mental ya que nunca ha sido diagnosticado con algún trastorno. En cuanto a la madre se menciona que actualmente asiste al psicólogo debido a que es diagnosticada con TDAH y se encuentra recibiendo tratamiento farmacológico, menciona que comparte algunas características similares a las del niño debido al TDAH.

El diagnóstico del niño es TDAH, se reportan dificultades en control atencional, hiperactividad, impulsividad, además de tener estudios neurofisiológicos con mapeo cerebral con alteraciones compatibles con el trastorno, es tratado farmacológicamente con metilfenidato en jarabe de 5ml/10mg tomando 2.5ml por la mañana y 2.5ml por la tarde, además, se le administran sobres granulados de Omega y cápsulas de vitaminas.

- Familia

Tiene una hermana de 1 año y 3 meses y vive junto a ella y sus padres, en la entrevista se describe que el niño mantiene una buena relación con su hermanita y suele protegerla mucho, los padres consideran que ambos son muy unidos. La madre menciona que su relación con ella es un tanto difícil ya que el comportamiento que presenta el niño es muy disruptivo y especialmente con ella, su hijo suele comportarse grosero y de manera violenta, por otro lado, el padre menciona que la relación que mantiene con él suele ser más tranquila, ya que esos comportamientos con él son más leves, puesto que el niño suele tranquilizarse más fácil y suele obedecerlo en las indicaciones, cabe mencionar que estos comportamientos disruptivos se intensificaron con la llegada de su hermana, aunque también suele convivir y jugar cuidadosamente con ella. Se menciona que el niño tiene su habitación propia, pero en temporadas de lluvia duerme con sus padres ya que le da miedo el ruido que produce el agua de la lluvia.

- Información peri, pre y postnatal

Durante la entrevista los padres expresaron que su hijo fue planeado, el embarazo y parto fueron normales al igual que el desarrollo, mencionan que al momento del nacimiento se percataron de que el niño no escuchaba por lo que hicieron estudios auditivos que reflejan que había una pérdida parcial auditiva ya que el oído derecho escuchaba a un 90% y el izquierdo a un 80% por ello, suelen mantener un tono de voz alto, en cuanto a la salud de la madre al momento de la concepción se encontraba normal, el pequeño nace con un peso de 3.150kg y una talla de 51 centímetros.

- Experiencia escolar y relación con los pares

En el ámbito escolar se mencionó que le gusta acudir a la escuela y es muy sociable, aunque suele haber reportes por parte de la maestra donde se le observa al hijo queriendo liderar constantemente y si hay negativa ante eso suele enojarse y golpear. En la parte académica mencionaron que es muy bueno en matemáticas mientras que con español suele tener dificultades. Es en esta etapa en donde el niño empieza a presentar inquietud motora y aparece un comportamiento oposicionista.

- Descripción cualitativa de la relación triádica

A lo largo de la entrevista los padres añadieron que a finales del 2022 estuvieron separados debido a una situación en la que el padre se comportó violento con la madre, dicho evento no lo observó el hijo, pero si lo escucho y suele mencionar que no le gusta ni quiere que sus padres se peleen, debido a ello actualmente se encuentran llevando terapia de pareja y mencionaron que mensualmente llevan a su hijo a terapia individual. Los padres añadieron que están en un punto en el que su paciencia ya es muy poca y a veces suelen hablarle a su hijo con tono de voz alto y con groserías, ha habido ocasiones en las que le dicen que es tonto y han notado que esto ha afectado a su hijo gravemente en su autoestima ya que hay ocasiones en las que se equivoca y se dice a sí mismo “tonto”, “menso”, etc., esto ha deteriorado la relación de ellos con el niño ya que suelen haber discusiones, especialmente con la madre, en las que él se enoja demasiado o llora. La madre contó que en una ocasión el niño le envió un dibujo de ella y él tomando un cuchillo, situación que la puso muy sensible. Ambos expresan que su mayor objetivo es dejar de insultar y pegarle, ser más firmes con los límites y que él tenga control sobre sus emociones.

- Disciplina en casa

Se menciona que el niño debe cumplir con ciertas obligaciones como el recoger su ropa sucia, lavarse los dientes, levantar su plato de la mesa a la hora de la comida, mismas acciones que suelen complicarse a la hora de realizarlas debido a que se opone, por

ello mencionan que su forma de disciplina consiste en insistir en que haga las cosas hasta que termine por hacerlas, ante esto el niño se enoja y muestra comportamientos disruptivos mismos a los que se responden de manera negativa, mencionan que no conocen el tiempo fuera por lo que nunca lo han utilizado.

A continuación, en la Tabla 3, se describen las características de nuestros participantes de manera resumida, siendo la misma información que se describe en cada uno de los casos antes mencionados.

Tabla 3. Características Demográficas y Clínicas de la Población					
	Caso 1 AMMV02	Caso 2 ENM03	Caso 3 OBA04	Caso 4 GFG05	Caso 5 MAVM06
Sexo	Masculino	Masculino	Masculino	Masculino	Masculino
Edad	8 años	7 años	6 años	5 años	6 años
Diagnóstico primordial	TDAH	TDAH	TDAH	TDAH	TDAH
Comorbilidad	Hipoplasia medular congénita	TEA, TAG con emociones secundarias	TEA	TEA TRSD TL	Sin comorbilidad
Cuidadores Participantes	Mamá	Mamá	Mamá	Abuela	Mamá/Papá

Tabla 3. Características Demográficas y Clínicas de la Población. (CI) Coeficiente Intelectual, (TDAH) Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. (HMC) Hipoplasia medular congénita, (TAG) Trastorno de ansiedad generalizada, (TEA) Trastorno del Espectro Autista, (TRSD) Trastorno de Relación Social Desinhibida, (TL) Trastorno de Lenguaje.

5.2 Resultados Cuantitativos

En los siguientes apartados describiremos los resultados obtenidos de la aplicación de las pruebas o escalas mencionadas anteriormente en el siguiente orden:

1. Resultados del Inventario de Conductas Infantiles de Eyberg (ECBI)
2. Habilidades por Hacer y Conductas por Evitar de la Interacción Dirigida por el Niño
3. Resultados del Inventario de Conducta para Maestros Sutter-Eyberg
4. Resultados de la Escala de Conners para Padres versión Abreviada
5. Resultados de la Escala Conners para Maestros y Maestras Versión Abreviada
6. Resultados del Inventario de Motivación Parental

De manera general, en la Tabla 4 se describe de manera detallada y estructurada la Base de Resultados obtenidos de todo el proceso de evaluación correspondientes a los 5 casos clínicos con los que se trabajaron en la presente investigación, en ella se describen los datos del cuidador participante y el número de sesiones completadas, se muestran datos cuantitativos entre la fase inicial, pre-test y la fase final post-test, dichas evaluaciones se describen en la percepción del comportamiento infantil (ECBI - SESBI), los patrones de la Interacción diádica (DPICS), así como la sintomatología conductual y emocional evaluada en padres y docentes por medio de la escala CONNERS y el índice de motivación parental (IMP) presentado durante el tratamiento.

Tabla 4. Base de Resultados						
	Caso 1 AMMV02	Caso 2 ENM03	Caso 3 OBA04	Caso 4 GFG05	Caso 5 MAVM06	
	Mamá	Mamá	Mamá	Abuela	Mamá	Papá
# de sesiones	23	6	9	15	16	14
ECBI inicial	169/31	130/19	123/22	167/14	210/35	176/36
ECBI final	56/0	95/6	104/21	84/0	150/19	117/17
DPCIS CDI inicial	EE: 0 P: 2 D: 0 ?: 3 C: 1 C/S: 0	EE: 0 P: 1 D: 5 ?: 8.5 C: 1 C/S: 1	EE: 0 P: 1 D: 2 ?: 9.5 C: 2 C/S: 0	EE: .5 P: 4.5 D: .5 ?: 5.5 C: 3 C/S: 4.5	EE: 0 P: 2 D: 0 ?: 11 C: 1 C/S: 2	EE: 0 P: 1 D: 0 ?: 11.5 C: 1 C/S: 1
DPCIS CDI final	EE: 12 P: 14.5 D: 10 ?: 1 C: 0 C/S: 0	EE: 2 P: 5 D: 8.5 ?: 3.25 C: 2.25 C/S: 0	EE: 7 P: 8 D: 7 ?: 0 C: 1 C/S: 0	EE: 10 P: 4 D: 9 ?: 2 C: 2 C/S: 0	EE: 10.5 P: 12.5 D: 7 ?: 0 C: 1.5 C/S: 0	EE: 10 P: 7.5 D: 8.5 ?: 1 C: 1.5 C/S: 1
SESBI inicial	1: 90/26 2: 170/30 3: 136/20 4: 123/0	134/12	No realizó	151/33	198/37	
SESBI final	1: 212/21 2: 176/24 3: 96/5 4: 141/24	No realizó	No realizó	No realizó	125/21	
Conners padres inicial	PC: 75 PA: 86 P: 99 I-H: 76 A: 65 IH: 81	PC: 78 PA: 75 P: 47 I-H: 85 A: 60 IH: 76	PC: 88 PA: 69 P: 44 I-H: 64 A: 65 IH: 65	PC: 97 PA: 111 P: 62 I-H: 81 A: 39 IH: 92	PC: 72 PA: 91 P: 44 I-H: 85 A: 50 IH: 89	PC: 66 PA: 86 P: 66 I-H: 76 A: 60 IH: 78
Conners padres final	PC: 53 PA: 58 P: 77 I-H: 47 A: 45 IH: 54	No realizó	No realizó	No realizó	PC: 66 PA: 75 P: 44 I-H: 76 A: 55 IH: 76	PC: 63 PA: 69 P: 35 I-H: 76 A: 40 IH: 77
Conners maestros inicial	H: 25-17-25-19 TC: 9-15-7-12 SE: 7-12-7-7 A-P: 3-3-7-2 AS: 2-1-3-2 EPA: 6-1-5-3 IH: 14-12-17-13	No realizó	H: 4 TC: 3 SE: 5 A-P: 1 AS: 1 EPA: 0 IH: 6	H: 25 TC: 14 SE: 13 A-P: 7 AS: 8 EPA: 4 IH: 17	H: 66 TC: 76 SE: 83 A-P: 48 AS: 49 EPA: 61 IH: 68	
Conners maestros final	H: 15-27 TC: 5-19 SE: 5-10 A-P: 2-3	No realizó	No realizó	No realizó	H: 55 TC: 58 SE: 63 A-P: 45	

	AS: 0-4 EPA:5-5 IH: 10-17				AS: 47 EPA: 51 IH: 57	
IMP inicial	125	118	103	123	124	121
IMP final	109	No realizó	No realizó	No realizó	116	No realizó

Tabla 4. Base de resultados. (ECBI) Inventario de Conducta Infantil de Eyberg, (DPCIS) Sistema de codificación de la interacción diádica, (SESBI) Inventario de comportamiento estudiantil de Sutter- Eyberg, (IMP) Inventario de Motivación Parental, (EE) Elogios específicos, (P) Parafraseos, (D) Descripciones, (?) Preguntas, (C) Comandos, (C/S) Críticas o Sarcasmos, (PC) Problemas de conducta, (PA) Problemas de aprendizaje, (P) Psicossomático, (I-H) Impulsivo - Hiperactivo, (A) Ansiedad, (IH) Índice de hiperactividad, (H) Hiperactividad, (TC) Trastorno de conducta, (SE) Sobre indulgencia emocional, (A-P) Ansiedad - Pasividad, (AS) Asocial, (EPA) Ensoñación y problemas de atención.

5.2.1 Resultados del Inventario de Conductas Infantiles de Eyberg (ICIE)

De las cinco familias que formaron parte de esta investigación, solo dos pudieron completar el proceso terapéutico de la PCIT, mismas que lograron una disminución para los puntajes de número y de intensidad de los problemas de conducta que se presentaban en promedio. Para los puntajes individuales, se identificó de igual manera una disminución importante, para el caso 1 (AMMV02) la percepción de la madre de los problemas de conducta, se describe 188 en pretratamiento y 56 en postratamiento para el caso 5 (MAVM06) la madre describe 210 en pretratamiento y 150 en postratamiento y el padre: 176 en pretratamiento y 117 en postratamiento en ambos casos la evaluación inicial mostró puntajes por arriba del umbral clínico (mayor a 131) mientras que la evaluación final se mostró menor, asociándose al puntaje de una conducta típica (menor a 131).

Tabla 5 y Figura 1 - 2 - 3 para C1 y C5.

Tabla 5: Resultados del ECBI																			
Sesión	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
Casos																			
C1 (AMMV02) Madre	188	170	164	152	149	134	123	102	104	111	108	122	97	101	93	80	99	84	56
	33	31	32	35	35	28	30	20	17	17	19	19	9	15	16	8	19	8	0
C2 (ENM03) Madre	129	124	101	117	103	79	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	19	21	11	17	11	5	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
C3 (OBA04) Madre	123	112	115	122	146	102	84	104	98	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	22	30	30	30	36	19	23	21	17	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
C4 (GFG05) Abuela	X	167	138	124	171	92	72	89	84	76	104	51	60	81	84	X	X	X	X
	X	14	19	6	1	2	1	0	0	0	3	0	0	0	0	X	X	X	X
C5 (MAVM06) Madre	210	198	193	197	204	192	204	199	184	178	176	173	174	184	167	150	X	X	X
	35	34	33	33	33	29	24	22	20	15	13	13	13	11	9	19	X	X	X
C5 (MAVM06) Padre	176	172	187	188	186	145	123	90	119	108	119	111	110	117	X	X	X	X	X
	36	36	36	36	36	22	16	14	17	15	14	10	12	17	X	X	X	X	X

Tabla 5. Resultados del ECBI aplicado a los padres y madres antes de cada sesión de coaching de cada uno de los casos, en morado se subrayan los casos que concluyeron con el tratamiento.

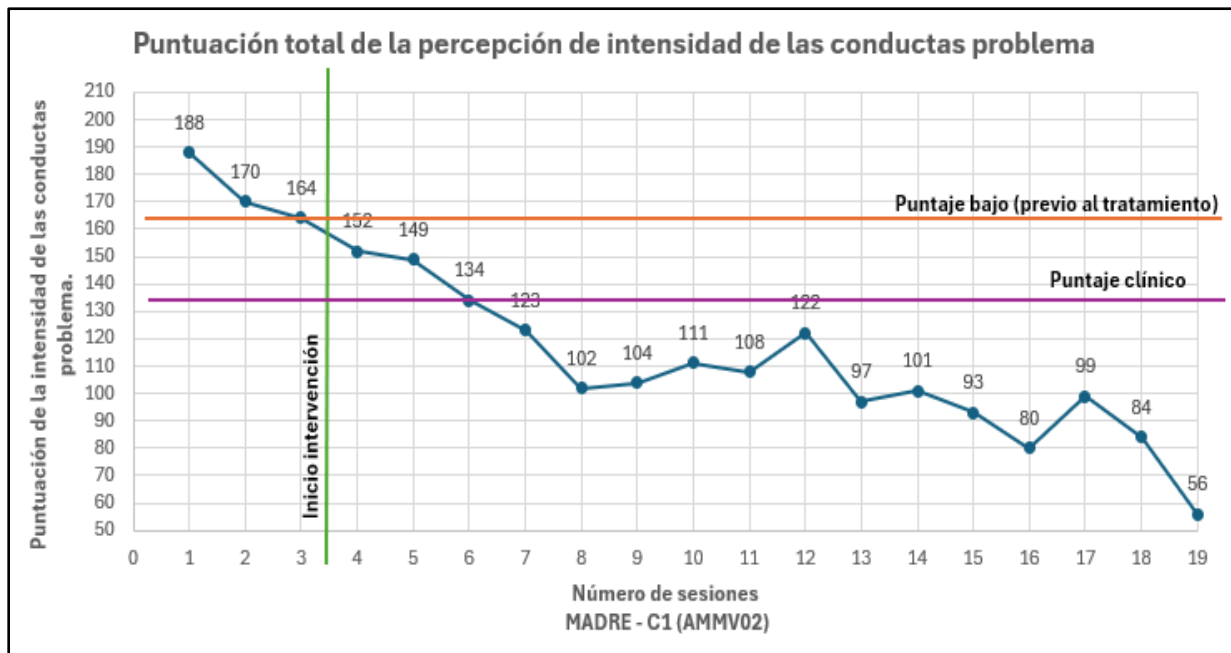


Figura 1. Resultados de la puntuación total de la percepción de intensidad de las conductas problema del inventario de Conducta Infantil Eyberg (ECBI) del C1. Donde el eje horizontal (X) muestra el número de sesiones transcurridas con la madre, mientras que el eje vertical (Y) indica la puntuación obtenida en la intensidad de las conductas problema que se presentan. Se puede observar que durante las primeras sesiones (1, 2 y 3) se tienen puntuaciones elevadas, llegando a un máximo de 188 por encima del puntaje clínico (134). A partir del inicio de la intervención en la sesión 4, se muestra una tendencia descendente progresiva en cuanto a las conductas problema, obteniendo una reducción totalmente significativa, hasta tener un puntaje final de 56 en la sesión 19, dejándolo considerablemente por debajo del umbral clínico.

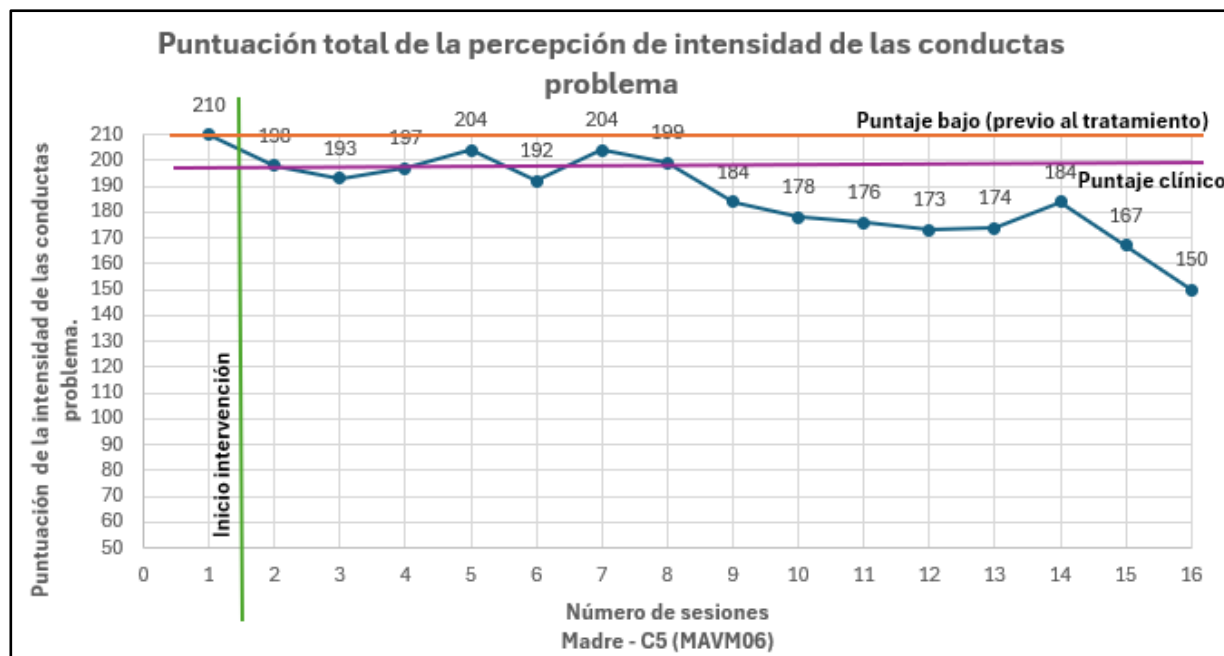


Figura 2. Resultados de la puntuación total de la percepción de la madre en dirección a la intensidad de las conductas problema del inventario de conducta infantil Eyberg (ECBI) del C5. El eje horizontal (X) indica el progreso de las sesiones evaluadas con la madre durante el tratamiento, mientras que el eje vertical (Y) define la puntuación obtenida en dirección a la intensidad de las conductas problema. En la figura, se muestra que, en el periodo inicial, en la sesión 1 se inicia con una puntuación de 210, estando por encima del puntaje clínico (134). Durante el tratamiento se muestra una tendencia decreciente y estable, teniendo una disminución en el reporte conductual desde las puntuaciones elevadas en la sesión 7 (204) en dirección al puntaje final en la sesión 16 (150). Aunque en esta última sesión se describe un puntaje ligeramente por encima del umbral clínico (134) se observó una reducción significativa en comparación al puntaje inicial.

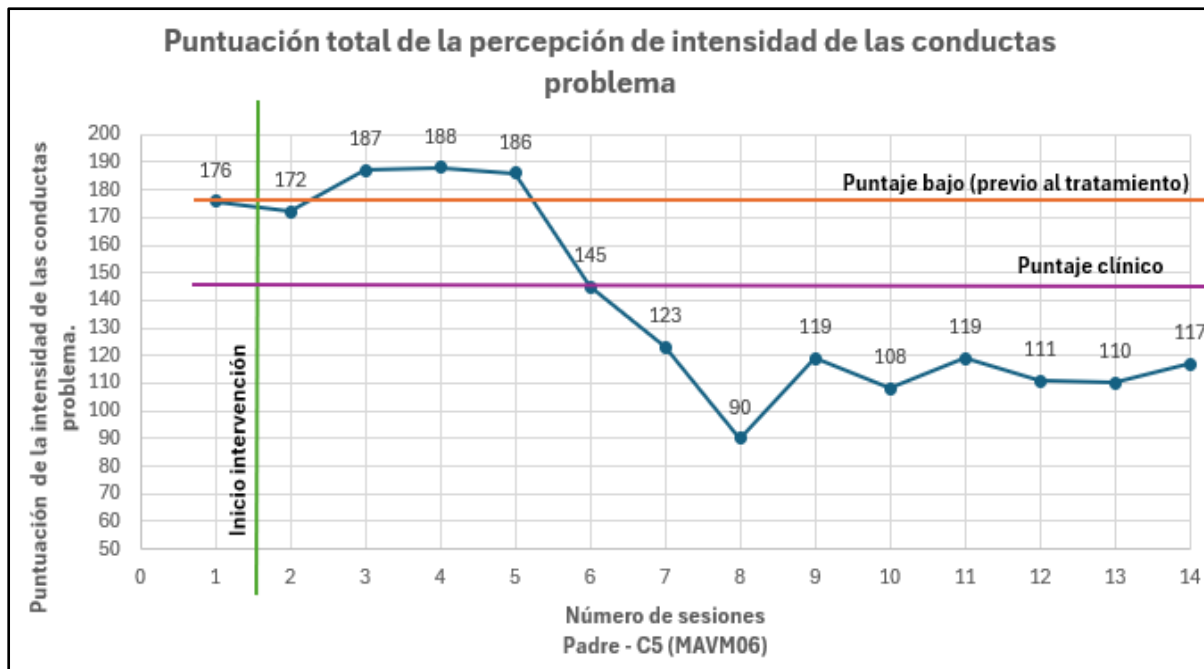


Figura 3. Resultados de la puntuación total de la percepción del padre en dirección a la intensidad de las conductas problema del inventario de conducta infantil Eyberg (ECBI) del C5. El eje horizontal (X) nos muestra el número secuencial de las sesiones que fueron completadas por el padre, mientras que el eje vertical (Y) describe la puntuación de la intensidad de las conductas problema. La figura muestra que durante la fase inicial, desde la sesión 1 hasta la sesión 5 hay un periodo de puntajes elevados, alcanzando una puntuación de 188, permaneciendo por encima del puntaje clínico, a partir de la sesión 6 se observa una marcada tendencia descendente y una posterior estabilización que inicia en la sesión 8, dando como resultado que los puntajes disminuyen significativamente y se mantienen de manera constante en una puntuación por debajo del puntaje clínico, finalmente se logra en la sesión 14 una puntuación de 117, debajo del umbral clínico (134).

Para los casos 2, 3 y 4 que no completaron el proceso terapéutico se observa también una significativa disminución en la frecuencia y percepción de conductas disruptivas. Para C2 se describe un puntaje de 129 en pretratamiento y un 79 para la última sesión a la que se asistió, para C3 se describe un puntaje de 114 en pretratamiento y un 84 para la última sesión a la que se asiste, cabe mencionar que tanto el C2 y C3 muestran un puntaje que se considera dentro de la conducta típica (menor a 131) mientras que el C4 describe un puntaje de 167 en pretratamiento y un 84 para la última sesión a la

que se asiste, mostrando un puntaje mayor del umbral clínico (mayor a 131). A continuación, se describen las figuras 4, 5 y 6, correspondientes a cada uno de estos casos.

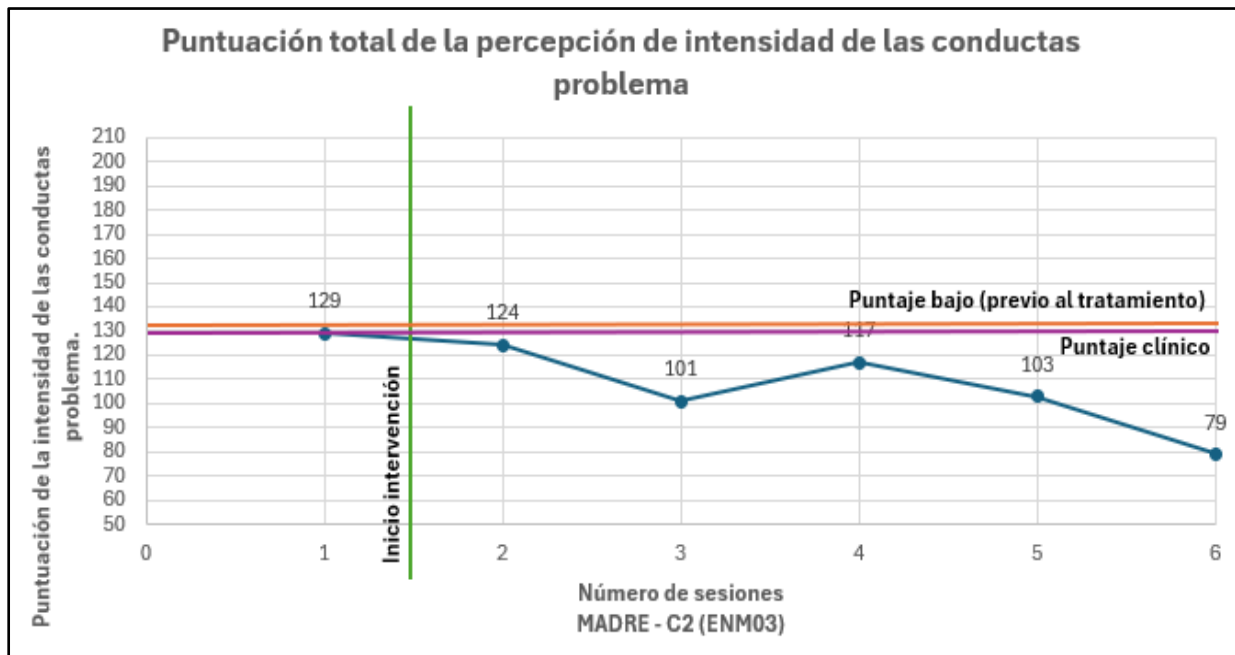


Figura 4. Resultados de la puntuación total de la percepción de la madre en dirección a la intensidad de las conductas problema del Inventario de Conducta Infantil Eyberg (ECBI) del C2, quien no completó el proceso terapéutico. En el eje horizontal (X) se indica el número de sesiones registradas con la madre, mientras en el eje vertical (Y) se describe la intensidad de las conductas problemáticas. La figura describe que, el puntaje inicial se encuentra por debajo del umbral clínico ($129 < 134$), al inicio de la intervención, a partir de la sesión 2 el curso del tratamiento muestra fluctuaciones estables manteniéndose siempre en el rango funcional, descendiendo progresivamente hasta obtener en la sesión 6 un puntaje final de 79, siendo esta sesión la última del C2, puesto que se interrumpe el registro de datos por deserción de tratamiento.

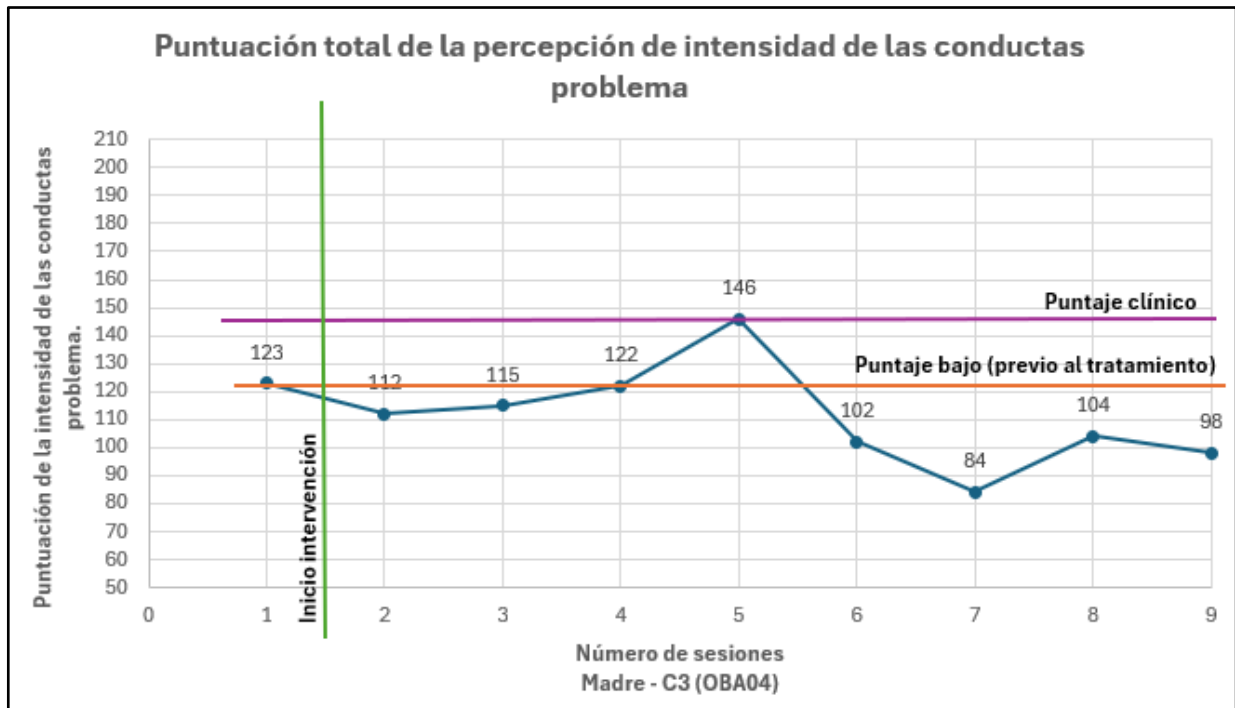


Figura 5. Resultados de la puntuación total de la percepción de la madre en dirección a la intensidad de las conductas problema del Inventario de Conducta Infantil Eyberg (ECBI) del C3, quien no completó con el proceso terapéutico. El eje horizontal (X) nos indica el progreso de las sesiones completadas por la madre, mientras que el eje vertical (Y) describe la escala de puntuación de la intensidad de las conductas problemáticas. La figura muestra que durante las primeras 4 sesiones existe un puntaje estable por debajo del umbral clínico, justo en la sesión 5 se muestra un incremento agudo que alcanza un puntaje de 146, posicionándose por encima del puntaje clínico (134), posteriormente existe una tendencia decreciente hasta un puntaje mínimo de 84 en la sesión 7, concluyendo con un ligero aumento en la sesión 9 con un puntaje de 98 en dirección a las conductas problema, los datos llegan hasta dicha sesión debido a la deserción del participante.

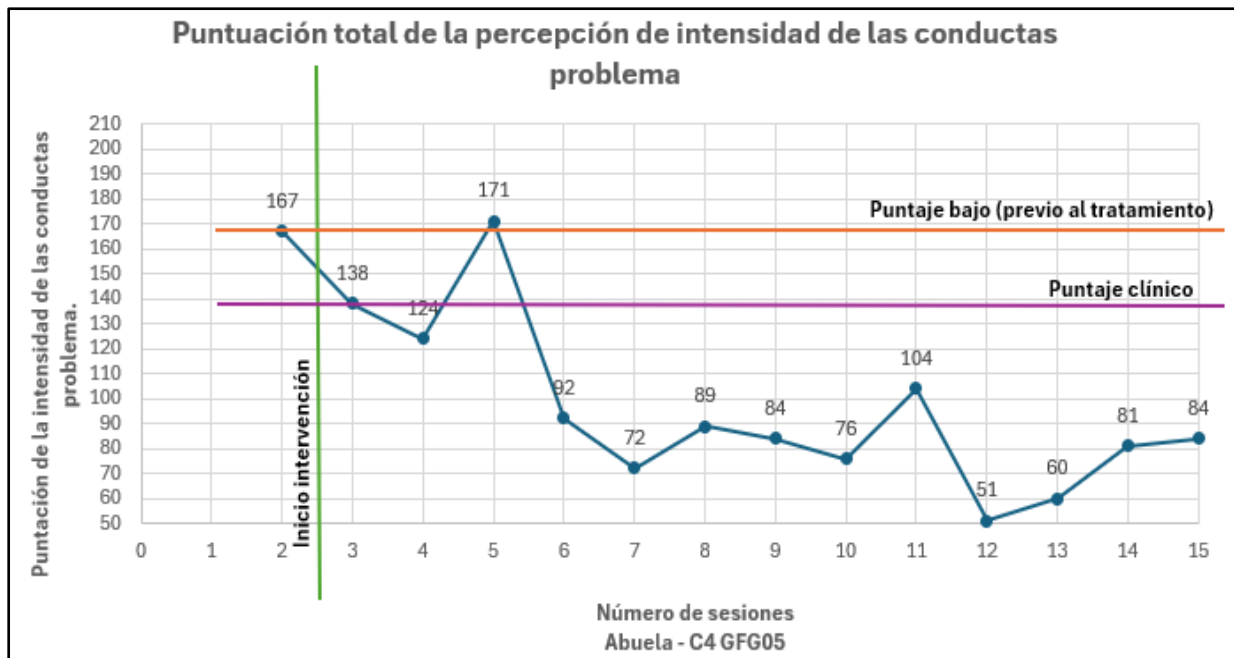


Figura 6. Resultados de la puntuación total de la percepción de la abuela en dirección a la intensidad de las conductas problema del Inventario de Conducta Infantil Eyberg (ECBI) del C4, quien no completó el proceso terapéutico. El eje horizontal (X) indica el número de sesiones completadas con la abuela, mientras que el eje vertical (Y) detalla la escala de la puntuación de la intensidad de las conductas problema. La figura describe que en las sesiones 2 y 3 hubo un riesgo clínico con valores de 167 para sesión 2 y 138 para sesión 3, una vez iniciada la intervención, se muestran fluctuaciones con un repunte en la sesión 5 con un puntaje de 171. A partir de esta sesión se hace clara una tendencia descendente que logra ubicar los puntajes por debajo del umbral clínico (134), manteniéndose estables hasta el puntaje final de 84 en la sesión 15, momento previo a la deserción del tratamiento.

5.2.2 Resultados de las habilidades por Hacer y Conductas por Evitar de la Interacción Dirigida por el Niño

Otros de los resultados que buscamos obtener durante el tratamiento son los niveles de dominio de los padres de las habilidades por Hacer y/o conductas por evitar. Para las habilidades por Hacer, se considera que el dominio se ha logrado cuando se obtienen 10 Elogios específicos (EE), 10 Descripciones (D), y 10 Parafraseos (P)

durante los 5 minutos de evaluación (codificación) previa al coaching, por otro lado, se considera que hay un dominio en las conductas por Evitar cuando se logra un puntaje menor o igual a 3, en Preguntas (PR), Instrucciones (I), y Críticas o Sarcasmos (CS). Para la codificación de dichas habilidades y/o conductas se hace uso del formulario del Sistema de Codificación de Interacción Diádica entre Padres e Hijos - III.M

Tabla de Resultados de Habilidades EPIDE																				
SESIONES		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
CASOS	Habilidades por Hacer																			
C1 (AMMV02) Madre	EE	x	0	S	1	5.7	4	10.6	10	7.3	8.3	11			10	11	11	6.5	11	12
	P	x	2	E	5	4.7	2	13.3	14.5	6.3	9.6	16.5			8.5	9	7	8.5	11	14.5
	D	x	0	S	1	4.5	7	0.66	9.5	5.6	6.6	10.5			11	10	13	8	7.5	10
C2 (ENM03) Madre	EE	x	0	I	1	6.6	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	P	x	1	O	2	9.3	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	D	x	5	N	1	4	8.5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
C3 (OBA04) Madre	EE	x	0		3	1	1.3	6	8	7		-	-	-	-	-	-	-	-	-
	P	x	1	D	2	7	2.6	4	8	8		-	-	-	-	-	-	-	-	-
	D	x	2	E	2	6	3.3	3	2	7		-	-	-	-	-	-	-	-	-
C4 (GFG05) Abuela	EE	x	0.5		4.5	4	7.5	5	8	9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	P	x	0	T	5	5	5.5	8	9	10.5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	D	x	2	E	0	3	0.5	0	6.5	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
C5 (MAVM06) Madre	EE	x	0	A	5.5	5	4.5	5	4	10.5		x	2	6.6	3.5	5	-	-	-	-
	P	x	2	C	2	3.5	7.5	2	4	12.5		x	7.5	5.3	7	5	-	-	-	-
	D	x	0	H	2	0	1.5	2.5	2	7		x	2	3	2.5	4.5	-	-	-	-
C5 (MAVM06) Padre	EE	x	0	I	1.5	2	4.5	5	10	x		5	4	6.5	7.5	-	-	-	-	-
	P	x	1	N	1.5	1	7.5	5.5	7.5	x		2	8.3	4	9.5	-	-	-	-	-
	D	x	0	G	0.5	0	1	1	8.5	x		5	3	2.5	3.5	-	-	-	-	-

Tabla 6: Tabla de resultados de las Habilidades EPIDE en cuanto a las habilidades por Hacer. (EE) Elogios específicos, (P) Parafraseo, (D) Descripción. Describe el proceso normal de las evaluaciones de cada una de las sesiones que se tuvieron en las que se evaluaron las Habilidades EPIDE, durante los 5 minutos de codificación en cada uno de los casos descritos, para C1 se puede observar el alcance de la maestría desde la sesión 7 para los elogios específicos y los parafraseos, mientras que la maestría para descripciones es alcanzada en la sesión 11. Para C2, C3, C4, se refleja que no hay cumplimiento de maestría, sin embargo, se nota un buen número de habilidades dadas, para C5 en donde participan ambos padres se evidencia un incremento gradual en la frecuencia del uso de los elogios específicos y descripciones a medida que avanzan las sesiones.

Tabla de Resultados de Habilidades EPIDE																				
SESIONES		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
CASOS	Habilidades por Evitar																			
C1 (AMMV02) Madre	PR	x	3	S	9	2	1	11	0	0	1	0.5			1	2	2	1.5	2.5	12
	C	x	1	E	0	0.5	0	13	0	0	0	0			0.5	0	0	0.5	3	0
	CS	x	0	S	1	0.7	0	0.7	0	0	0	0			0	0	0	0	0	0
C2 (ENM03) Madre	PR	x	8.5	I	3	1.3	3.2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	C	x	1	O	0	0	2.2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	CS	x	1	N	0	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
C3 (OBA04) Madre	PR	x	7		9.5	2	7.3	6	1	0		-	-	-	-	-	-	-	-	-
	C	x	3	D	2	2	0	4	1	1		-	-	-	-	-	-	-	-	-
	CS	x	0	E	0	0	0	3	0	0		-	-	-	-	-	-	-	-	-
C4 (GFG05) Abuela	PR	x	5.5		7.5	2	7	5	4	6.5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	C	x	3	T	7	5	0	8	0	0.5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	CS	x	4.5	E	0	0	0	0	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
C5 (MAVM06) Madre	PR	x	11	A	3	9	2.5	5	5.3	0		x	1	3	2	0	-	-	-	-
	C	x	1	C	4	1.5	0	2	3.6	1.5		x	0	0	1	0	-	-	-	-
	CS	x	2	H	1	0	0	2.5	0	0		x	0	1	0	0	-	-	-	-
C5 (MAVM06) Padre	PR	x	11.5	I	8	9.5	1	5	1	x		1	1.5	3	0	-	-	-	-	-
	C	x	1	N	1.5	0	0	5.5	1.5	x		0	0	0	0	-	-	-	-	-
	CS	x	1	G	0	0	1	1	1	x		0	0	0	0	-	-	-	-	-

Tabla 7: Tabla de resultados de las Habilidades EPIDE en cuanto a las habilidades por evitar. (PR) Preguntas, (C) Comandos, (CS) Críticas o sarcasmos. Describe la evolución de cada una de las sesiones en relación a las habilidades por Evitar en cada uno de los casos, de manera general, se observa una tendencia a la reducción de estas, mismas que son más notorias especialmente en los casos que lograron culminar el tratamiento como en C1 y C5, en ellos se muestra una disminución notable en cuanto al uso de comando y preguntas en las últimas sesiones, para C2, C3 y C4, se nota que la codificación de estas se interrumpe de forma definitiva por la deserción o el cierre temprano del tratamiento.

El dominio de las habilidades para las familias que lograron terminar con el tratamiento con relación a las habilidades por Hacer se refleja para el C1 en los siguientes promedios y/o porcentajes, 0% en dominio de habilidades pretratamiento, tomando en consideración que no había un uso adecuado de ellas y un amplio conocimiento de estas, para las EE, se logró un 86%, se cumplió con la maestría a partir de la sesión 7 posterior a la sesión de Teaching, para las P, se logró un dominio del 94%, puntaje que fue variando en consideración al estado de ánimo del niño, al tipo de juego, y a la conversación que se mantenía con la madre, situaciones que nos brindaba la oportunidad de una mayor posibilidad de parafraseos, y para las D, se obtiene un 75%,

el cumplimiento de la maestría se obtiene desde la sesión 8, a partir de ella hay un manejo constante en el uso de las mismas, estando siempre dentro de la maestría.

Para el C5 en relación a los datos de la madre, para los EE, se logró un 51% en el manejo de la habilidad, cumpliendo con la maestría en la sesión 9, para las P, se logró un 56% cumpliendo de igual manera con la maestría en la sesión 9, para las D, se logró un 27%, considerando que, no se logró un 100% del dominio de las habilidades debido a la relación que había entre madre e hijo, e incluso a la poca comunicación que había entre los mismos, en relación al padre, para las EE, se logró un 51% obteniendo la maestría en la sesión 10, para las P, se logró un 52% obteniendo la maestría hasta la última sesión de coaching, y para las D, se logró un 27% siendo de las habilidades que más trabajo les costó a los padres.

Para las conductas por evitar, para ambos casos, C1 y C5 se observa el uso constante de dichas conductas, que, sesión a sesión fueron disminuyendo, hasta lograr una reducción menor al 20% dicho resultado nos permite comprender que el tratamiento ha sido de gran utilidad para eliminar aquellas conductas que son necesarias evitar dentro de la crianza positiva, además de permitir una mejor relación entre padres e hijos, logrando además una mejoría notable en las conductas que mostraban ser un problema al inicio del tratamiento de la PCIT.

5.2.3 Resultados de SESBI - R

A continuación, se muestran los resultados obtenidos sobre el Inventario de comportamiento estudiantil aplicado en las primeras sesiones previas al tratamiento en cada uno de los casos, que nos permiten obtener el puntaje total de la intensidad y el número de problemas con los que se están iniciando dentro del ámbito escolar, en comparación con los puntajes finales, aquellos obtenidos una vez terminada la intervención.

C1 - AMMV02	PUNTAJES INICIALES				PUNTAJES FINALES			
Femenino	PTI	90	PTP	26	PTI	212	PTP	21
Femenino	PTI	170	PTP	30	PTI	176	PTP	24
Masculino	PTI	136	PTP	20	PTI	96	PTP	5
Masculino	PTI	123	PTP	0	PTI	141	PTP	24

Tabla 8: Puntajes iniciales y finales del (SESBI-R) Inventario de Comportamiento Estudiantil de Sutter Eyberg para el C1. (PTI) Puntaje Total de Intensidad, (PTP) Puntaje Total de Problemas.

Para el caso 1, representado en la Figura 7 y 8, el SESBI-R fue respondido por cuatro docentes del paciente: dos profesoras y dos profesores. Por lo tanto, los resultados presentados corresponden a cuatro evaluaciones realizadas sobre el mismo paciente desde diferentes perspectivas docentes. A continuación, se presentan los puntajes obtenidos en la evaluación inicial y final, considerando el (PTI) y (PTP).

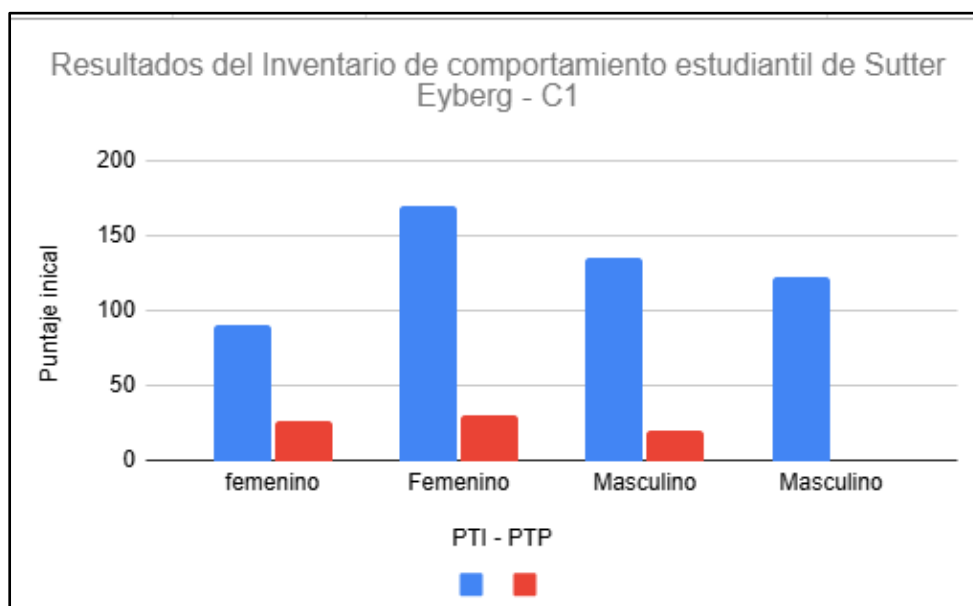


Figura 7: Resultado inicial del Inventario de comportamiento estudiantil de Sutter Eyberg para el C1. (PTI) Puntaje total de Intensidad de los problemas de conducta, (PTP) Puntaje total del número de problemas de conducta.

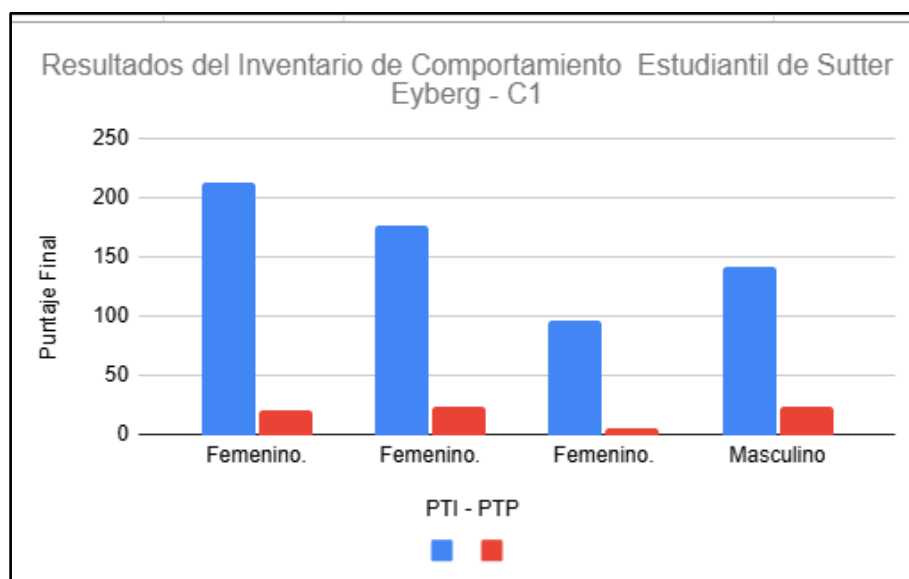


Figura 8: Resultado final del Inventario de comportamiento estudiantil de Sutter Eyberg para el C1. (PTI) Puntaje Total de Intensidad de los (PTP) Puntaje Total del problema.

C5 - MAVM06	Puntaje inicial				Puntaje final			
Femenino	PTI	198	PTP	37	PTI	125	PTP	21

Tabla 9: Puntajes iniciales y finales del (SESBI-R) Inventario de Comportamiento Estudiantil de Sutter Eyberg para el C5. (PTI) Puntaje Total de Intensidad, (PTP) Puntaje Total de Problemas.

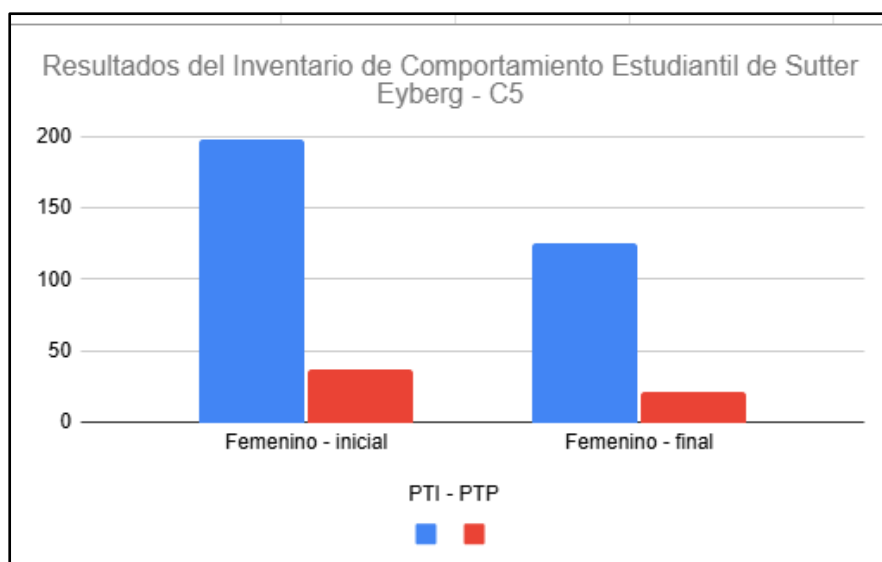


Figura 9: Resultado inicial y final del Inventario de comportamiento estudiantil de Sutter Eyberg. Para el C5. (PTI) Puntaje Total de Intensidad, (PTP) Puntaje Total del problema.

5.2.4 Resultados de CONNERS para padres

Para los Casos 2, 3 y 4 no hubo respuesta del cuestionario final, por lo que sólo se presentarán datos para los casos 1 y 5.

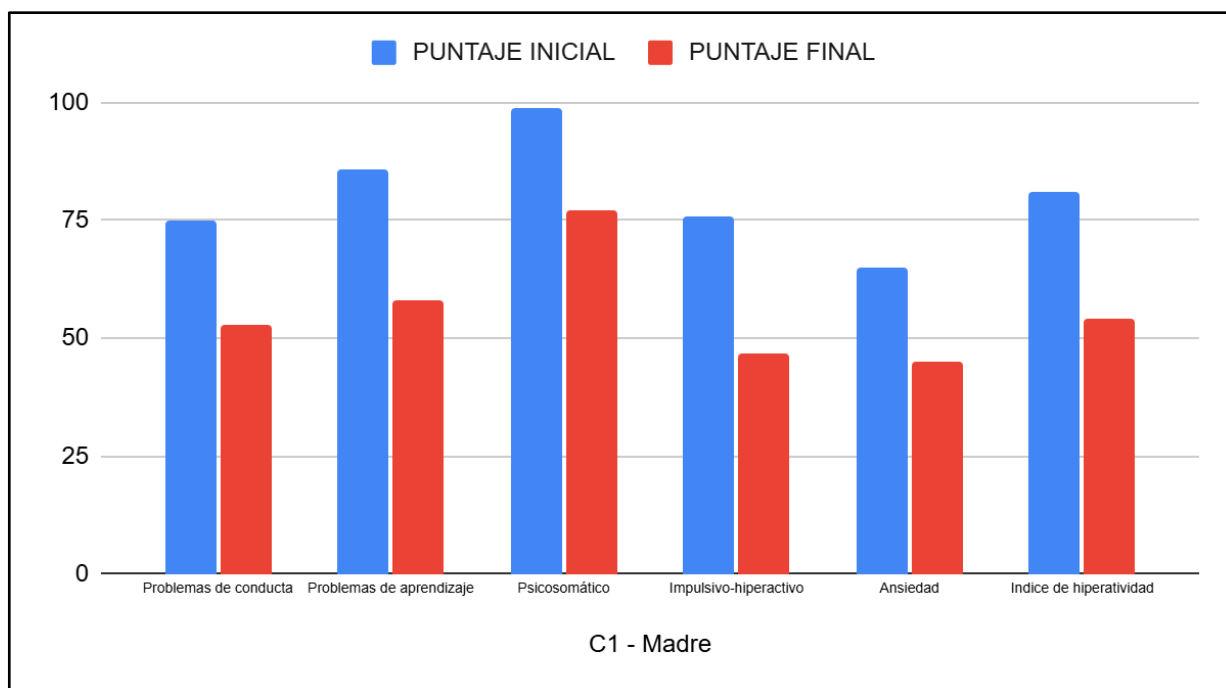


Figura 10. Resultados del Cuestionario de CONNERS para padres para el C1.

En todas las áreas evaluadas, los puntajes en la evaluación final (rojo) disminuyeron en comparación con la evaluación inicial (azul), lo cual sugiere una mejora general en los síntomas o conductas observadas por la madre, especialmente en Psicossomático, Problemas de conducta e Índice de hiperactividad.

El promedio inicial fue de 80.3, mientras que el promedio final mostró bajar a 55.6.

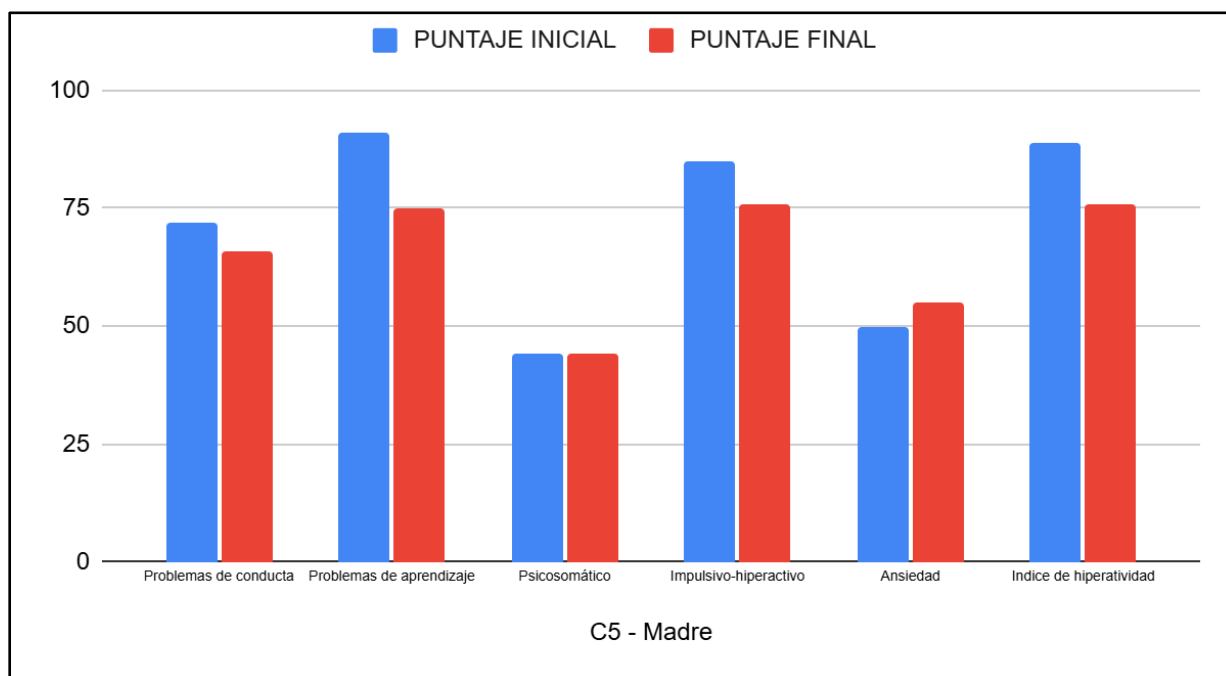


Figura 11. Resultados del Cuestionario de CONNERS para padres para el C5 (Madre).

Se observa una ligera disminución lo que muestra un progreso positivo, aunque moderado. Las reducciones más notables se dan en Problemas de aprendizaje e Índice de hiperactividad, en el área Psicossomática los puntajes se mantuvieron igual y en Ansiedad se observa un aumento, lo que indica una percepción de mayores síntomas. El promedio inicial fue de 71.8, mientras que el promedio final bajó a 65.3.

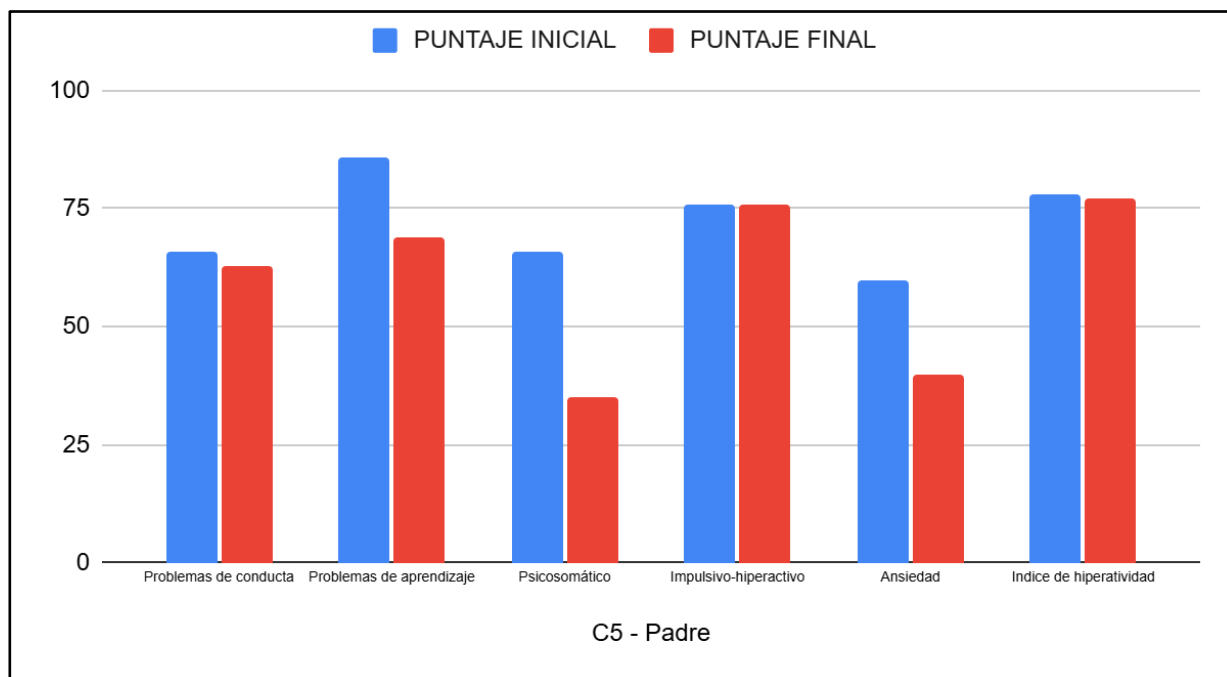


Figura 12. Resultados del Cuestionario de CONNERS para padres para el C5 (Padre).

Se muestra una mejora notable en Psicosomático, Ansiedad y Problemas de aprendizaje, en la subescala de Impulsivo-hiperactivo se mantuvo el puntaje inicial, mientras que en Problemas de conducta e Índice de hiperactividad sólo hubo una ligera mejora.

El promedio inicial fue de 72, mientras que el promedio final bajó a 60.

5.2.5 Resultados de CONNERS para profesores

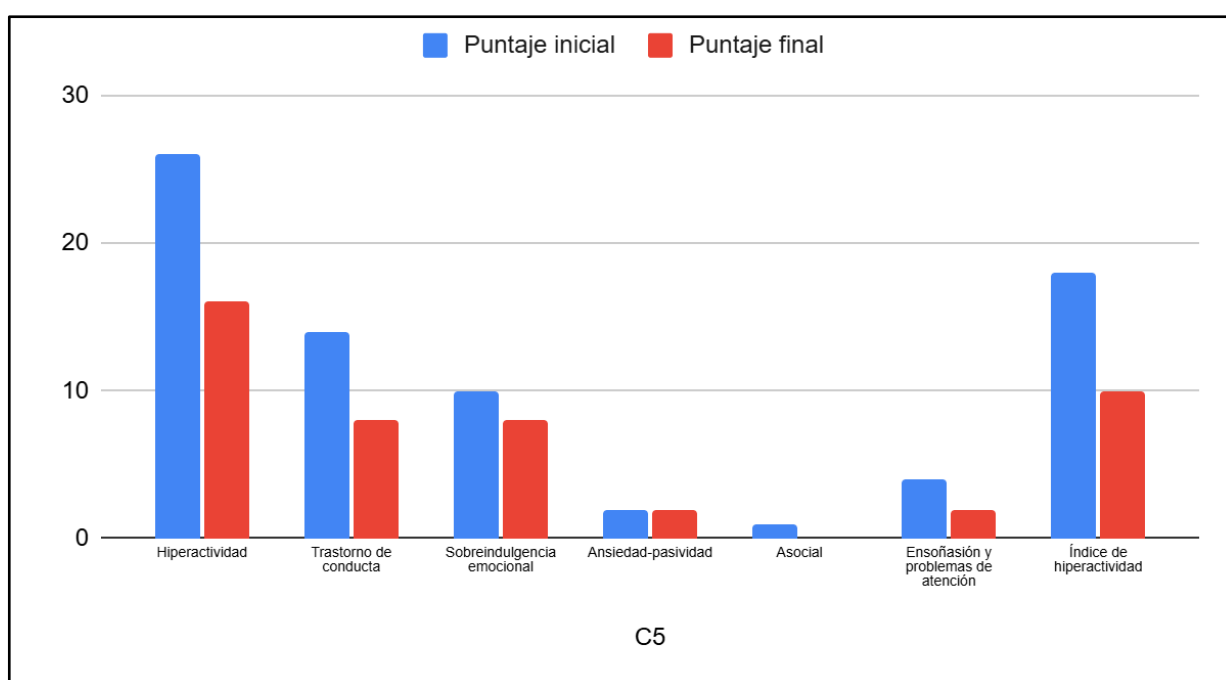


Figura 13. Resultados del Cuestionario de CONNERS para profesores para el Caso 5. Se observa una disminución general de los puntajes entre la evaluación y final. Las reducciones más notables se presentan en Hiperactividad (26 a 16) e Índice de hiperactividad (18 a 10), seguidas de Trastorno de conducta (14 a 8) y Ensoñación y problemas de atención (4 a 2). En Ansiedad-pasividad el puntaje se mantuvo igual (2 puntos). El promedio inicial fue de 10.71, mientras el promedio final disminuye a 6.57, lo que refleja una reducción general de los puntajes reportados por los profesores al finalizar la intervención.

5.2.6 Resultados del Inventario de Motivación Parental

A continuación, en la Tabla 10 se presentan los puntajes obtenidos por los padres en el IMP aplicado al inicio de la intervención. En el IMP un puntaje más alto significa que hay un mayor nivel de motivación parental hacia el proceso terapéutico, lo que implica un mayor deseo de cambio en el comportamiento del niño/a, una mayor disposición para modificar las propias prácticas de crianza y una mayor percepción de capacidad para aprender e implementar nuevas estrategias parentales.

Caso/Cuidador(a)	Puntaje en el IMP
Caso 1/ Madre	125
Caso 2/ Madre	118
Caso 3/ Madre	105
Caso 4/ M	123
Caso 4/ Padre	119

5.2.7 Relación entre el IMP y la eficacia de la PCIT

Se realizaron análisis exploratorios de regresión lineal simple para examinar la relación entre el puntaje inicial obtenido en el IMP y algunos indicadores de avance durante la PCIT, representados en la Tabla 11, donde el coeficiente de determinación (R^2) se utilizó como indicador de la proporción de variabilidad del indicador de resultado asociada con el puntaje inicial del IMP.

Indicador relacionado con el puntaje en el IMP	Valor de r
Habilidades CDI	0.655
Semanas para alcanzar maestría CDI	No concluyente
Reducción de conductas disruptivas	0.62
Frecuencia de conductas disruptivas	0.55

Nota: r = coeficiente de correlación. Los análisis fueron de carácter exploratorio debido al reducido tamaño de la muestra.

En la Figura 14 se observa una relación positiva entre el puntaje inicial del IMP y el nivel máximo de habilidades parentales CDI alcanzado durante la intervención. El análisis de correlación lineal mostró un coeficiente de correlación de $r = 0.655$, lo que indica que las habilidades alcanzadas en la fase de CDI se encuentran asociadas con el puntaje inicial de motivación parental.

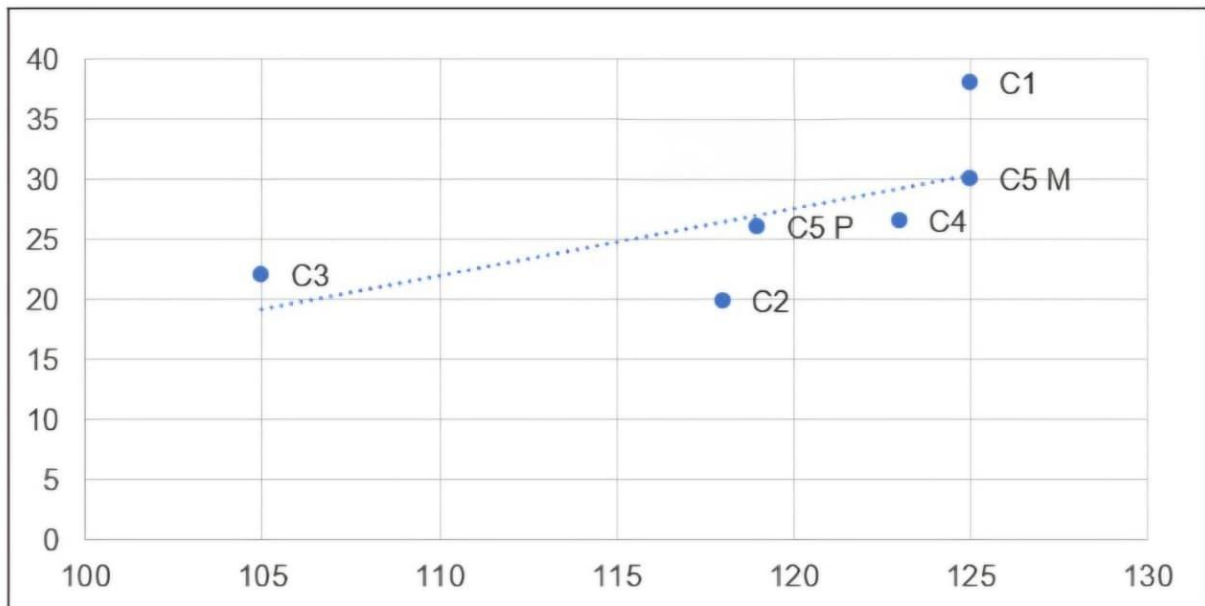


Figura 14. Relación entre motivación parental inicial y habilidades CDI

En la Figura 15 se exploró la relación entre el puntaje inicial del IMP y el número de semanas necesarias para alcanzar la maestría en CDI. Debido a que únicamente tres cuidadores alcanzaron este criterio, el número de observaciones fue insuficiente para realizar una interpretación concluyente. Por esta razón, este resultado se presenta únicamente de manera descriptiva y exploratoria.

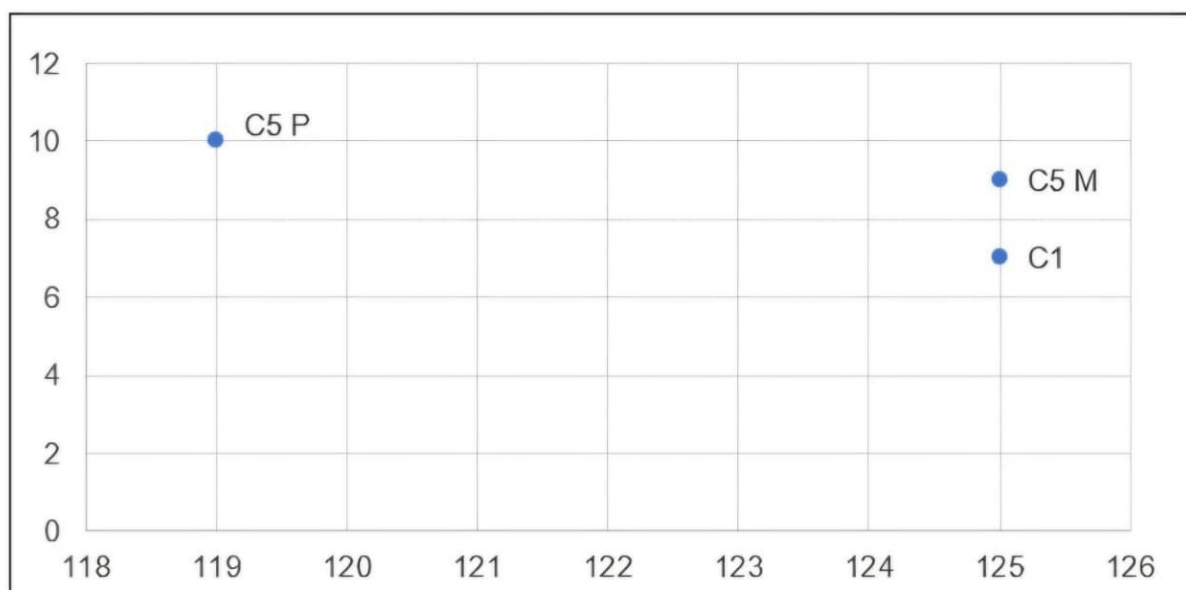


Figura 15. Relación entre el IMP inicial y semanas en alcanzar la maestría.

En la Figura 16 se observa una relación positiva entre el puntaje inicial del IMP y la reducción de conductas disruptivas. Esta reducción se obtuvo mediante la diferencia entre los puntajes inicial y final de las conductas disruptivas. El análisis de correlación lineal presentó un coeficiente de correlación de $r = 0.785$, lo que indica que la reducción de conductas disruptivas se encuentra asociada con puntaje inicial de motivación parental.

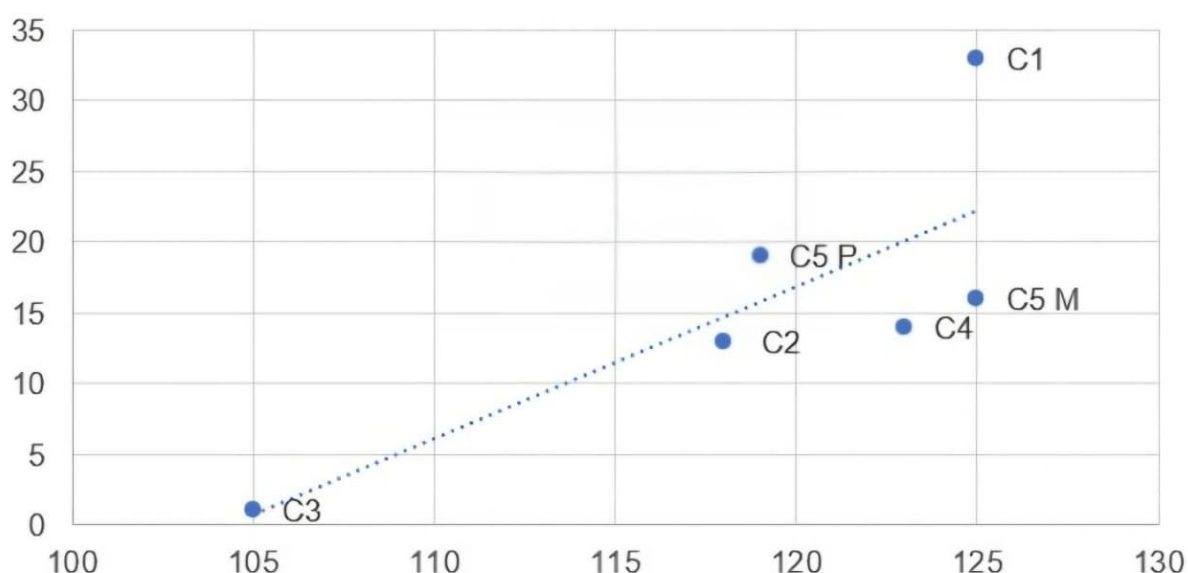


Figura 16. Relación entre motivación parental inicial y reducción de número de conductas disruptivas

En la Figura 17 se observa una relación positiva entre el puntaje inicial del IMP y la reducción en la frecuencia de conductas disruptivas. Esta reducción se calculó a partir de la diferencia entre los puntajes iniciales y finales obtenidos en el ECBI. El análisis de correlación lineal mostró un coeficiente de correlación de $r = 0.738$, lo que indica que la reducción de la frecuencia de conductas disruptivas se encuentra asociada con el puntaje inicial de motivación parental.

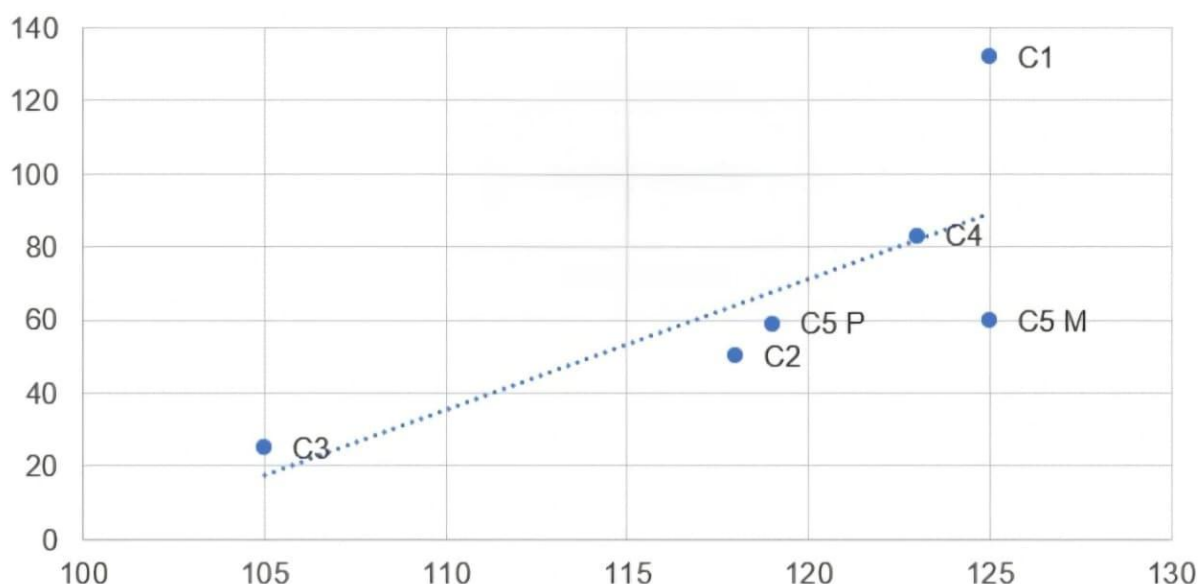


Figura 17. Relación entre motivación parental inicial y reducción de frecuencia de conductas disruptivas

5.3 Resultados Cualitativos

A partir de aquí, describiremos una serie de observaciones no sistemáticas y cualitativas de las cuales las terapeutas pudieron dar cuenta y que resultaron muy valiosas en el avance del proceso terapéutico. Son especialmente importantes en los casos en los que no se logró concluir con la PCIT, puesto que esto no significó que hubiera cambios al interior de la familia.

Caso 1 (AMMV02)

Uno de los principales cambios que pudimos observar en el niño fue, el incremento de su autoestima, pues se lograron desarrollar aptitudes que hacen mejor la relación con sus pares, evitando los conflictos en la escuela y disminuyendo los comportamientos impulsivos que daban conflicto a los profesores, se reforzó la relación entre madre e hijo, teniendo un mejor acercamiento y una mejor comunicación gracias a las habilidades que se trabajaron dentro de la PCIT, la madre trabajó con el sentimiento de estar ejerciendo una crianza con culpa.

En un primer momento la madre expresó tener problemas con el uso de la silla del tiempo fuera como consecuencia a no seguir una instrucción, sin embargo, en las sesiones de entrenamiento, se adoptó la idea de que, la silla del tiempo fuera es un buen medio para trabajar con la “desobediencia” o “malas actitudes” al seguir una instrucción en algún momento dado, cabe mencionar que, fue una consecuencia que

se utilizó 1 sola vez en todo el tratamiento, pues el niño mostró tener siempre una buena actitud al momento de seguir indicaciones, en la entrevista se mencionó que la impulsividad del niño se disparaba cuando no se le brindaba la atención que se esperaba dentro de situaciones en donde la madre se encontraba hablando con otras personas, misma conducta que fue presentándose cada vez con menor frecuencia.

Las habilidades fueron tomadas de la mejor manera por el niño, y siempre se mostró tener una buena conexión a la hora del juego, durante los entrenamientos se observó mucha creatividad, sobre todo en juegos de construcción y muy pocas veces presenciamos expresiones de agresividad, mismas que se trabajaban con las habilidades EPIDE.

La motivación parental desde el inicio del tratamiento fue considerada con un alto nivel, ya que, a pesar de mostrar algunos disgustos en algunas de las herramientas que se utilizarían “silla de tiempo fuera” siempre se mostró la disposición de cambiar algunas herramientas de crianza, gracias a la motivación parental se logró culminar con dicho tratamiento.

Caso 2 (ENM03)

Uno de los principales avances que se lograron identificar durante el proceso terapéutico con PCIT fue la apertura de la madre a nuevas estrategias de crianza que no involucran únicamente el castigo, lo cual representó un cambio significativo considerando que anteriormente la disciplina en casa se limitaba a retirar objetos como juguetes o dispositivos electrónicos, con poca efectividad. A pesar de que el tratamiento no se concluyó debido a que solo se llevaron a cabo seis sesiones, durante las sesiones realizadas se observó una disposición creciente por parte de la madre para establecer límites más claros y consistentes, además de comenzar a validar más las emociones de su hijo.

Durante las sesiones, la madre demostró una fuerte motivación por apoyar a su hijo, especialmente en lo relacionado con su autoestima y las dificultades para relacionarse con otros niños. Aunque no se logró avanzar a etapas más estructuradas del modelo PCIT, las habilidades EPIDE fueron introducidas de manera inicial y se observó una

mejora en la calidad del tiempo compartido entre madre e hijo, así como un interés más consciente en reforzar conductas positivas.

Cabe resaltar que la relación madre-hijo se mostraba inicialmente muy apegada, pero con dificultades en el manejo de límites y normas. Gracias al trabajo realizado, la madre comenzó a comprender la importancia de mantener la firmeza sin ceder ante el enojo o el llanto del niño, lo cual representa un paso importante hacia una crianza más equilibrada. A pesar del corto tiempo de intervención, fue notorio el compromiso de la madre para continuar trabajando en casa y fortalecer el vínculo con su hijo de manera más positiva, especialmente tras los antecedentes emocionales y el contexto de vulnerabilidad en el que se encontraba el menor. Esto sentó una base importante para una posible continuación del tratamiento en un futuro cercano

Caso 3 (OBA04)

Uno de los principales avances observados durante el proceso terapéutico con PCIT fue el fortalecimiento de la relación entre madre e hijo. A lo largo de las sesiones se pudo identificar que, aunque ya existía una base afectiva sólida, la implementación de las habilidades EPIDE permitió consolidar aún más este vínculo, promoviendo un mayor disfrute mutuo durante el juego y fomentando un ambiente más positivo en casa. Desde un inicio se observaba que el niño reconocía a su madre como figura de autoridad, pero le costaba seguir las normas; sin embargo, conforme avanzaron las sesiones, mostró una mayor disposición a escuchar y regular su comportamiento. Se destacó una mejora significativa en el uso de las habilidades EPIDE por parte de la madre, especialmente en el parafraseo y los elogios etiquetados, lo que impactó de manera positiva en el comportamiento del niño, quien comenzó a responder mejor a las instrucciones y límites establecidos. Las habilidades para evitar, como los comandos, críticas y preguntas, fueron casi eliminadas al final de la intervención, lo que favoreció una comunicación más efectiva y cálida entre ambos.

Si bien el tratamiento no se concluyó en su totalidad, con solo 9 sesiones se logró un progreso notable en la interacción diádica y en la manera en que se manejaban los momentos de disciplina. La madre adoptó una actitud más firme pero también más empática, lo que permitió reducir conductas impulsivas y mejorar el seguimiento de

reglas en casa, generando así un entorno más estructurado y comprensivo para el desarrollo del niño.

Caso 4 (GFG05)

A lo largo del tratamiento con PCIT se pudo observar una mejora notable en la convivencia entre la abuela y el niño, especialmente considerando que, en un inicio, la relación estaba marcada por altos niveles de estrés, frustración y reacciones explosivas por parte de ambos. A pesar de que la abuela enfrentaba una gran carga emocional y física debido a su rol como cuidadora principal (en ausencia de la madre y sin apoyo del padre), logró implementar algunas de las estrategias propuestas durante el tratamiento, lo que permitió ciertos avances importantes. Durante las sesiones de entrenamiento se hizo evidente que, si bien no se logró una implementación constante del juego especial diario ni una participación activa al 100%, el uso ocasional de las habilidades EPIDE ayudó a establecer momentos más armónicos entre ambos. Este cambio favoreció una disminución en la frecuencia e intensidad de los berrinches, así como una mejora en los momentos de interacción positiva entre abuela y nieto.

En cuanto a las prácticas disciplinarias, se observaba desde el inicio un estilo autoritario, basado en el uso de tono de voz alto, amenazas y castigos físicos ocasionales, lo cual contribuía a un ambiente tenso y poco predecible para el niño. Sin embargo, con la introducción de estrategias como el refuerzo positivo a través de economía de fichas, se promovieron conductas deseadas, lo que generó pequeños pero significativos cambios en el comportamiento del niño, especialmente en su respuesta ante los límites. Uno de los retos más persistentes fue el seguimiento de instrucciones, ya que el niño presentaba una marcada oposición, uso de groserías y amenazas cuando se le pedía realizar tareas o seguir reglas. Este comportamiento fue trabajado dentro del entrenamiento, y si bien aún se presentan dificultades, la abuela reporta que los episodios han disminuido y que ahora se siente más capaz de contenerlo emocionalmente.

Aunque la terapia no pudo concluirse, ya que se llegó únicamente a la sesión 9, se lograron observar progresos importantes. Estos cambios sugieren un avance en la calidad de la interacción entre la cuidadora y el niño, fortaleciendo el vínculo a través del refuerzo positivo. A pesar de las limitaciones en la adherencia por parte de la

cuidadora (producto de su situación personal, de salud y del estrés que implica la crianza del niño en solitario), los logros alcanzados en el vínculo abuela-nieto reflejan el impacto positivo de la intervención. La terapia contribuyó a establecer una base más estable para la relación, y aunque aún existen desafíos importantes, especialmente si se concreta el cambio de residencia del niño con la madre, se sentaron cimientos valiosos para su desarrollo emocional y conductual.

Caso 5 (MAVM06)

Uno de los principales cambios que logramos identificar durante el tratamiento con la PCIT, fue el establecimiento de una mejor relación entre madre e hijo, en las sesiones de entrenamiento se observaba un mayor acercamiento y una mejora incluso en las conversaciones que se tenían durante este tiempo, tomando en cuenta que en una primera instancia la relación entre el niño con la madre era un tanto complicada, ya que se presentaban conductas violentas y groseras.

Las habilidades EPIDE fueron de gran ayuda dentro del desarrollo y la crianza del niño, considerando que se contaba con muy poca paciencia por parte de los padres, lo que muchas veces dio resultado a regaños en voz alta e insultos, provocando una baja autoestima en el niño, los EE, reforzaron aquellas conductas positivas, logrando algunos cambios de comportamiento, y mejorando un tanto la autoestima y la relación con ambos padres.

6. Discusión

El principal objetivo de la presente investigación fue conocer la influencia del nivel de motivación parental en la eficacia de la PCIT en familias con niños o niñas de 3 a 8 años de edad diagnosticados con TDAH. Se incluyeron 5 familias de las cuales solo 2 de ellas lograron culminar con la intervención. El principal resultado de esta investigación es que la motivación parental con la que llegan las y los cuidadores al espacio terapéutico, parece estar relacionado con los cambios en la percepción de conductas disruptivas, tanto en términos de número como de intensidad/frecuencia, el número de habilidades parentales que las y los cuidadores despliegan durante la terapia y las semanas que tardan en llegar a los índices de habilidades parentales que la PCIT establece como meta. Por ejemplo, en la Figura 14, donde se observó la relación entre la motivación parental inicial y el puntaje más alto obtenido de las

habilidades de la Interacción dirigida por el niño, sugiere que los cuidadores con mayor motivación inicial tienden a obtener puntajes más altos en habilidades de la interacción dirigida por el niño, lo que explica que la motivación facilita la adquisición de habilidades durante PCIT.

Los principales resultados se centran en que la motivación parental sí tiene que ser considerada como una variable importante dentro de la intervención, puesto que es ese impulso que lleva a cumplir una actividad satisfactoriamente. Respecto a los resultados del Inventario de Motivación Parental, estos sugieren una tendencia en la que los cuidadores que concluyeron el tratamiento presentaron puntajes iniciales elevados en el inventario, en los casos que completaron la intervención se obtuvieron puntajes altos (C1 = 125, C5 M = 123 y C5 P = 119), mientras quienes abandonaron el tratamiento se encontraron en los puntajes más bajos del grupo (C2 = 118 y C3 = 105); estos hallazgos sugieren que una mayor motivación parental podría relacionarse con una mayor permanencia y adherencia al tratamiento. Sin embargo, también se observó que en un caso con puntaje elevado en motivación parental (C4 = 123) no se concluyó la intervención, lo que indica que la motivación inicial, aunque es importante, no explica por sí sola la permanencia en el tratamiento y que probablemente intervienen otros factores contextuales

Los hallazgos permiten afirmar que la motivación parental es un factor determinante en el aprovechamiento y continuidad del tratamiento, pues constituye el motor que facilita la adherencia a las estrategias de crianza propuestas y, en consecuencia, la obtención de cambios conductuales y relacionales significativos, anudado a dicho resultado, Ajello (2003), también hace referencia a la motivación como aquel factor responsable de sostener el desarrollo de las actividades más significativas dentro del tratamiento, que pueden verse reflejadas como aprendizajes, puesto que la motivación parental se centra en la creación de entornos emocionalmente seguros y estimulantes, que además proveen el cambio conductual y la mejora en la relación padre/hijo.

En el Caso 1 (AMMV02), se observó un puntaje elevado en el Inventario de Motivación Parental, así como en las mejoras en distintos indicadores evaluados durante la intervención. Entre los cambios observados destacan la disminución de conductas disruptivas reportadas en el Inventario de conductas infantiles de Eyberg y el aumento

en habilidades parentales registradas mediante el Sistema de Codificación de la Interacción Diádica entre padres e hijos, durante la fase de interacción dirigida por el niño. Estos hallazgos coinciden con lo planteado por Ajello (2003), quien señala que gracias al cumplimiento de un conjunto de acciones, que fueron guiadas por el grado de motivación que presentaba la madre, se facilitó la adherencia al tratamiento parental; incluso cuando existió una resistencia inicial ante el uso de la silla de tiempo fuera, la disposición a replantear sus prácticas de crianza fue fundamental para sostener el proceso hasta su conclusión. Asimismo, Orueta (2005) describe que es importante considerar que la adherencia al tratamiento no solo hace referencia a una sola conducta, sino a un conjunto de conductas y cambios que influyen en un cambio positivo, cómo evitar comportamientos de riesgo e incorporar un nuevo estilo de vida con conductas saludables, mismas que se genera a partir del paciente y de los agentes de salud.

En contraste, en el Caso 2, aunque la madre mostró una motivación creciente y apertura al cambio, la intervención se interrumpió prematuramente tras seis sesiones. Aun así, fue posible observar modificaciones en la forma de establecer límites y validar emociones, lo que indica que, incluso en periodos breves, la motivación puede propiciar avances iniciales. Este hallazgo es relevante, ya que sugiere que la motivación parental no solo influye en la conclusión del tratamiento, sino también en la calidad de los logros alcanzados en etapas tempranas de la terapia, esto sugiere que, incluso sin completar la intervención, la motivación puede generar avances que sirven como base para futuros procesos.

El Caso 3 refuerza esta idea: a pesar de no concluir la intervención (9 sesiones), el compromiso de la madre en la práctica de habilidades parentales generó mejoras notables en la calidad de la comunicación, el seguimiento de reglas y la disminución de conductas impulsivas. La evidencia aquí muestra que la motivación parental se traduce en constancia en la aplicación de las técnicas, aun cuando factores externos impidan culminar el protocolo completo.

Para ambos casos Orueta (2005), desglosa algunas estrategias que pudieron haber sido de buena ayuda para abordar el incumplimiento terapéutico, como lo son las intervenciones simplificadoras, agrupar todas aquellas dificultades que pudieran afectar

y considerar la reducción del tiempo, la implementación de sesiones psicoeducativas, para brindar información que se desconoce y que además ayudan a comprender mejor la situación y la importancia del tratamiento en el que se encuentran y las intervenciones de refuerzo conductual, puesto que están dirigidas a técnicas de responsabilización, autocontrol y refuerzo conductual.

El Caso 4 (abuela-cuidadora) visibiliza un fenómeno distinto: si bien la motivación existía, estuvo condicionada por el alto nivel de carga emocional y física de la cuidadora, lo cual limitó la implementación constante de las estrategias. Aun así, se observaron progresos en la interacción y disminución de prácticas autoritarias. Este caso pone en relieve la necesidad de considerar el contexto de vida de los cuidadores principales, ya que la motivación por sí sola no siempre es suficiente si se combina con factores de estrés, salud o ausencia de apoyo social: la eficacia de la PCIT depende no solo de la motivación, sino también de la capacidad real de los cuidadores para sostener la práctica. De acuerdo con Rondón (2004) existen justamente una gran diversidad de factores que pueden determinar la no adherencia al tratamiento por parte del paciente, como; 1) los factores asociados al consultante, como lo son características propias, el contexto en el que se desenvuelven, la falta de recursos, Rondón menciona que, es más común la deserción entre edades extremas como la vejez, la niñez, la adolescencia y la soltería, 2) los factores situacionales, que tiene que ver justamente con tiempo, disponibilidad y problemas dentro del contexto.

Finalmente, en el Caso 5, los padres presentaban inicialmente poca paciencia y estrategias disciplinarias centradas en gritos y descalificaciones. La introducción de las habilidades parentales, junto con un nivel de motivación suficiente para sostener el proceso, permitió mejorar la relación madre-hijo y fortalecer la autoestima del niño. Sin embargo, la dificultad para mantener consistencia en el seguimiento de instrucciones reflejó áreas de oportunidad que podrían trabajarse con mayor intensidad en fases posteriores de la terapia.

En conjunto, los resultados permiten identificar tres puntos principales. Primero, la motivación parental facilita que las familias se mantengan en el proceso terapéutico y lo lleven hasta el final. Segundo, influye directamente en la calidad con la que se aplican las estrategias, ya que quienes se mostraron más motivados lograron incorporar con

mayor consistencia las habilidades parentales y reducir prácticas poco efectivas. Y tercero, tiene un impacto directo en los resultados observados en los niños, reflejados en mejoras en su autoestima, regulación emocional y en la relación con sus cuidadores. No obstante, es importante reconocer que la motivación parental, aunque necesaria, no es suficiente por sí misma: factores contextuales como la carga de responsabilidades, el nivel de apoyo social y las condiciones socioemocionales de los cuidadores también influyen de manera significativa en la eficacia de la PCIT. De igual manera, se invita a interpretar los resultados con cautela y proponer mejoras metodológicas en estudios futuros, cómo por ejemplo con los resultados presentados de la Escala de Conners para Padres, donde los cambios observados en conductas asociadas deben interpretarse como mejoras conductuales y relacionales, no como modificación del trastorno en sí.

En conclusión, los hallazgos de este estudio muestran que la motivación parental es una pieza fundamental para que la PCIT resulte eficaz, pues favorece tanto la continuidad como la aplicación de las estrategias y los logros observados en los niños. Al mismo tiempo, evidencian que la motivación debe entenderse dentro de un contexto más amplio, donde influyen otros factores que pueden potenciar o limitarla; esto deja oportunidad para diseñar intervenciones que no solo entrenan en habilidades conductuales, sino que también contemplen estrategias de fomento y mantenimiento de la motivación, así como acompañamiento en contextos familiares con alta vulnerabilidad o sobrecarga del cuidador/ra.

7. Conclusiones

La PCIT es un programa de intervención conductual sustentado en la teoría del apego y el aprendizaje social, cuyo propósito es fortalecer la relación cuidador-niño/a mediante el desarrollo de habilidades parentales a través de las etapas CDI y PDI. Debido a que estas habilidades requieren consistencia, sensibilidad y práctica sostenida, su adecuada implementación depende en gran medida del involucramiento activo de los cuidadores. En el contexto del TDAH, uno de los trastornos del neurodesarrollo con mayor prevalencia infantil en México, la PCIT se ha posicionado como una intervención prometedora para el manejo de conductas asociadas, aunque

todavía existen vacíos en la literatura sobre su impacto específico en los síntomas del trastorno y sobre los factores que influyen en su eficacia.

A partir del trabajo clínico realizado, se identificó que la motivación parental, entendida como lo que impulsa la acción y la persistencia, constituye un factor decisivo para la continuidad del proceso terapéutico y para la integración efectiva de las técnicas EPIDE y PDI. Los casos con alta motivación evidenciaron mayor adherencia, mejor calidad en la ejecución de habilidades, más sensibilidad parental y un uso consistente de estrategias no coercitivas. Estos elementos se tradujeron en mejoras significativas en la conducta infantil: disminución de impulsividad, mayor tolerancia a la frustración, regulación emocional más estable y una relación cuidador-niño más positivo. Por el contrario, niveles bajos o fluctuantes de motivación se asociaron con abandono prematuro, dificultades para sostener cambios o progresos parciales.

La literatura sobre adherencia terapéutica respalda estos hallazgos, señalando que la participación en un tratamiento está influida por múltiples factores personales, emocionales y contextuales. En esta investigación se observó que, incluso cuando existía motivación, elementos como el estrés del cuidador, la sobrecarga laboral o doméstica, la falta de apoyo social o demandas situacionales elevadas podían obstaculizar la práctica constante de las técnicas. Por ello, la motivación parental debe comprenderse no como un atributo aislado, sino como un proceso dinámico que interactúa con el contexto cotidiano de los cuidadores.

Con respecto al objetivo general, analizar la influencia de la motivación parental en la eficacia de la PCIT, los resultados permiten afirmar que dicha relación es directa y significativa. La motivación facilitó el aprendizaje y la práctica de habilidades, potenció la disminución de conductas disruptivas e influyó en la percepción de cambios positivos en los niños y niñas. Asimismo, se cumplieron los objetivos específicos del estudio, al observar que la PCIT resulta eficaz para mejorar habilidades parentales, reducir conductas problemáticas y favorecer cambios en comportamientos asociados al TDAH cuando existe un involucramiento consistente por parte de los cuidadores.

Si bien la PCIT no está diseñada para tratar los síntomas nucleares del TDAH, se constató que la intervención contribuyó a mejoras relevantes en conductas relacionadas, como la impulsividad, el seguimiento de instrucciones y la

autorregulación emocional, particularmente en familias con mayor nivel de motivación. Este hallazgo subraya la importancia de considerar la motivación parental como un elemento clave para optimizar los resultados de la terapia.

En conjunto, la evidencia obtenida confirma la hipótesis central de esta investigación: el nivel de motivación parental influye de manera positiva en la eficacia de la PCIT en familias con niños y niñas con TDAH. Además, resalta la necesidad de desarrollar estrategias de acompañamiento que fortalezcan y mantengan la motivación a lo largo del proceso, así como la importancia de atender las barreras contextuales que pueden limitar la adherencia terapéutica.

8. Limitaciones del estudio

Aunque los hallazgos de esta investigación aportan información relevante sobre la relación entre motivación parental y eficacia de la PCIT, es importante reconocer varias limitaciones. En primer lugar, el estudio se basó en un número reducido de casos, lo cual restringe la generalización de los resultados a poblaciones más amplias. Asimismo, la naturaleza clínica y contextualizada de las intervenciones dificulta el control de variables externas, tales como el nivel de estrés, la disponibilidad de tiempo, las dinámicas familiares y los cambios inesperados en las rutinas de los cuidadores.

No obstante, la medición de la motivación resultó compleja en la práctica ya que identificaron dificultades, tales como: respuestas afectadas por sesgo de deseabilidad social, variaciones en la comprensión de ítems entre cuidadores con distintos niveles educativos, omisión de preguntas en algunos formularios y fluctuaciones de la motivación en el tiempo debidas a factores contextuales (enfermedad, carga laboral, crisis familiares). Además, algunos cuidadores manifestaron incomodidad o fatiga al completar cuestionarios autoadministrados, lo que afectó la completitud y calidad de los datos. Estas limitaciones metodológicas sugieren que, aunque el PMI aportó información valiosa, aunque su uso aislado no fue suficiente para capturar de manera completa y estable el constructo motivación en este contexto clínico.

9. Sugerencias para investigaciones futuras

Para profundizar en la relación entre motivación parental y eficacia de la PCIT se recomiendan las siguientes vías de investigación:

1. Validación y adaptación cultural del IMP: realizar estudios de validación del IMP en población mexicana (análisis de fiabilidad y validez), esto mejoraría la sensibilidad del instrumento para captar la motivación en contextos locales.
2. Intervención terapéutica con más casos: estudios con muestras más amplias que permitan evaluar con mayor rigor la influencia de la motivación en los resultados de la PCIT.
3. Intervenciones experimentales para fortalecer la motivación: diseñar estudios que integren componentes motivacionales (p. ej. entrevista motivacional breve, refuerzo conductual del cumplimiento de tareas entre sesiones) y comparar la PCIT con refuerzo motivacional vs. PCIT sin refuerzo. Nock y Kazdin (2005) encontraron que una intervención breve orientada a incrementar la participación produjo mayores niveles de motivación, asistencia y adherencia.
4. Seguimiento en varios periodos de la terapia: incluir mediciones a mediano y largo plazo (6–12 meses) para evaluar la durabilidad de los efectos y la estabilidad de la motivación parental.
5. Análisis de subgrupos: estudiar cómo factores contextuales (nivel educativo, apoyo social, comorbilidades del niño, presencia de estrés severo) modulan la relación entre motivación y resultados terapéuticos. Se encontró que una revisión sistemática sobre la participación parental en intervenciones psicológicas infantiles identificó como variables relevantes las expectativas del tratamiento, autoeficacia, obstáculos percibidos y motivación global para participar (Pereira & Barros, 2019).

10. Bibliografía

Alcázar, R. (2007). Expectativas, percepción del paciente hacia su terapeuta y razones para asistir a dos o más sesiones. *Revista Salud Mental*.

Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. American Psychiatric Publishing.

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 40th ed. DSM-IV. Washington, DC: American Psychiatric Association 1994: 78-85.

Ajello, A. M. (2003). La motivación para aprender. En C. Pontecorvo (Coord.), Manual de psicología de la educación (pp. 251-271). España: Popular.

Angrino, S. O., Panesso, I. C., y Valencia, Á. I. (2010). Las situaciones de resolución de problemas como estrategia de trabajo con niños diagnosticados con TDAH. *Pensamiento Psicológico*, 2(7).

Bush, H.Crosby, L. De López, P. et al. (2023). Understanding Barriers and Facilitators of ADHD Treatment Initiation and Adherence in Black and Latinx Children. Department of Pediatrics. University of Cincinnati.

Coaquira Heredia, R. K., Suñagua Aruquipa, R., Valda Paz, V. (2018). Estrategias de intervención para niños y niñas con TDAH en edad escolar. ISSN: 2223-3033

Consuegra, N. (2010). Diccionario de psicología. Bogotá, Colombia: Ecoe Ediciones. P. 189.

Edel Navarro, R., (2003). El rendimiento académico: concepto, investigación y desarrollo. REICE. Revista Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación, 1(2),0. [fecha de Consulta 1 de diciembre de 2022]. ISSN: Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=55110208>

Erazo Santander, O. A., (2011). El rendimiento académico, un fenómeno de múltiples relaciones y complejidades. *Revista Vanguardia Psicológica Clínica Teórica y Práctica* Vol. 2 Núm. 2 Pág. 144-173.

Ferro, R. Ascanio, L. (2014). *Terapia de interacción padres-hijos (PCIT). Papeles del psicólogo*. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. Vol. 35. Núm. 3. Pp. 169 – 180. Madrid, España.

Gómez Díaz, I. C., Morán Alvarado, V., Pereda Moral, M., Pazos Moreno, E. (2013). TDAH y su relación con la motivación en el contexto educativo. *REIDOCREA*, 2, 100-105. <https://doi.org/10.30827/Digibug.27747>

González, D. (2008). *Psicología de la motivación*. Editorial Ciencia Médicas. La Habana.

Giménez – García, L. (2014). Tratamiento cognitivo cognitivo-conductual de problemas de conducta en un caso de trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Psicología Clínico con Niños y Adolescentes*. Vol. 1, Núm. 1, pp.80 España.

Harmony, T. (2004). Factores que inciden en el desarrollo del sistema nervioso del niño. En M, Corsi (comp). *Aproximaciones de neurociencias a la conducta*. México: Manual Moderno.

Jaimes Medrano, A. L., Ortiz León, S. (2016). *Trastorno por déficit de atención en la edad adulta y en universitarios*. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*. Vol. 59. Núm. 5. México

Klimenko, O. (2011). La enseñanza de las estrategias cognitivas y metacognitivas como una vía de apoyo para el aprendizaje autónomo en los niños con déficit de atención sostenida. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 1(27).

López, S; Rivas, R; Taboada, E. (2008). Los riesgos maternos pre, peri y neonatales en una muestra de madres de hijos con trastorno generalizado del desarrollo. *Psicothema* 2008; 29 (4): 684-690

Martínez, M., Quesada, P., Bueno, C. Y Martínez, S. Bases neurobiológicas del Trastorno del Espectro Autista y del Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad: Diferenciación neural y sinaptogénesis. *Rev Neural* 2018; 66 (supl 1): S97 - 101.

McNeil, C., Hembree, T. (2010). *Parent-Child Interaction Therapy*. Springer. 2a. Ed. Londres.

McNeil, C., Hembree, T. (2007). Capítulo 6. Enseñanza de la interacción dirigida por los padres. En *Parent Child Interaction Therapy. Issues In Clinical Child Psychology*. Second Edition, Springer. 107, 112.

Nock, M. K., & Kazdin, A. E. (2005). Randomized controlled trial of a brief intervention for increasing participation in parent management training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(5), 872–879.

Nock, M., Photos, V. (2006). Parent Motivation to Participate in Treatment: Assessment and Prediction of Subsequent Participation. *Journal of Child and Family Studies*, Vol. 15, No. 3. DOI: 10.1007/s10826-006-9022-4.

Oneto, P. (2020). Las Adaptaciones Culturales de un Programa de Intervención Familiar Basado en Evidencia con Población Latina. *Eureka*. ISSN 2218-0559. Paraguay.

Orueta, R. (2005). Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en patologías crónicas. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 29(2), 40-44

Palmero, F. (2005). Motivación: Conducta y proceso. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*. Vol. 8, N.º. 20-21.

Pascual-Castroviejo, I. (2008). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Protocolos Diagnóstico-Terapéuticos de la AEP: Neurología Pediátrica. Madrid.

Pereira, A. I., & Barros, L. (2019). Parental cognitions and motivation to engage in psychological interventions: A systematic review. *Child Psychiatry & Human Development*, 50(3), 347–361.

Perret, R. (2016). El secreto de la motivación. México.

Pfiffner, Dvorsky, Hawkers, Chung, Haack y Owens (2022). Improving Adherence to Behavioral Parent Training for ADHD Using Digital Health Tools. Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, University of California San Francisco, San Francisco, CA 94143, USA.

Quintero, A. (2011). Descripción de los factores de riesgo pre y perinatales en los subtipos combinado, inatento e hiperactivo del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Universidad de San Buenaventura. Sede, Bogotá.

Reeve, J. (2010). Motivación y emoción. Ciudad de México, México: McGraw-Hill

Romero, A. (2006). La motivación y el rendimiento ocupacional en niños con ADHD. Revista Gallega de Terapia Ocupacional TOG. Centro de Estudios Universitario de Talavera de la Reina.

Rondón, A.P., Otálora, I.L., & Salamanca, Y. (2009). Factores que influyen en la deserción terapéutica de los consultantes de un centro universitario de atención psicológica. International Journal of Psychological Research.

Secretaría de Salud del Gobierno de México. (2017). Comunicado: Cinco por ciento de la población infantil y adolescente presenta TDA. Consultado en <https://www.gob.mx/salud/prensa/035-cinco-por-ciento-de-la-poblacion-infantil-y-adolescente-presenta-tda>

Serra, D. (2008). Psicología de la Motivación. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2008.

Santrock, J. (2002). Psicología de la educación. México: Mc Graw-Hill.

Silva, Germán Enrique; Galeano, Esmeralda; Correa, Jaime, Orlando. Adherencia al tratamiento. Implicaciones de la no-adherencia Acta Médica Colombiana, vol. 30, núm. 4, octubre-diciembre, 2005, pp. 268-273

Senado de la República LXIV Legislatura. (7 de septiembre, 2017). *El TDAH afecta el desarrollo y la calidad de las personas, reconocen en el Senado*. México.

<http://comunicacion.senado.gob.mx/index.php/informacion/boletines/38557-el-tdah-afecta-el-desarrollo-y-la-calidad-de-las-personas-reconocen-en-el-senado.html>

UNICEF México. (s.f.). Herramientas para la crianza positiva y el buen trato. Consultado en <https://www.unicef.org/mexico/herramientas-para-la-crianza-positiva-y-el-buentrato>

11. Anexos

11.1 Entrevista anamnésica semiestructurada

Fecha de entrevista:		Hora:		Aplicó:	
----------------------	--	-------	--	---------	--

Código de paciente:							
1. Información general							
Nombre del niño/a:							
Lugar de nacimiento:							
Fecha de nacimiento:							
Edad:		Sexo:		Estatura:		Peso:	
Grado escolar:							
Nombre del padre:							
Edad:		Ocupación:		Estado civil:		Grado de estudios:	
Estado general de salud física:							
¿Tiene algún padecimiento mental? ¿Cuál? ¿Desde hace cuánto le fue diagnosticado? ¿Lleva algún tratamiento? ¿Cuál?							
Nombre de la madre:							
Edad:		Ocupación:		Estado Civil:		Grado de estudios:	
Estado general de salud física:							
¿Tiene algún padecimiento mental?, ¿cuál? ¿desde hace cuánto le fue diagnosticado? ¿Lleva algún tratamiento? ¿Cuál?							
2. Familia							
Tiene hermanos o hermanas ¿Cuántos?							

Nombres de sus hermanos y edades	
¿Cómo se lleva con sus hermanos o hermanas?	
¿Con quién vive el niño o niña?	
¿Quién cuida al niño o niña?	
¿Con quién duerme el niño o niña?	
¿Cuál es la dinámica familiar del niño en un día común?	
3. Antecedentes de Salud Familiar	
¿Existen precedentes de condiciones mentales en la familia hasta tres generaciones atrás?	
4. Información perinatal	
¿Fue planeado/deseado?	
¿Hubo maniobras de interrupción?	
¿Presentó sufrimiento fetal? ¿cuál?	
¿Tuvo algún problema de salud, después del parto? ¿cuál?	
5. Información prenatal	
¿Cuál era el estado de salud de la madre al momento de la concepción?	
¿Consumía algún medicamento durante la gestación o al momento de la concepción? ¿Cuál?	
¿Consumía alguna de las siguientes sustancias (Alcohol, Marihuana, Cigarro, drogas sintéticas, otra) durante el	

periodo de gestación? ¿Cuál?	
¿Hubo alguna situación en cuestión de salud, que afectara al bebé antes o durante su nacimiento?	
6. Información postnatal	
Peso al nacer:	
Talla al nacer:	
Parto natural o cesárea:	
¿Por qué?	
7. Alimentación	
¿Fue alimentado con leche materna o fórmula? ¿Por qué?	
Edad de ablactación (introducir alimentos no lácteos)	
¿Fue integrado a la dieta familiar al cumplir un año? ¿A qué edad?	
¿considera usted que el niño o niña comía bien o se queda con hambre?	
¿por qué?	
¿Identificó algún problema referente a su alimentación?	
8. Desarrollo motriz	
¿A cuántos meses logró sostener su cabeza?	
¿A qué edad logró sentarse?	
¿A qué edad logró gatear?	
¿A qué edad logró deambular solo?	
¿A qué edad logró el control de esfínteres?	
¿Tuvo alguna dificultad para lograrlo?	

¿Como fue el logro del control de esfínteres? ¿Tuvo dificultades? ¿Cuáles?	
11. Periodo de 3 a 6 años	
¿Ha detectado o detectó los siguientes síntomas en el niño a esta edad?	
Inquietud motora (hiperactividad)	
Juego simbólico Capacidad mental para recrear un escenario como entretenimiento. Duración del juego	
Retrasos en el desarrollo ¿Qué clase de retrasos? En el lenguaje, la motricidad fina o gruesa, el desarrollo personal y social, y el comportamiento adaptativo.	
Dificultad en la coordinación motora ¿Qué clase de dificultad?	
Comportamientos inusuales (oposicionismo, desafiante, obsesiones, rituales, autolesivas) ¿Qué clase?	
Integración social en el grupo de edad	
Accidentes constantes ¿Qué clase de accidentes?	
12. Experiencia escolar	
¿Cuál ha sido la experiencia escolar del niño o niña durante estos años?	
¿Los profesores le han reportado algún mal comportamiento en específico del niño o niña?	• Selectividad alimentaria sensorial (dificultades para pasar de un alimento a otro, los alimentos que le gustan son de la misma textura, rechazo ante distintos tipos de olores, no le gusta mancharse...)

13. Relación con los pares	
¿Qué ha observado en el comportamiento de su hijo o hija cuando interactúa con niños o niñas de su edad?	
¿Tiene problemas para socializar con otros niños de su edad?	
¿A qué juega su hijo o hija con otros niños o niñas?	
14. Temperamento (rasgos emotivos de la personalidad) del niño o niña	
¿Cómo definiría el temperamento de su hijo o hija?	
15. Eventos estresantes	
¿El niño o niña ha vivido momentos estresantes?	- Abuso emocional (maldecir, insultar, humillar, menospreciar, rechazar, aislar, amenazas de abandono) - Abuso Físico (empujar, agarrar, abofetear, golpear o arrojar algún objeto al niño) - Abuso Sexual - Violencia Intrafamiliar (Vio agresiones entre los padres física o verbalmente o peleas con estas características) - Bullying - Antecedentes familiares de consumo de sustancias - Antecedentes familiares de cargos penales - Antecedentes familiares de trastornos mentales (depresión, ansiedad, esquizofrenia, demencia, etc) - Separación de los padres - Muerte de alguno de los padres - Muerte de alguno de los familiares - Violencia Colectiva (Un hecho como lo sucedido en el estadio, guerra, a nivel país o de la ciudad) - Violencia Comunitaria (No sentirse seguro/a en su colonia por asaltos, desapariciones, violaciones) - Omisión de cuidados (no proporcionar alimento, vestido, dejarlo llorar mucho tiempo, atención médica, educación formal)
16. Disciplina en casa	
¿Se disciplina al niño o niña en casa?	
¿Qué clase de disciplina se ejerce sobre él o ella?	
¿Cómo actúa el niño o niña ante la disciplina que se le impone?	
¿Se utiliza dentro de la disciplina el tiempo fuera?	
¿Cuál ha sido su experiencia con esta estrategia?	
17. Situaciones en casa y relación con los padres	
¿Qué es lo que, como padre/madre, le preocupa principalmente sobre el comportamiento de su hijo en casa?	
¿Cuál considera que es el principal problema que enfrenta su hijo o hija?	
¿Cuál es la relación del niño o niña con usted como madre o padre?	
¿Considera que tiene una buena relación con el niño o niña?	
¿Cuáles son los intereses del niño o la niña?	
¿Cómo considera que es su autoestima actualmente?	

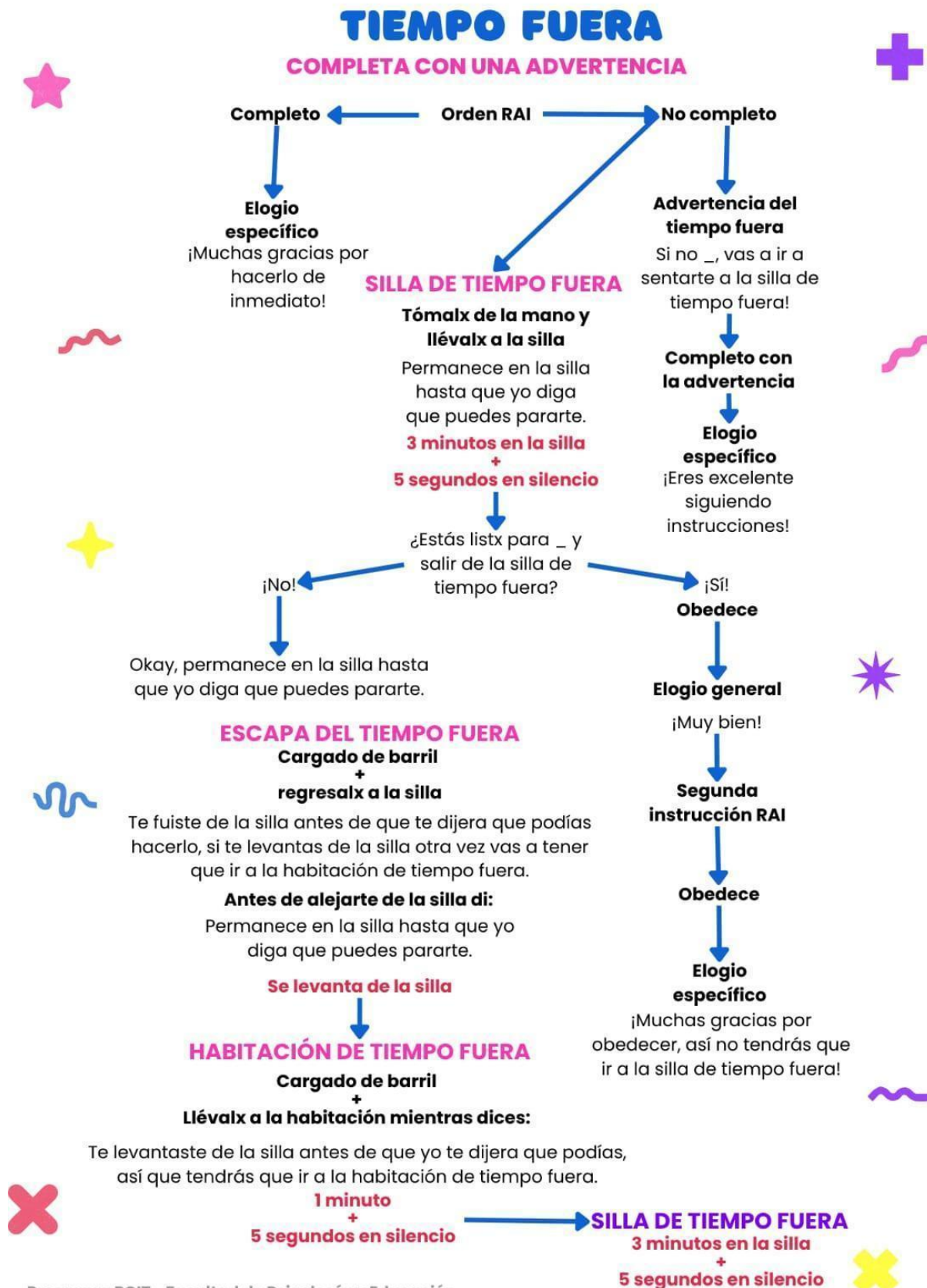
11.2 Hoja de tarea CDI

REGISTRO DE TAREA EN CASA				
Código de diada:				
Día	¿Realizaste los 5 min de juego especial?		Actividad realizada	Problemas o dudas durante el juego especial
	Si	No		
LUNES				
MARTES				
MIÉRCOLES				
JUEVES				
VIERNES				
SÁBADO				
DOMINGO				

11.3 Hoja de progreso de la PCIT

Hoja de progreso de la PCIT																
Sesión	EV 1	CDI 1	CDI 2													
Fecha																
																Maestría
Elogio etiquetado																10
Parafraseo																10
Descripción																10
Preguntas																< 3 Q+C+C/S
Comandos																< 3 Q+C+C/S
Crítica / Sarcasmo																< 3 Q+C+C/S
Puntuación ECBI																< 114

11.4 Esquema de silla de tiempo fuera.



11.5 Hoja de tarea PDI

HOJA DE TAREA PDI					
Código:			Nombre de papá o mamá:		
Día de la Semana	Si Practicó PDI	No Practicó PDI	# de Tiempo Fuera en la Silla	# de Tiempo Fuera en la Habitación	Preguntas Problemas Preocupaciones
Lunes					
Martes					
Miércoles					
Jueves					
Viernes					
Sábado					
Domingo					

11.6 Inventario de Comportamiento Infantil Eyberg (ECBI)

Eyberg Child Behavior Inventory ECBI	
Eyberg Child Behavior Inventory ECBI	
Código Investigador *	
1. VFRJ01	
2. KJDG02	
3. NMF03	
4. LMJG04	
5. VHM05	
6. MJGP08	
7. SCJA09	
8. AMB10	
9. JAMC07	
Código de paciente *	
Texto de respuesta breve	

11.7 Inventario de Comportamiento Estudiantil Sutter-Eyberg (SESBI-R)

¿Quién responde? *
☐ Mamá
☐ Papá
☐ Otro
Tarda en vestirse *
☐ Nunca (1)
☐ Casi nunca (2)
☐ Ocasionalmente (3)
☐ Usualmente (4)
☐ Frecuentemente (5)
☐ Casi Siempre (6)
☐ Siempre (7)
¿Esto es un problema para usted? *
☐ Sí
☐ No

11.8 Sistema de Codificación de la Interacción Diádica (DPICS para CDI)

Fecha:

Sesión #:

Código:

Evaluación antes o después de tratamiento CLP PLP CU

CDI - Habilidades para hacer

		Total	Maestría
Elogios específicos			10
Parafrasear			10
Descripción			10

Imitar	SATISFACTORIO	NECESITA PRÁCTICA	
Ser entusiasta	SATISFACTORIO	NECESITA PRÁCTICA	
Ignorar comportamiento disruptivo.	SATISFACTORIO	NECESITA PRÁCTICA	NO APLICA

*Maestría = Satisfactoria o no aplicable para la imitación, el entusiasmo y la ignorancia.

Habilidades parentales	Codificación	Total	Maestría
Habla neutral			No aplicable
Elogios generales			No aplicable

CDI – Habilidades por evitar

	Frecuencia de códigos	Codificación
Órdenes		
Preguntas		

11.9 Sistema de Codificación de la Interacción Diádica (DPICS para PDI)

Hoja de codificación de PDI

Código		Fecha		Cuidador		Sesión #			
Orden	Obedeció	Desobedeció	Elogio Específico	Advertencia de silla	Obedeció	Desobedeció	Elogio general	Silla	Tiempo fuera en habitación

Criterios de dominio:

Durante los 5 minutos de codificación al comienzo de la sesión, los padres deberán dar al menos 4 órdenes y el 75% deben ser efectivas (Ejemplo: directos, estados-positivos, comando sencillos que provean una oportunidad para el niño o niña de completa) y los padres deben mostrar al menos 75% de seguimiento correcto después de haber dado un comando efectivo (Elogio específico después de obedecer y advertir después de no obedecer). Adicionalmente, si el niño requiere un tiempo fuera durante la observación, el padre debe seguir exitosamente a través del procedimiento del PDI (ejemplo: la interacción debe terminar con un elogio específico por completar y seguir la orden dada).

11.10 Escala de CONNERS para padres y profesores

11.10.1 CONNERS para padre

Cuestionario de conducta de CONNERS para Padres

Pre-Tratamiento

ÍNDICE DE HIPERACTIVIDAD PARA SER VALORADO POR LOS PADRES

Instrucciones de llenado

Por favor, responda a todas las preguntas.

Debajo de cada uno de los reactivos que se encuentran a continuación, indique el grado de problema

Nunca= 0
Poco= 1
Bastante=2
Mucho=3

Haga click en la opción que más se acerqué a su respuesta.

Código *

Texto de respuesta breve

Fecha *

Día, mes, año 

11.10.2 CONNERS para profesores

Cuestionario de conducta de CONNERS para PROFESORES

PRE-TRATAMIENTO

ÍNDICE DE HIPERACTIVIDAD PARA SER VALORADO POR LOS PROFESORES

Instrucciones

Por favor responda a todas las preguntas.

Debajo de cada uno de los reactivos que se encuentran a continuación, indique el grado del problema :

Nada=0
Poco=1
Bastante=2
Mucho=3

Responda dando click a la respuesta que se acerca más a lo que usted observa actualmente en el niño o niña.

Código *

Texto de respuesta breve

Fecha de respuesta: *

Día, mes, año 

11.11 Inventario de Motivación Parental (IMP)

Inventario de motivación parental					
Nombre del padre o madre:		Código:		Fecha:	
Todos los padres y las madres que acuden a terapia para recibir tratamiento con sus hijos e hijas son diferentes. Contesta cuánto estás de acuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones relacionadas con tu participación en el tratamiento de tu hijo/os o hija/as.. Tus respuestas no afectarán el tratamiento que reciban de ninguna manera. Gracias.					
1. El comportamiento de mi hijo tiene que mejorar pronto.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Muy de acuerdo
2. Estoy dispuesto a trabajar para cambiar mi propio comportamiento en lo que respecta al manejo de mi hijo.					
3. Es muy importante para el bienestar de mi familia que mi hijo cambie su comportamiento.					
4. Estoy preparado para ir a terapia todas las semanas durante varios meses para cambiar el comportamiento de mi hijo.					
5. Aunque el problema principal es el comportamiento de mi hijo, creo que debo acudir a tratamiento todas las semanas.					
6. Es muy importante para el bienestar de mi hijo que cambie su comportamiento.					
7. Estoy dispuesto a cambiar mis técnicas actuales de crianza y probar otras nuevas.					

8. Creo que los beneficios de este tratamiento serán mayores que el tiempo invertido.*					
9. Me gustaría que cambiara el comportamiento de mi hijo.					
10. Estoy dispuesto a probar técnicas de crianza incluso si creo que no funcionarán.					
11. Quiero participar en el tratamiento de mi hijo en este momento.					
12. Mi hijo experimentará muchos resultados negativos en la vida si su comportamiento no cambia.					
13. Estoy motivado para practicar las técnicas que aprenderé en sesión en casa con mi hijo.					
14. Creo que el comportamiento de mi hijo no puede cambiar sin mi participación en el tratamiento.					
15. Mi familia experimentará muchos resultados negativos en la vida si el comportamiento de mi hijo no cambia.					
16. Estoy ansioso por participar en el tratamiento.					
17. Creo que cambiar mi propio comportamiento puede hacer que					

cambie el comportamiento de mi hijo.					
18. Quiero que el comportamiento de mi hijo mejore.					
19. Estoy motivado para cambiar la forma en que recompenso y castigo a mi hijo si eso conduce a una mejora.					
20. Creo que puedo aprender a cambiar el comportamiento de mi hijo.					
21. Estoy motivado para participar en el tratamiento de mi hijo cada semana.					
22. La participación en este tratamiento es una prioridad máxima en mi agenda y la de mi hijo.					
23. Creo que soy capaz de aprender las habilidades necesarias para cambiar el comportamiento de mi hijo.					
24. Espero aprender nuevas técnicas para controlar el comportamiento de mi hijo.					
25. Estoy motivado para trabajar con un terapeuta durante dos horas cada semana para cambiar mi propio comportamiento.					

11.12 Cartel publicitario para familias interesadas en la PCIT



UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA DE
QUERÉTARO



FACULTAD DE
PSICOLOGÍA



4E
Psicología
y Educación

PCIT. Terapia de interacción entre padres e hijos

¿QUÉ ES?

Parent Child Interaction Therapy (PCIT) es una terapia de manejo conductual dirigido a padres y madres de niños y niñas de entre 4 a 7 años, que permite mejorar la interacción entre padres e hijos y la conducta "problemática" a través del juego.

INTERVENCIÓN

La terapia consta de 19 sesiones una vez a la semana (2 hrs) y de breves tareas para casa de 5 minutos. Ello con la finalidad de mejorar y desarrollar las habilidades necesarias que nos llevarán a cumplir los objetivos que se proponen.

Proyecto coordinado por:
Dra. Cintli Carolina Carbajal Valenzuela
cintli.carolina.carbajal@uaq.mx

La terapia está dividida en 2 fases:

CDI = Interacción dirigida por el niño(a)
Los padres aprenden estrategias sobre el tipo de atención que se requiere para incrementar y reforzar las habilidades pro-sociales del niño(a) además de disminuir las conductas no deseadas. Todo ello a través de 5 habilidades necesarias; elogiar, parafrasear, imitar, describir y entusiasmarse.

PDI = Interacción dirigida por el padre/madre
Los padres aprenden a través del juego con el niño(a) a establecer estrategias necesarias de disciplina positiva donde se muestra cómo dar ordenes claras, y elogiar cuando el niño(a) cumple con dichas órdenes, el establecimiento de reglas y el uso del tiempo fuera.





UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA DE
QUERÉTARO



FACULTAD DE
PSICOLOGÍA



PCIT, Parent Child Interaction Therapy Terapia de Interacción entre Padres e Hijos (as)

¿Tu hijo o hija ha sido diagnosticado con
Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad?
¿Lo notas desmotivado(a) en sus actividades diarias?

La Facultad de Psicología y Educación de la UAQ, te invita a participar en su protocolo de investigación sobre la intervención basada en la PCIT para familias con hijos (as) con TDAH, en la que a través del juego desarrollarás habilidades y estrategias efectivas que servirán para mejorar la interacción con tu hijo/a y el manejo de sus conductas.

¿A quién está dirigida esta terapia?

Familias con hijos (as) de 4 a 7 años de edad con diagnóstico de TDAH (Trastorno por déficit de atención e hiperactividad) que presenten problemas de conducta o desmotivación.

Mayores informes

Si estás interesado y quieres participar ponte en contacto con nosotros.

Mayra Ponce

442 878 50 03

mgarcia162@alumnos.uaq.mx

Sandra Cirenía Jiménez Araujo

442 338 50 05

sjimenez34@alumnos.uaq.mx

Jorge Morales

442 432 72 37

jmorales13@alumnos.uaq.mx

Proyecto coordinado por:

Dra. Cintli Carolina Carbajal Valenzuela

cintli.carolina.carbajal@uaq.mx

