

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y EDUCACIÓN

**ANÁLISIS DE UNA INTERVENCIÓN BASADA EN LA TIMN
CON MAESTRAS/OS Y SUS ALUMNOS/AS
DIAGNOSTICADOS CON TRASTORNOS DEL
NEURODESARROLLO**

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el grado de Maestría en:

SALUD MENTAL DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

PRESENTA:

LIC. ANGÉLICA DIVANY CHÁVEZ MÉNDEZ

PRESIDENTE: DRA. CINTLI CAROLINA CARBAJAL VALENZUELA

SECRETARIO: DRA. MARIBEL DELGADO HERRERA

VOCAL: DRA. PAMELA GARBUS

SUPLENTE: DRA. AZUCENA OCHOA CERVANTES

SUPLENTE: DR. AGUSTÍN JAIME NEGRETE CORTÉS

Agosto, 2025

San Juan del Río, Qro.

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 licenciatario 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 licenciatario.

 **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.

Contenido

1. Introducción	5
2. Marco Teórico.....	7
2.1 Trastornos del Neurodesarrollo.....	7
2.2 Trastorno del Espectro Autista (TEA)	8
2.2.1 Base Neurobiológica	11
2.2.2 Etiología	12
2.2.3 Prevalencia.....	13
2.2.4 Diagnóstico.....	13
2.2.5 Tratamiento	14
2.3 Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)	15
2.3.1 Base Neurobiológica	16
2.3.2 Etiología	17
2.3.3 Prevalencia.....	18
2.3.4 Diagnóstico.....	19
2.3.5 Tratamiento	20
2.4 Terapia de Interacción Padre-Hijo.	20
2.4.1 Fundamentación Teórica de la PCIT.....	20
2.4.2 Estructura de la TIPH	23
2.5 Terapia de interacción Maestras(os)-Alumnos(as)	46
3. Antecedentes.....	49
4. Justificación	52
5. Planteamiento del Problema.....	53
5.1 Pregunta de Investigación.....	53
5.1.1 Pregunta General	53
5.1.2 Preguntas Específicas.....	54
5.2. Hipótesis	54
5.2.1 Hipótesis General.....	54
5.2.2 Hipótesis Específicas.....	54
5.3. Objetivos	54
5.3.1 Objetivo General:	54
5.3.2 Objetivos Específicos:	54
6. Metodología.....	55

7. Consideraciones Éticas	58
8. Resultados	58
8.1 Contexto escolar	58
8.2 Resultados del paciente ABJA06:.....	60
8.2.1 Descripción de las características generales del caso obtenidas por medio de Entrevista anamnésica semiestructurada.....	60
8.2.2 Desarrollo de la TIMN.....	62
8.2.3 Evaluación Cuantitativa.....	63
8.3 Resultados del paciente AMRMI11:.....	71
8.3.1 Descripción de las características generales del caso obtenidas por medio de Entrevista amnésica semiestructurada.....	71
8.3.2 Desarrollo de la TIMN.....	72
8.3.3 Evaluación Cuantitativa:.....	73
9. Discusión	80
10. Limitaciones del estudio.	83
11. Implicaciones para la profesión.	84
12. Referencias Bibliográficas.	85
13. ANEXOS	89
Anexo 1.....	89
Anexo 2.....	92
Anexo 3.....	95
Anexo 4.....	96
Anexo 5.....	97
Anexo 6.....	98
Anexo 7.....	99

Índice de gráficas.

Gráfica 1 Número de conductas problemáticas del ICMSE-R. Caso ABJA06.....	63
Gráfica 2 Intensidad de los problemas de conducta del ICMSE-R. Caso ABJA06	64
Gráfica 3 Comparación de resultados del ICMSE-R inicial y final. Caso ABJA06 ..	65
Gráfica 4. Reporte materno de la percepción de la intensidad y número de conductas problemáticas. Caso ABJA06.....	66
Gráfica 5 Resultados de codificación de habilidades EPIDE. Caso ABJA06.	66
Gráfica 6 Conductas a evitar. Caso ABJA06.....	67
Gráfica 7 Conners para maestras/os del pre y postratamiento. Caso ABJA06.	69
Gráfica 8 Conners para padres del pre y postratamiento. Caso ABJA06.....	70
Gráfica 9 Intensidad de los problemas de conducta del ICMSE-R. Caso AMRMI11	73
Gráfica 10 Número de conductas problemáticas del ICMSE-R. Caso AMRMI11...74	
Gráfica 11 Comparación de resultados del ICMSE-R inicial y final. Caso AMRMI11.....	75
Gráfica 12 Reporte materno de la percepción de la intensidad y número de conductas problemáticas. Caso AMRMI11	76
Gráfica 13 Codificación de habilidades EPIDE. Caso AMRMI11.	77
Gráfica 14 Conductas a evitar. Caso AMRMI11.....	77
Gráfica 15 Test M-CHAT. Caso AMRMI11.....	79

Índice de Tablas.

Tabla 1 Registro de habilidades IDN e IDM en la codificación y entrenamiento. Caso ABJA06.	67
Tabla 2 Registro de habilidades IDN e IDM durante la codificación y entrenamiento. Caso AMRMI11	78

Índice de imagen.

Imagen 1 Procedimiento de la TIPH.....	46
Imagen 2 Procedimiento de la TIMN.	49
Imagen 3 Tercera sesión de codificación IDN. Diada ABJA06.....	70
Imagen 4 Tercera sesión de IDM. Diada AMRMI11.	80

1. Introducción

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es un Trastorno del Neurodesarrollo (TND), caracterizado por mostrar altos niveles de inatención, desorganización y/o hiperactividad-impulsividad que a menudo persiste hasta la edad adulta ocasionando dificultades en el ámbito social, académico y laboral (APA, 2014). Algunos de los factores de riesgo asociados a este diagnóstico son: la edad de los padres, sufrir durante el embarazo de hipertensión arterial y/o aumento excesivo de peso, presentar infección de vías urinarias, amenazas de parto pretérmino, inducción del parto o parto distóxico, bajo peso del bebé al nacer, una puntuación baja en el APGAR y nacimiento pretérmino; así como la ingesta o exposición a metales pesados en el neurodesarrollo, y el consumo de alcohol y/o tabaco en el embarazo (Ávila et al., 2019).

Algunas características neurobiológicas del TDAH son: problemas funcionales relacionados con la dopamina y la norepinefrina, menor volumen de estructuras cerebrales como el córtex frontal derecho, el cuerpo calloso y el núcleo caudado, además, de un funcionamiento más lento en los lóbulos frontales (Servera, 2012).

El tratamiento en el TDAH suele incluir terapia psicológica (la más aceptada es la cognitivo-conductual) y farmacológica (principalmente con metilfenidato) y cada vez son más comunes las intervenciones que incluyen a la escuela y la familia (Guerrero, 2020). Los TND son altamente comórbidos, alrededor de la mitad de los padres con hijos/as con TDAH expresan que sus hijos/as presentan trastornos del aprendizaje y una cuarta parte, trastornos de conducta (EPA US, 2013).

La Terapia de Interacción Padres-Hijos (TIPH) es un entrenamiento parental de manejo conductual para familias de niños/as entre 3 y 6 años de edad que presenten problemas de conducta. (Bodiford & Hembree-Kigin, 2010).

La TIPH consiste en que el terapeuta entrena a los padres en tiempo real durante la interacción con su hijo/a por medio de un espejo unidireccional comunicándose con por medio de un auricular. El entrenamiento sucede en dos fases: la interacción dirigida por el niño (IDN) y la interacción dirigida por el parent (IDP). En la primera, se enseñan habilidades parentales (Elogios, Parafraseos, Imitación, Descripción y Entusiasmo) y técnicas para prestar atención a los comportamientos positivos e ignorar los comportamientos negativos de los hijos/as que buscan atención. En la segunda fase, se enseñan estrategias para dar instrucciones claras, recompensar mediante elogios el cumplimiento y dar una consecuencia de forma consistente ante el incumplimiento. La TIPH requiere aproximadamente de doce sesiones semanales de una hora y se considera finalizada cuando hay una mejoría en la conducta del niño/a, y los padres dominan las habilidades de ambas fases.

La Terapia de Interacción entre Maestras/os y Niños/as (TIMN) se basa en los fundamentos de la TIPH, tiene los mismos principios, etapas, duración y objetivos, pero está dirigida a maestras/os que busquen mejorar la relación con sus alumnos/as y modificar sus conductas disruptivas.

La TIMN realiza algunas adecuaciones a la terapia original para ajustarse al contexto escolar. Por ejemplo, las sesiones de terapia se llevan a cabo dentro del salón de clases, donde realizan el entrenamiento: terapeuta, maestra/o y niño/a; y las habilidades aprendidas por la/el docente pueden generalizarse a sus demás alumnos/as.

2. Marco Teórico.

2.1 Trastornos del Neurodesarrollo

De acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico de Los Trastornos Mentales (DSM5) (2014) los Trastornos del Neurodesarrollo se definen como afecciones que inician en las primeras etapas del desarrollo y suelen manifestarse en la etapa de escuela primaria, se caracterizan por presentar un déficit en el desarrollo, lo que ocasiona dificultades para desenvolverse en el contexto social, personal, escolar y laboral.

El rango de los déficits que se presentan varía dependiendo del trastorno, se pueden presentar limitaciones muy específicas o déficits generales del desarrollo. Los Trastornos del Neurodesarrollo están comúnmente acompañados de otros trastornos, por ejemplo, los pacientes diagnosticados con Trastorno del Espectro Autista (TEA) pueden tener alguna Discapacidad Intelectual.

Son clasificados en:

- Discapacidad Intelectual.
- Trastorno de la comunicación.
- Trastorno del Espectro Autista (TEA).
- El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH).
- Trastornos motores del Neurodesarrollo. - Trastorno Específico del Aprendizaje.

López & Förster en 2022 mencionan que es complicado tener una cifra específica acerca de la prevalencia de los trastornos del neurodesarrollo debido a los cambios en los criterios diagnósticos, las evaluaciones y los diversos contextos sociales y culturales estudiados.

Los trastornos del neurodesarrollo son multicausales. Se asocian a la presencia de factores biológicos como, la exposición a agentes externos y/o nocivos en el periodo prenatal, como la nutrición, cuestiones hormonales, infecciones, estrés materno/estrés fetal, depresión materna, abuso de sustancias (alcohol, tabaco), exposición a fármacos y el entorno como la familia, el ambiente físico, psicosocial, cultural y factores genéticos.

En el caso de TEA que se estima que entre el 70% al 90% se debe a causas genéticas y ambientales, por ejemplo, la adaptación cerebral depende de las características ambientales que suele ocasionar un comportamiento patológico.

A lo largo de la vida, los síntomas suelen ser estables, pero se manifiestan de diferente manera dependiendo del trastorno, y suelen modificarse debido a la madurez o por mecanismos compensatorios, pero se mantienen uno o más rasgos en la adultez.

El siguiente trabajo de investigación está enfocado en dos Trastornos del Neurodesarrollo, el TDAH y el TEA.

2.2 Trastorno del Espectro Autista (TEA)

El DSM V (2014) define al TEA como “un trastorno caracterizado por un déficit en la habilidad para interactuar y mantener relaciones sociales y de comunicación debido a la presencia de patrones de comportamiento e intereses restrictivos, repetitivos e inflexibles”.

Alcantud y Alfonso (2022) mencionan que en el año 2013 se incluyó la llamada triada de Wing al DSM V como criterio diagnóstico, basándose en el término “trastorno del espectro autista” acuñado por Wing y Gould en 1979, en este criterio se sugiere la inclusión de grados en el cumplimiento del patrón típico de autismo, ya que existían pacientes que, sin ser definidos autistas, mostraban en mayor o menor grado lo establecido por la triada de Wing, que está conformada por los siguientes criterios: el comportamiento en la interacción social, la comunicación e imaginación y el patrón de conductas rígidas y repetitivas similares pero manifestadas de manera distinta. En el DSM V la triada de Wing está simplificada en dos dimensiones: una es las dificultades persistentes en la comunicación e interacción social y la otra los patrones repetitivos y restringidos de conductas e intereses.

Además, el término “autismo” ha sido utilizado a lo largo de la historia y señalan que el primer caso registrado fue el descrito por Jean Itard (1774 – 1838) que, sin utilizar el término “autismo”, narra el caso de Víctor “el niño salvaje”. Otro caso en el que se identificaron los signos y síntomas del ahora llamado “autismo” fue en el trabajo de Theodore Heller (1869 -1838), donde describe seis casos de niños que después de presentar desarrollo normal al cumplir 3 y 4 años de edad se identifica que comienzan a presentar un deterioro en ciertas áreas, hasta mantenerse en un “estado de demencia irreversible”. Hoy en día este trastorno se conoce como, “Síndrome de Heller” o “Psicosis desintegrativa”, y se caracteriza por un retraso en el lenguaje, problemas en la interacción social y alteración en las habilidades motrices, también aparece un fenómeno en el cual los niños presentan un desarrollo aparentemente normal hasta alguna edad donde olvidan lo que han aprendido y regresan a una etapa de inmadurez. Esto es prueba de que existen trastornos que se podrían considerar autismo, pero se caracterizan y se clasifican en otro tipo de trastornos.

El término “autismo” fue utilizado por primera vez por Eugen Bleuler (1857 – 1939) en su texto *“Dementian praecox oder Gruppe der Schizophrenen”* publicado en 1911. En este texto utiliza el término “esquizofrenia” para referirse a aquellos pacientes con esquizofrenia que permanecen aislados y son denominados autistas.

Otra precursora del término fue la psiquiatra infantil rusa Grunia Efmovna Sujareva (1891 – 1981), que en 1926 publicó un artículo en el cual describía seis casos de niños con síntomas psiquiátricos quienes tenían ciertos aspectos especiales en su constitución física y presentaban alteraciones motrices. En un inicio para referirse a su trastorno utilizaba el término “psicopatía esquizoide” posteriormente lo denominó “psicopatología autista”. Aunque se le atribuye el concepto moderno de “autismo” a

Leo Kanner (1896 – 1981) quien en 1943 publicó su artículo “*Autistic Disturbances of Affective Contact*” en donde describía los síntomas de once niños a los que definía como “ensimismados” con severos problemas sociales, de comportamiento y comunicación, menciona que la causa puede ser la carencia de afecto en la primera infancia, debido a que en la época de Kanner la teoría base en psiquiatría era el psicoanálisis, el cual establece que la conducta problema, o trauma, es consecuencia de impulsos reprimidos en el subconsciente.

Hans Asperger (1906 – 1980) publica en 1944 su trabajo titulado “*Die Autistischen Psychopathen im Kindesalter*”, donde describe la psicopatía autista basándose en el análisis de cuatro casos donde existían síntomas idénticos a los descritos por Kanner. Para Asperger la “psicopatía autista infantil” era una manera diferente de ver el mundo, por lo que tenía la teoría de que, a pesar de las dificultades generadas por los niños con “psicopatía autista infantil”, estos podían tener la capacidad de adaptación si se les proporcionaba una orientación psicopedagógica adecuada.

Anteriormente, debido a la prevalencia de las teorías psicoanalíticas, se consideraba al autismo como “un trastorno emocional producido por la falta de lazos afectivos entre el niño y la madre”, como plantea Bettelheim, citado por Alcantud y Alonso, en los años sesenta en su libro: “La fortaleza vacía”, donde menciona que la etiología del autismo es la falta de afecto en la relación madre hijo. Posteriormente algunos trabajos intentaron encontrar la explicación biológica del autismo, como los de Isabel Rapin (1927 – 2017), que en 1959 publicó su primer artículo donde afirmaba que muchos niños con autismo no desarrollan el lenguaje y se dedicó a estudiar las bases neurológicas que pudieran justificar este hecho.

En 1964 Bernard Rimland (1928 – 2006) publica su libro “El autismo infantil, el síndrome y sus implicaciones para una teoría neural de la conducta”. En este trabajo Rimland aseguraba que el autismo es un desorden del desarrollo neurobiológico. Gracias al trabajo de Rimland se inició una investigación para determinar la causa biológica del trastorno neurológico y también la búsqueda de un tratamiento médico para dicho trastorno. Como consecuencia se comprendió que el autismo no era un trastorno mental, sino un Trastorno del Neurodesarrollo.

Charles Bohris Ferster (1922-1981) fue el primero en intentar comprender a los niños autistas desde una perspectiva conductual. Para él “la conducta de los niños autistas era un “aprendizaje inadecuado” debido a la falta de reforzadores de estímulos sociales, como el elogio.

Mediante el paradigma conductista se buscó explicar la aparición del autismo e intervenir para conseguir cambios significativos en la conducta autista, como el trabajo de Ivar Lovaas (1932 – 2010), quien publicó una serie de artículos donde expuso una metodología que consiste en codificar las conductas observadas, sus antecedentes y justificar que se modifiquen y/o mantengan por medio del condicionamiento.

Eric Schopler (1927 – 2006) quien entre sus aportaciones demostró que el autismo es un trastorno del desarrollo, que los padres podrían ser colaboradores importantes en el tratamiento y educación de sus hijos con autismo y que el ambiente, el uso de códigos visuales y refuerzos positivo, entre otros, son medidas educativas eficaces en la educación de niños autistas.

Así mismo, comenzaron a surgir teorías cognitivas que explicaban el procesamiento de información y teorías que explicaban el desarrollo humano, por lo que se basaron en estas teorías para encontrar una explicación sobre el origen del trastorno autista, como el modelo propuesto por Premack y Woodruff (1978) titulado “la teoría de la mente”, el cual se refiere a la capacidad de atribuir estados mentales a otras personas o a uno mismo, y fue utilizada para explicar la problemática del autismo al observar que las personas autistas carecían de la habilidad para atribuir estados mentales a otras personas.

A finales de los años 50, la Asociación Americana de Psiquiatría intenta unificar el significado de las etiquetas y sistemas diagnósticos que existían del autismo. El DSM-I apareció en el año 1952, pero el autismo no fue incluido en esta versión, así que a los niños con las características descritas por Leo Kanner fueron diagnosticados con una “reacción esquizofrénica del tipo infantil”.

En el DSM II, publicado en 1968, aun no aparece el autismo como un diagnóstico específico, sino que sigue apareciendo como una característica de la esquizofrenia infantil. Diez años después Rutter, en 1978 describe cuatro criterios diagnósticos del autismo: problemas en el desarrollo social con características especiales, retraso en el desarrollo del lenguaje y la resistencia al cambio (mostrando patrones de juego estereotipado, preocupaciones e intereses atípicos). Además, menciona que los síntomas inician antes de la edad de 30 meses del bebé.

Fue en 1980, con la publicación del DSM III, cuando se incorporó al autismo como un diagnóstico específico que se denominó “autismo infantil”, para su diagnóstico el paciente debía de presentar seis criterios específicos, incluyendo los criterios que proponía Rutter. En 1987 se publica la revisión del DSM III y el término cambia de “autismo infantil” a “trastorno autista”, poco después se incluye el síndrome de Asperger para diferenciar a aquellos autistas con un nivel cognitivo medio y un buen nivel de lenguaje, de los que presentaban retraso mental.

Wing y Gould, en 1979, plantean que el autismo es un trastorno caracterizado por manifestarse en menor o mayor gravedad, y además puede ser asociado a otros trastornos de desarrollo. También mencionan que existen otros trastornos del desarrollo que presentan rasgos similares a los autistas, como el síndrome de Rett. Se convirtieron en los primeros autores en introducir el término “trastorno del espectro autista”. Además, Wing describe los síntomas que presentan los niños con TEA, lo que después se conocería como “la triada de Wing”.

En el año 1994 y 2000 se publican las clasificaciones del DSM IV, en esta versión se introducen cambios al concepto de autismo, por lo que se añaden cinco categorías para su diferenciación:

- Trastorno autista, autismo infantil o síndrome de Kanner. Manifestaciones en mayor o menor grado de la triada de Wing.
- Trastorno de Asperger o síndrome de Asperger. Incapacidad para establecer relaciones sociales adecuadas a su edad de desarrollo. Se diferencia del autismo en que se presenta un desarrollo lingüístico aparentemente normal y sin existencia de discapacidad intelectual.
- Trastorno de Rett o síndrome de Rett. Se trata de un trastorno de origen genético predominante en las niñas. Implica una regresión motora y de conducta antes de los 4 años, asociado a una discapacidad intelectual grave.
- Trastorno desintegrativo infantil o síndrome de Heller. Trastorno donde a partir de los dos años y antes de los diez se desencadena una pérdida de las habilidades adquiridas anteriormente en todas las áreas.
- Trastorno generalizado del desarrollo no especificado. Se agrupan los casos que no coinciden con los cuatro anteriores o se presentan de forma incompleta o inapropiada los síntomas de autismo.

2.2.1 Base Neurobiológica

Según Yáñez (2016) las personas diagnosticadas con TEA presentan un cambio peculiar en el funcionamiento y estructura del sistema nervioso, específicamente en el volumen del cerebro y el funcionamiento de las proteínas involucradas en la sinapsis y los circuitos cerebrales fundamentales en las funciones cognoscitivas y cerebrales.

Con los estudios de resonancia magnética e imágenes con tensor de difusión se puede observar una reducción en el volumen del cerebro de los niños con TEA al nacer, posteriormente ocurre un aceleramiento en el aumento del volumen hasta la edad de cinco años. También existe un decremento del volumen del cerebelo, la amígdala, los ganglios basales, los lóbulos frontales, temporales y parietales y el cuerpo calloso.

Otros estudios de imagen funcional demuestran que existe además una conectividad cerebral ineficaz, esto debido a que algunas áreas se encuentran sobre conectadas o infra conectadas afectando los circuitos cerebrales y la ejecución de ciertas actividades relacionadas a la cognición social, procesamiento emocional, lenguaje entre otras lo que sugiere que los niños(as) con TEA presentan una conexión cerebral única o atípica. A este fenómeno se le conoce como “alta – proporción ruido – información” que se refiere a que existe un sobre funcionamiento en áreas que no son esenciales y un infra funcionamiento en áreas consideradas fundamentales. (Yáñez, 2016)

De acuerdo con Milovanovic y Grujicic en 2021, estudios en niños con diagnóstico de TEA describen una sobreconectividad mediante un exceso de potencia en

electroencefalograma de la frecuencia Teta y Gamma y una disminución de potencia en la frecuencia Alfa. Además, investigaciones se han enfocado en la coherencia detectada por el electroencefalograma. La coherencia se refiere a la actividad coordinada que existe entre las áreas del cerebro.

Mencionan además que estudios de electroencefalograma (EEG) sobre la función del cerebro encontraron una sobreconectividad general y una subconectividad extensa entre diferentes áreas cerebrales. Estas sobreconexiones de interneuronas inhibidoras, o gabaérgicas, alteran la corteza prefrontal y temporal, regiones importantes para mantener el equilibrio inhibidor-excitatorio, en niños/as con diagnóstico de TEA. Se concluye que la diferencia en la transmisión gabaérgica tiene consecuencias en la organización neuronal y la conectividad de la corteza prefrontal (Milovanovic y Grujicic, 2021).

2.2.2 Etiología

De acuerdo a Alcantud y Alfonso (2022) el TEA podría estar relacionado con la interacción de varios factores como son:

Factores Genéticos: El 80% de la relación genética en población autista no es inusual ni patológica, es una variante genética encontrada en el genoma humano conocida como “polimorfismos de un solo nucleótido”, pero que no son comunes y se encuentran entre el 1- 15% de la población, y no son la causa principal del trastorno, también influyen factores nutricionales y ambientales, sin embargo, estudios epidemiológicos han demostrado que la genética influye directa o indirectamente en el desarrollo de TEA, por ejemplo, estudios realizados a familiares de niños con autismo sugieren que el riesgo de tener un segundo hijo autista es de entre 2 y 8% (Folstein y Shidley, 2001).

Epigenética: Waddington (1942) menciona que el término epigenética se refiere al estudio de la interacción entre genes y el ambiente, por lo que se cree que la estructura y la función neuronal se debe a mecanismos epigenéticos, que son primordiales para el desarrollo del sistema nervioso central, por lo que un cambio en este proceso puede causar una serie de trastornos del desarrollo neurológico, incluido el TEA.

Factores de Riesgo

De acuerdo al DSM V existen diversos factores de riesgo ambientales como la edad avanzada de los padres, tener un bajo peso al nacer, y la exposición al valproato. También la genética de los padres presentando un riesgo de heredabilidad de entre el 37% y 90%, siendo el 15% de los casos de TEA asociados a una mutación de genes específicos relacionados al Trastorno en las diferentes familias.

2.2.3 Prevalencia

Según la OMS (2022) uno de cada 100 niños tiene autismo. Dicha estimación representa una cifra media pues la prevalencia varía considerablemente respecto a otros estudios, en cada país.

Alcalá & Ochoa en 2022 afirman que el TEA es un trastorno con alta prevalencia, sin embargo, es difícil establecer datos específicos al respecto, por ejemplo, en México no hay cifras claras sobre la prevalencia del autismo en el país, y los que existen no son fiables, ya que el INEGI contabiliza a un total de 5,000 niños, sin embargo, mundialmente se estima que uno de cada 160 niños es diagnosticado con un cierto grado de autismo.

Por otro lado, menciona también que en Estados Unidos el Centro de Control y Prevención de Enfermedades registra al menos un caso de autismo por cada 68 nacimientos, estimando una incidencia anual del 17%.

Se concluye que ha sido difícil establecer un consenso en cuanto a la prevalencia del TEA.

2.2.4 Diagnóstico

Para elaborar un diagnóstico Baron-Cohen en 2008 menciona que existen dos rasgos fundamentales: uno es presentar problemas para la comunicación social, y otro es mostrar intereses obsesivos o conducta repetitiva. Posteriormente estos rasgos se clasifican en diferentes tipos de conducta, que son:

- Dificultades en la relación social: Falta de interés por los demás, no ser constante en el contacto visual, falta de reciprocidad, preferencia por la soledad, dificultades para mostrar empatía o prever como se sentirá alguien o que podría pensar, dificultades para saber cómo reaccionar ante la actitud de los demás, dificultad para interpretar expresiones emocionales del rostro, voz o postura de los demás, dificultad para aceptar que no hay una única perspectiva correcta.
- Anomalías en la comunicación: lenguaje repetitivo, neologismos utilizan palabras propias que los distinguen de los demás en vez de términos convencionales, no entienden lo que se les dice, retraso en la adquisición de habilidades lingüísticas, utilizan el lenguaje de forma inapropiada en contextos sociales.
- Conductas repetitivas e intereses obsesivos: Aletear con las manos, girar sobre sí mismo, establecer límites, interés por los objetos giratorios, mostrar conductas muy repetitivas, reaccionar con rabietas ante cualquier cambio, inteligencia o habilidades particulares, tener una memoria poco común, necesidad de que las cosas se repitan de forma similar.
- Otros rasgos que no encajan en las categorías anteriores: dificultad para el aprendizaje de ciertos campos y tener un coeficiente intelectual por debajo de la

media, poseer un alto riesgo de presentar epilepsia, autolesionarse e hipersensibilidad a los sonidos, texturas, sabores, olores y temperatura.

También menciona que el diagnóstico de autismo puede darse antes de los 18 meses, mediante la aplicación de pruebas como la Entrevista clínica para el diagnóstico del autismo y la Escala de observación diagnóstica del autismo.

Lonnie, et Al. (2015) señalan aspectos sobre el pronto diagnóstico de TEA entre los 12 y los 18 meses de edad considerando ciertos factores, como la variedad de sintomatología asociada al TEA y su diversidad en los perfiles de diagnóstico.

Comúnmente se afirma que un diagnóstico claro se obtenga entre los 3 o 4 años de etapa preescolar, sin embargo, se pueden identificar síntomas característicos como comportamientos repetitivos y ausencia de comunicación social a partir de los 12 meses de edad. No atender su nombre y no mostrar interés por ciertos estímulos visuales significativos.

2.2.5 Tratamiento

La Guía de Referencia Rápida del Diagnóstico y Manejo de los Trastornos del Espectro Autista del IMSS menciona que los métodos de intervención están enfocados en trabajar con la comunicación, la interacción social y la conducta mediante la psicoterapia.

Algunos de los tratamientos psicoterapéuticos son:

- El análisis de comportamiento aplicado: Hace énfasis en la evaluación funcional y en la construcción de habilidades, incrementa los repertorios sociales y disminuye las conductas desafiantes, desarrolla habilidades como reforzadores.
- Proyecto de joven autismo: Es un tratamiento intensivo empleado en la escuela, en el hogar y en la comunidad, con el objetivo de mejorar el comportamiento deseable y reducir las conductas problema.
- Capacitación en la respuesta fundamental: Se basa en el análisis de comportamiento aplicado y busca tratar el lenguaje y los déficits sociales, mejorar áreas específicas del funcionamiento, mejorar la independencia y la autoeducación.
- Método de enseñanza: Se enfoca en la enseñanza de nuevos comportamientos centrándose en habilidades específicas, se centra en la tolerancia, el compromiso, la aceptación y la mejora personal.

El tratamiento farmacológico se enfoca en disminuir las conductas disruptivas y estereotipadas utilizando fármacos antipsicóticos como la Risperidona y la Fluoxetina para el manejo de conductas estereotipadas.

Eyberg et al. en 2008 mencionan que los tratamientos psicosociales son importantes para intervenir con niños(as) con TEA, por lo que la PCIT/TCIT aborda ciertos componentes necesarios para trabajar con ellos(as) y sus familias que son: el

enfoque conductual, mejorar la relación padre/maestro – niño y que los padres participan como terapeutas y soporte emocional de sus hijos, ya que son colaboradores activos. Además de que se interviene sobre las necesidades particulares de la familia y el niño (a).

2.3 Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)

El DSM V define al TDAH como un trastorno del neurodesarrollo, caracterizado por mostrar ciertos niveles de inatención, desorganización y/o hiperactividad/impulsividad. A menudo persiste hasta la edad adulta ocasionando dificultades en el ámbito social, académico y laboral.

García de Vinuesa (2017), afirma que el primer escrito conocido donde se menciona al TDAH fue en una obra del escocés Alexander Crichton, publicada en el año 1798. En dicha obra titulada “Una investigación sobre la naturaleza y el origen de la enajenación mental”, Crichton describía los síntomas del TDAH y se refería a ellos como “mental restlessness” o “inquietud mental” haciendo énfasis en la dificultad de los niños para poder mantener la atención. La obra se divide en tres libros: el primero describe las causas físicas del trastorno; el segundo menciona la historia de la adquisición de las facultades mentales y describe las enfermedades que las afectan; el tercer libro habla sobre las preferencias que poseen y sus efectos. Es en el segundo libro donde se encuentra un capítulo titulado: “On attention and its diseases”. En el capítulo se redacta lo siguiente: “Cuando cualquier objeto externo, o del pensamiento, ocupa la mente en tal grado que la persona no recibe una percepción clara de ninguna otra cosa,

que la persona está atendiendo a ello”. Es ahí donde Crichton comienza por definir qué es la atención y que también está condicionada por varios cambios de la vida cotidiana que son consecuencias del trastorno, como el cansancio, el empacho tras una comida pesada, o la debilidad.

En 1845 el médico psiquiatra, escritor e ilustrador de cuentos alemán Heinrich Hoffmann, publica la obra “Der Struwwelpeter” o “Pedro melenas”, una recopilación de diez cuentos sobre diferentes problemas y patologías en la infancia. Uno de estos relatos se titula “Felipe el nervioso”, en él se describen los problemas de atención e hiperactividad que mostraba un niño llamado Felipe.

En 1902 George Still, médico inglés, publica un artículo en la revista científica “Lancet” donde describía a un grupo de niños que presentaban una serie de síntomas muy parecidos a lo que hoy se conoce como TDAH, convirtiéndose así en la primera descripción científica publicada sobre este trastorno.

Con base en López, Martín y Cols. (2016) en 1968 el TDAH se incluye en el DSM II de la Asociación Americana de Pediatría con el término “Reacción Hipercinética de la Infancia”, donde se definía al TDAH como un trastorno benigno que se caracteriza por estar en constante actividad, inquietud, distraerse constantemente y tener poca

capacidad de atención, comúnmente presente en niños pequeños que disminuye en la etapa adolescente.

Tomando como referencia las investigaciones sobre la motivación humana de Virginia Douglas en 1972 se cambió la denominación del TDAH en el DSM III en 1980 y se nombró “Trastorno de déficit de atención con o sin hiperactividad”, pero 7 años después el Trastorno de déficit de atención sin hiperactividad es ignorado.

En 1992 el TDAH es reconocido como un caso clínico y es incluido por la OMS en la “Clasificación Internacional de Enfermedades”, clasificándolo en el grupo de trastornos del comportamiento y de las emociones que comienza en la Infancia y Adolescencia y ubicándose en el subgrupo de Trastornos Hipercinéticos, estos se caracterizan por manifestarse en edades tempranas y donde el comportamiento en muy pocas ocasiones cambia, se presenta una falta de atención y persistencia para realizar actividades con tendencia a cambiar de una a otra de manera desorganizada y sin terminar de realizar la actividad.

En la edición IV del DSM publicada en el año 2000 el trastorno se denomina TDAH dividiéndose en tres subtipos: predominantemente inatento, predominantemente hiperactivo – impulsivo y combinado, Por lo que se incluye en los trastornos de infancia y adolescencia, específicamente en el grupo de Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador.

De acuerdo al manual DSM el TDAH se compone de una triada de criterios diagnósticos que son: Hiperactividad, impulsividad y dificultad para sostener la atención. Estos síntomas se manifiestan de manera diferente para cada persona con diferente nivel de intensidad.

En la versión actualizada del DSM, el DSM V, publicada en 2013 se realizan modificaciones respecto al TDAH donde se le clasifica como trastorno del neurodesarrollo que se manifiesta también en la edad adulta y que se puede detectar antes de los 12 años, la presencia de varios síntomas en diferentes situaciones y la clasificación del TDAH en los siguientes subtipos: combinado, con predominio del déficit de atención y con predominio hiperactivo – impulsivo.

2.3.1 Base Neurobiológica

De acuerdo a Servera (2012) los niños(as) con TDAH pueden presentar problemas funcionales relacionados con la dopamina y la noradrenalina y problemas con la estructura cerebral. Se menciona que el tamaño del cerebro de los niños(as) con TDAH es un 3.2% menor al de los niños(as) no diagnosticados, específicamente es menor el córtex frontal derecho, el cuerpo calloso y el núcleo caudado.

Debido a diversas investigaciones de PET (Tomografía Cerebral) se ha observado que las personas diagnosticadas con TDAH tienen un funcionamiento más lento en los lóbulos frontales y debido a la influencia de diferentes factores internos y externos, por ejemplo el seguimiento de tratamiento conductual y/o farmacológico, pueden no tener un funcionamiento estable y con variaciones de tiempo. Sin

embargo, nuestras funciones del lóbulo frontal aumentan sus requerimientos de glucosa, oxígeno y otros metabolitos cuando alguna actividad que realizamos nos parece interesante, por eso para los niños con TDAH es más fácil concentrarse cuando están en la computadora, jugando videojuegos o viendo televisión.

En cuanto a los estudios de electroencefalograma del TDAH Barry, Clarke y Johnstone mencionan en 2002 que la mayoría de los pacientes diagnosticados con TDAH muestran una actividad cerebral representada en ondas lentas en comparación con niños sin un diagnóstico. También se ha encontrado un aumento en la banda Theta, específicamente en la región frontal del cerebro, y en las regiones posteriores cerebrales se ha registrado una disminución en la banda Beta, en las regiones posteriores. Mediante estudios sobre el desarrollo cerebral se ha detectado que en el TDAH hay un retraso madurativo del cerebro.

Para especificar los conceptos electroencefalográficos según Martínez y Trout (2006) las bandas Theta y Beta son algunas de las bandas en las que las ondas se clasifican de acuerdo a su frecuencia, es decir, el número de veces que una onda se repite por segundo. Cuando las ondas presentan una actividad distinta a la establecida es considerada anormal y estas se registran en pacientes que presentan algún trastorno cerebral. Se ven representadas en puntadas, ondas agudas o ondas lentas.

2.3.2 Etiología

Ávila et Al. (2019) mencionan que el TDAH es un padecimiento que se debe a diversos factores prenatales, biológicos, ambientales, sociales y a las experiencias vividas en la niñez. El TDAH tiene una heredabilidad estimada del 76% por lo que los padres diagnosticados con TDAH tienen más del 50% de probabilidad de tener un hijo con TDAH.

Los factores de riesgo pre y perinatales asociados son: la edad temprana de la madre en el embarazo y la edad avanzada del padre, sufrir durante el embarazo de hipertensión arterial, edemas y/o aumento excesivo de peso, presentar infección de vías urinarias, amenazas de parto pretérmino, inducción del parto, que el cordón umbilical se posicione delante de la cabeza del bebé al nacer, bajo peso del bebé al nacer y una puntuación baja en la prueba que evalúa la salud del bebé APGAR a los cinco minutos. En un nacimiento pretérmino las anomalías presentadas en el desarrollo del cerebro ocasionan un incremento en el riesgo de padecer TDAH.

Finalmente señala que el 40% de las causas de TDAH se atribuyen a factores ambientales, como los efectos que ocasiona la ingesta o exposición a metales pesados en el neurodesarrollo, la concentración de arsénico y manganeso está relacionado con la presencia de un coeficiente intelectual bajo y la exposición prenatal al manganeso aumenta el riesgo de padecer TDAH. El consumo de alcohol y tabaco en el embarazo está catalogado como factor de riesgo, se ha sugerido que los niños expuestos al tabaco durante el periodo prenatal presentan un fenotipo más grave del trastorno, entre otras causas.

Con base en Bodiford CH & Hembree-Kigin T (2010) los lóbulos frontales influyen en la atención, porque tienen como funcionamiento centrarnos en lo que queremos prestar atención, nos permiten controlar nuestros impulsos, por lo que nos tomamos un momento para pensar antes de actuar algo o decirlo. La siguiente función es que los lóbulos frontales controlan nuestros niveles de actividad, por lo que tienen una función inhibitoria que nos permite no reaccionar ante estímulos externos quedarnos quietos mientras hablamos o realizamos otra actividad, y la última función de los lóbulos frontales es la planificación y la organización lo que nos permite clasificar nuestros proyectos para darles seguimiento y considerar cuánto tiempo nos tomaría realizarlos y completarlos.

Los niños con TDAH a menudo tienen problemas para ejecutar estas actividades porque priorizan todos y cada uno de los estímulos exteriores que reciben y todos tienen la misma posibilidad de captar su atención por lo que suelen distraerse con facilidad, tampoco suelen considerar las consecuencias antes de actuar o decir algo y pareciera que no aprenden de los errores. Otra conducta que tienen los niños(as) con TDAH es que se les dificulta permanecer quietos en sus asientos sin mover las manos o los pies frecuentemente, también suelen ser desorganizados con su cuarto o materiales de la escuela, pareciera que son perezosos para recoger objetos y mantener un orden, de igual manera tienen una percepción distinta acerca del tiempo, por lo que pueden confundirse acerca de un tiempo límite para realizar una actividad y pensar que tienen bastante tiempo debido a que priorizan diferentes distractores que pueden surgir.

A lo largo de nuestra rutina diaria nosotros buscamos y realizamos actividades que son estimulantes y aumentan nuestra excitabilidad cerebral, sin embargo, los niños con TDAH constantemente buscan esta excitabilidad y les es difícil mantener su atención en una sola actividad.

2.3.3 Prevalencia

De acuerdo al DSM V los resultados de las encuestas de población mencionan que el TDAH ocurre en la mayoría de las culturas en aproximadamente el 5 % de los niños y el 2,5 % de los adultos.

Según la OMS (2022) se estima que la prevalencia del TDAH en niños/as es de alrededor de 4-5%.

En 2005 la Encuesta de Salud Mental de Adolescentes en México señaló que existe una prevalencia del TDAH de 2.4% en la población de 12 a 17 años. En el año 2019 el 22.8% de las personas que fueron atendidas en el Hospital Psiquiátrico Infantil de la Ciudad de México “Dr. Juan N Navarro” recibió el diagnóstico de TDAH. El TDAH predomina en varones.

Se estima que alrededor del 65% de los pacientes diagnosticados seguirá cumpliendo con todos los criterios establecidos del TDAH hasta la etapa adulta, por lo que la prevalencia en la población adulta es del 2 al 5%.

2.3.4 Diagnóstico

Para diagnosticar la posible presencia de TDAH el DSM V menciona que se debe identificar lo siguiente:

En el área de atención, se debe considerar que se han mantenido seis o más de los siguientes síntomas por un periodo de seis meses en un nivel que no es común en el desarrollo y que afecta las actividades sociales y académicas o laborales:

Con frecuencia:

- falla en prestar la debida atención a detalles o por descuido comete errores al realizar las tareas escolares, del trabajo o durante otras actividades.
- tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas.
- parece no escuchar cuando se le habla directamente.
- no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales.
- tiene dificultad para organizar tareas o actividades.
- evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en realizar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido.
- pierde cosas utilizadas para tareas o ciertas actividades.
- los estímulos externos lo distraen con facilidad.
- olvida las actividades cotidianas.

De igual manera se presentan seis o más de los siguientes síntomas de hiperactividad o impulsividad en un período de seis meses:

Con frecuencia:

- juegotea o golpea con las manos o los pies y se retuerce mientras se encuentra sentado.
- se levanta en situaciones donde se requiere que permanezca sentado.
- corretea o trepa durante situaciones no apropiadas.
- es incapaz de jugar o de permanecer tranquilo en actividades recreativas.
- actúa como si “lo impulsara un motor”.
- habla excesivamente.
- responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta.
- le es difícil esperar su turno.

- interrumpe o se inmiscuye con otros.
- Algunos síntomas de inatención o hiperactivo – impulsivo estaban presentes antes de los 12 años.
- Varios síntomas de inatención o hiperactivo – impulsivo están presentes en dos o más ámbitos familiares, escolares o laborales.
- Los síntomas interfieren con el funcionamiento social, académico o laboral.

2.3.5 Tratamiento

Guerrero en el 2020 menciona que el tratamiento más comúnmente utilizado es el cognitivo – conductual, cuyo objetivo es modificar la conducta evitando el castigo y fomentando el uso de refuerzos positivos, por lo que los tratamientos conductuales son los más efectivos.

También se requiere en algunos casos llevar simultáneamente tratamiento farmacológico con fármacos estimulantes, como el metilfenidato y la lisdexanfetamina.

2.4 Terapia de Interacción Padre-Hijo.

La descripción que se hace a continuación es con base en el manual de la TIPH descrito por Bodiford y Hembree-Kigin en 2010. La TIPH es una terapia de entrenamiento conductual elaborada en 1974 por la Dra. Sheila Eyberg, se enfoca en tratar las conductas disruptivas en familias con niños/as pequeños/as que presenten problemas de conducta que tengan edades de entre 3 y 6 años de edad.

La TIPH implica trabajar en conjunto con ambos padres y su hijo/a. El terapeuta entrena a los padres en tiempo real durante la interacción con su hijo/a a través de un espejo unidireccional, comunicándose con el parent por medio de un auricular. Los padres son entrenados en dos fases: “la interacción dirigida por el niño” (IDN) y “la interacción dirigida por el parent” (IDP)

2.4.1 Fundamentación Teórica de la PCIT.

La TIPH se basa en la teoría operante, la psicoterapia tradicional del niño y el desarrollo temprano del niño. La base teórica de la TIPH es la de los trabajos de Diana Baumrind (1966, 1967) acerca de los estilos de crianza donde, según Eyberg, hace énfasis en la satisfacción de las necesidades del niño(a) y el establecimiento de límites por parte de los padres.

Según Baumrind para lograr esto se deben de utilizar estilos de crianza que ayuden a mejorar las interacciones entre padres e hijos(as), como se menciona en la teoría del apego y del aprendizaje social, haciendo énfasis en una crianza donde se muestre una mayor sensibilidad hacia los comportamientos del niño(a) y se priorice las necesidades de los niños pequeños para la crianza y el establecimiento de límites, a lo que se denomina como paternidad autorizada.

La teoría del apego afirma que la sensibilidad y la crianza receptiva hace que el niño/a aprenda que será atendido cuando sea necesario, por lo que los niños/as pequeños/as desarrollan seguridad en la interacción durante sus relaciones y regulan sus emociones y conductas debido a que sus padres muestran sensibilidad, calidez y respuestas ante sus conductas.

La teoría del aprendizaje social, específicamente la teoría de la coerción de Patterson de 1982, que menciona que el reforzamiento de la conducta disruptiva del niño(a) depende del comportamiento de los padres, por ejemplo, otorgar atención a lo que se conoce como una “conducta negativa”, permitiendo que el niño(a) incumpla con las demandas de los padres.

También la Dra. Eyberg estuvo influenciada por el trabajo de la Dra. Constance Hanf el cual consistía en un modelo de condicionamiento operante compuesto por dos etapas con el objetivo de modificar el comportamiento disruptivo de los niños y se trabajaba en conjunto con padres e hijos para entrenar las habilidades de crianza.

En la primera etapa se enseñaba a las madres técnicas que consistían en prestar atención a los comportamientos positivos de sus hijos e ignorar los comportamientos negativos.

En la segunda etapa se les enseñaba a los padres a dar instrucciones claras, recompensar mediante elogios el cumplimiento de las instrucciones y si había incumplimiento se proporcionaba como consecuencia “el tiempo fuera”.

Eyberg también menciona la importancia de incluir la terapia de juego tradicional como un método para desarrollar una relación cálida y segura entre padres e hijos. Mientras a los padres se les enseñan habilidades de atención selectiva y de seguimiento durante el liderazgo del niño en el juego, ejecutan habilidades de imitación, descripción, verbalización etc.

Por lo anterior la TIPH se lleva a cabo en situaciones de juego didáctico por que mediante el juego los niños desarrollan habilidades para la resolución de problemas.

Las características principales de la TIPH son:

- Se trabaja con el padre e hijo de forma simultánea ya que en etapa preescolar los padres pueden influir de manera positiva o negativa en el desarrollo conductual y emocional de sus hijos. Algunos problemas conductuales se generan con base en la primera interacción que tienen los hijos con sus padres ya que ellos representan el centro del mundo del niño/a porque brindan atención, sustento, seguridad y oportunidades de aprendizaje.
- Se entrena directamente las interacciones entre padres e hijos, por lo que el terapeuta puede ayudar a los padres en su proceso de aprendizaje de las habilidades y corregir a los padres durante la terapia, aplicar y modificar el método de entrenamiento directo dependiendo de las necesidades de la familia.
- Con base en los datos individuales de la familia se dará seguimiento al tratamiento. Las interacciones entre padres e hijo/a se codifican en cada

sesión para registrar el progreso de la familia en el dominio de las habilidades y determinará donde el terapeuta debe centrar el entrenamiento para mejorar ciertas habilidades. Aunque la TIPH es una intervención a corto plazo no existe un tiempo límite ya que el número de sesiones puede variar dependiendo del progreso y necesidades de la familia.

- La TIPH se caracteriza por ser una intervención temprana, por lo que tiene la ventaja de que en ocasiones los comportamientos que el niño/a manifiesta en etapa preescolar se encuentran en los límites normales, pero también se pueden convertir en problemas graves de conducta que afectan su adaptación a la escuela y al medio, por lo que una intervención en etapa temprana de preescolar es fundamental.

Los problemas que no son tratados tienden a empeorar con el transcurso de los años interfiriendo en el desarrollo social y/o académico del niño/a, debido a esto se considera que la terapia en los años preescolares es más eficaz porque las conductas de los niños/as pequeños/as están menos arraigadas, la influencia de los padres es mayor al no tener muchas influencias externas, como los compañeros de escuela y tienen menos conductas desafiantes y recursos cognitivos para cuestionar.

- La TIPH como intervención temprana se enfoca en una variedad de problemas de comportamiento. Es apropiado para niños/as pequeños/as que muestran problemas como incumplimiento, actitud desafiante, agresión verbal y física, trastornos de conducta como robar, mentir y crueldad hacia los animales, falta de atención e hiperactividad, sentimientos de tristeza, baja autoestima y actitudes de perfeccionismo y problemas en la relación padrehijo/a.
- Se lleva a cabo en un espacio con equipamiento específico de trabajo. Este incluye una habitación equipada comúnmente con un espejo unidireccional donde el terapeuta entrena a los padres a partir de la observación mientras la familia interactúa usando unos audífonos.

La habitación será equipada como una sala de juegos que no sea peligrosa para el niño/a, por ejemplo, que no tenga muebles que puedan volcarse, únicamente estar amueblada con una mesa y tres sillas. No debe incluir juguetes que no son apropiados para la terapia, como armas de juguete o pelotas, solo juguetes creativos y de construcción.

Tener un sistema de audio y video que le permita al terapeuta escuchar y grabar las sesiones de terapia desde la habitación continua.

- La TIPH se enfoca en los patrones de interacción por lo que se trabaja no solo con un comportamiento disruptivo, sino con más de 20 comportamientos registrados de manera simultánea, es decir, se enfoca de manera más amplia en dos patrones de comportamiento problema: buscar atención negativa e incumplimiento. Con estos el niño/a busca obtener atención y estimulación y evitar las demandas de los padres, por lo que el objetivo de la TIPH es reducirlos.

- Los terapeutas de la TIPH deben utilizar las mismas habilidades y patrones de comportamiento que se les enseñan a los padres para usar con sus hijos como: utilizar elogios etiquetados, evitar juzgar y culpar a los padres y darles una retroalimentación positiva diciéndoles “que hacer” en lugar de “que no hacer”.

2.4.2 Estructura de la TIPH

La terapia TIPH requiere aproximadamente de doce sesiones semanales de una hora y se considera finalizada cuando hay una mejoría en la conducta del niño(a), y los padres alcanzan la “maestría”, es decir, dominan las habilidades IDN y IDP.

La primera de las dos etapas, denominada IDN, tiene por objetivo que los padres desarrollen habilidades parentales, específicamente: Elogiar, Parafrasear, Imitar, Describir las acciones del niño(a) y el Entusiasmo, las cuales serán aplicadas durante el momento del juego. Para describirlas se utilizan las siglas EPIDE (PRIDE por sus siglas en inglés) para que a los padres le sea más fácil recordar el conjunto de habilidades que deben de aprender y ejecutar.

En la segunda etapa, denominada IDP, el objetivo es que los padres aprendan habilidades que les permitan mejorar el comportamiento de los niños(as) y disminuir las conductas disruptivas, mediante el uso correcto de instrucciones efectivas y el establecimiento del “tiempo fuera” como una consecuencia ante el incumplimiento de comandos.

La TIPH se basa además en la terapia de juego, ya que el juego aporta dos beneficios: ayuda a los niños(as) a desarrollar habilidades para la resolución de problemas y segundo permite trabajar sobre la presencia de problemas de conducta.

2.4.2.1 Batería de pruebas

- Entrevista semiestructurada

Para comenzar con la terapia se aplica una evaluación inicial, utilizando como instrumento la entrevista semiestructurada, con la que se reunirá información sobre la historia familiar y los problemas de conducta que presenta el niño(a) mediante los datos aportados por ambos padres. El formato que se utiliza para una entrevista semiestructurada completa es el de Barkley, el cual incluye elementos que son: Historia prenatal y posnatal, temperamento infantil, desarrollo, historial médico (accidentes, hospitalizaciones, alergias, lesiones, cirugías), antecedentes familiares (genética), presencia de insomnio, problemas de alimentación, control de esfínteres, experiencias escolares y sociales, relación con compañeros(as) y amigos(as), tratamiento previo de salud mental, interacción con hermanos, historia marital, preocupaciones principales en el hogar, estrategias disciplinarias utilizadas, fortalezas, debilidades o pasatiempos del niño(a).

Para la entrevista inicial se solicita únicamente la presencia de los padres, mientras el niño(a) se encuentra a cargo de un tercer cuidador. Posteriormente para la sesión

de evaluación asistirá el niño(a) en compañía de los padres, lo que permitirá reunir y codificar los datos necesarios que serán de ayuda para futuras sesiones.

- Inventario de Comportamiento Infantil de Eyberg, (ICIE o ECBI por sus siglas en inglés para *Eyberg Child Behavior Inventory*)

Es un sistema de medición breve el cual mide la intensidad y el número de los problemas de comportamiento en niños/as de entre 2 y 16 años y si se encuentran en un rango clínico o si se encuentran dentro de los límites normales. En la prueba se enlistan 36 comportamientos problemáticos y la calificación asignada por el padre mostrará cuál de ellos es considerado como un problema. Para la puntuación de intensidad se registra un puntaje de 131 (o más) y un puntaje de 15 para la puntuación del número de conducta problemáticas.

Se utiliza como un registro para evaluar los cambios en la intensidad de las conductas en a lo largo del tratamiento.

- Inventario de Comportamiento Estudiantil de Sutter Eyberg Revisado (ICESE-R o SESBI-R por sus siglas en inglés para *Sutter Eyberg Student Behavior Inventory Revised*)

Es un formato similar al ICIE, sin embargo, se diferencia en que los elementos que enlistan están relacionados con comportamientos problema dentro del aula. Dirigido a niños(as) pequeños(as), en edad preescolar o que asisten a los primeros años de escuela primaria, este será completado por el maestro(a) y le permitirá al terapeuta conocer cómo es el comportamiento del niño(a) dentro del salón, y así identificar cuáles son las conductas que el docente considera como “problema”. El puntaje se mide sumando con un total de 151 en cuanto a la intensidad de las conductas consideradas problema. Un puntaje superior a 19 en una conducta se considera como que se encuentra en un “rango clínico”.

- Sistema de Codificación de Interacción Padre – Hijo(a) Tercera edición (SCIPH - III o DPICS – III, por sus siglas en inglés para *Dyadic Parent-Child Interaction Coding System*).

Es un sistema de codificación que permite registrar la observación de la interacción padre-hijo/a durante la terapia y registrar la cantidad y calidad de habilidades que el parent utiliza. Se recomienda grabar las sesiones de terapia de interacción padrehijo(a), con el consentimiento de los padres y asentimiento del niño/a porque le permite al terapeuta recopilar información faltante durante la observación directa. Se aplica un SCIPH-III por cada sesión.

En la sesión inicial se observa al parent/madre y al hijo/a interactuando en 3 momentos diferentes con un tiempo estimado de 5 minutos cada uno:

- IDN en donde al niño/a se le permite dirigir el juego y jugar con lo que él quiera teniendo la total atención del parent, quien dará seguimiento del juego.
- IDP donde el parent elige la actividad y ahora es turno del niño/a seguir el juego.

- El momento de limpieza donde el niño/a guarda todos los juguetes utilizados en el momento de juego.

En estas fases el terapeuta da seguimiento de las habilidades, verbalizaciones y comportamientos utilizados por los padres cuantificándolos en una hoja de codificación la cual se divide en 9 categorías de comportamiento observado, que son elogio etiquetado, parafrasear, describir, habla neutral, elogio no etiquetado, instrucciones directas e indirectas, uso de preguntas y sarcasmo registrando si el niño/a cumple o no cumple.

Dependiendo de la situación de la familia se añaden otros instrumentos a la batería de pruebas, por ejemplo, evaluar ciertas áreas específicas en caso de diagnósticos como TEA o TDAH, o si los padres presentan problemas de salud mental o conflictos familiares, maritales o económicos.

El momento de la evaluación es fundamental porque el tratamiento girará en torno a las necesidades requeridas por la familia, además de que permitirá conocer los factores que enriquecerán o limitarán el seguimiento de la terapia y al ser el primer contacto con los pacientes se buscará establecer un buen rapport y motivarlos a dar seguimiento al tratamiento:

Una buena relación entre la terapeuta y los padres debe basarse en la comprensión de las necesidades con las que llegan al espacio de terapia: Para ser escuchados y contar acerca de su historia, por lo que el terapeuta deberá comprender los problemas de la familia.

- De sentirse validados acerca de su decisión de buscar ayuda.
- De ser apoyados, mencionando que no son la única familia que ha buscado apoyo y proporcionando comentarios de aliento y elogios ante acciones correctas que estén haciendo en su proceso de crianza lo que mejora la relación con el paciente y la autoestima de los padres.
- De escuchar cosas positivas sobre sus hijos y reconocer sus fortalezas y cualidades.
- De ser orientados acerca del porque su hijo/a se porta mal y permitirles hacer todas las preguntas que necesitan acerca de sus dudas, comprendido así la etiología y tratamiento recomendado para los problemas de conducta del niño/a.
- De sentirse animados y con esperanza.

Para que el terapeuta pueda evaluar la efectividad del primer encuentro para dar inicio con la TIPH, sin perder el objetivo principal de involucrar a los padres y motivarlos a continuar con la terapia puede utilizar preguntas guía como:

- ¿Elogié a los padres, señalando las formas en que están criando bien?
- ¿Hice comentarios positivos sobre el niño a los padres?
- ¿Parafraseé las preocupaciones de los padres?
- ¿Orienté a los padres sobre los problemas de comportamiento de sus hijos?
- ¿Inculqué expectativas positivas de que el tratamiento funcionará?

- ¿Les comenté a los padres sobre mi experiencia y conocimientos?
- ¿Mencioné a los padres que los problemas de conducta que mencionaron son significativos y necesitan intervención?
- ¿Ayudé a los padres a comprender que no están solos y que otros padres también, luchan con estos problemas?
- ¿Realicé todos los procedimientos de evaluación y brindé a los padres comentarios sobre los resultados?
- ¿Reduje la culpa de los padres al explicar TIPH como un programa que enseña la crianza de los hijos?
- ¿Expliqué la estructura del TIPH?

Finalmente se comparten los resultados de la evaluación inicial con los padres y para formalizar el comienzo del tratamiento se les presenta un documento donde se redactan las políticas de asistencia que incluyen los días de las citas, la puntualidad y el procedimiento adecuado en caso de cancelar una sesión.

Posteriormente se asigna la primera tarea a los padres antes de cada sesión que consiste en que encuentren un espacio para jugar 5 minutos diarios con su hijo/a, que se llamará “5 minutos de juego especial”, esta práctica diaria en casa será registrada en una hoja que será proporcionada por la terapeuta.

Es importante que cuando el niño(a) acompañe a sus padres a la sesión de evaluación , el terapeuta establezca un buen rapport con el niño(a), utilizando las habilidades EPIDE.

2.4.2.2 Interacción Dirigida por el Niño (IDN o CDI por sus siglas en inglés para *Child Directed Interaction*)

La interacción dirigida por el niño(a) es la primera fase del tratamiento, la cual consiste en que el liderazgo del juego recae en el niño(a) y tiene como objetivo reforzar o lograr establecer un vínculo de amor y confianza entre el parent y el hijo(a). Mediante las habilidades EPIDE se mejora la autoestima del niño(a) y la relación parent-hijo(a).

2.4.2.2.1 Enseñar IDN

Para comenzar con el IDN se solicita a los padres que asistan a una sesión de Enseñar IDN, en esta el terapeuta preparará una presentación donde explicará las habilidades básicas a ejecutar y las conductas a evitar en esta fase. Se recomienda que las sesiones de enseñanza sean interactivas y dinámicas, que permitan a los padres comentar y manifestar dudas sobre las habilidades CDI o problemáticas que se puedan presentar.

En la mayoría de los casos la sesión de enseñar IDN dura aproximadamente 60 minutos en la cual se mencionan a los padres que habilidades deben de implementar y cuales evitar. Puede exponerse mediante una presentación dinámica que permita a los padres interactuar y exponer sus dudas al denominadas,

recomendado incluir en la presentación ejemplos. Las primeras habilidades que se exponen a los padres son las denominadas EPIDE.

La primera habilidad es “Elogiar”, durante el tiempo de juego se anima a los padres a elogiar el comportamiento positivo del niño(a), al menos cada 30 segundos. Los elogios pueden ser generales y cortos, un ejemplo es “¡Buen trabajo!” o “¡Estoy orgulloso de ti!”, o específicos, es decir, que sean más descriptivos, un ejemplo de elogio específico sería “¡Eres muy dulce por compartirlo conmigo!” o “¡Estoy orgulloso de ti por ser educado!”. Se sugiere que los padres utilicen principalmente los elogios específicos porque ayudan a que el niño(o) identifique que le gusta y que hace feliz a sus padres. Como resultado los niños(as) comenzarán a esforzarse para recibir elogios, los cuales representan un reforzador y una recompensa para un comportamiento positivo, esto hará que en el futuro repitan las acciones o comportamientos elogiados.

La segunda habilidad es “Parafrasear” y se refiere a que el padre debe repetir el mensaje principal que el niño(a) ha transmitido, es decir, una “imitación verbal”, por lo que la oración no debe ser la misma, debe de ser similar y puede corregirse, ampliarse o modificarse sutilmente. Por ejemplo, si el niño(a) dice “Construí una casa”, el padre puede responder con: “¡Tu construiste una casa grande de color azul!”.

La tercera habilidad es “Imitar”. Es importante que los padres se conviertan en participantes activos e imiten las acciones del niño(a), por ejemplo, usar el mismo juguete o manipular el juguete de una forma similar a como lo hace el niño(a), eso demostrará que el adulto está prestando atención a lo que el niño(a) hace y estimulará su autoestima, ya que pensará que su actividad es lo suficientemente interesante como para que el adulto lo acompañe y se anime a realizarla también.

En la cuarta habilidad de “Describir” se alienta a los padres a que observen y comenten la actividad que está realizando su hijo(a), es decir, que realicen una “descripción del comportamiento”, algunos ejemplos son: “Tú estás dibujando con marcador rojo” o “Tú estás poniendo la chimenea en la casa”.

Al mismo tiempo Eyberg sugiere no incluir comentarios denominados “descripción de información” o “habla neutral” refiriéndose a describir una actividad que está representando al juguete o está ejecutando el parent, por ejemplo, “Estoy construyendo un puente” o “La muñeca está durmiendo”, ya que pueden distraer la atención del niño.

La última habilidad es “Entusiasmo”, los padres deben mostrar entusiasmo durante el tiempo de juego, esto incluye hablar con un tono de voz animado, lo que indicará interés y hará que el tiempo de juego sea divertido y agradable para el niño(a).

Las conductas a evitar son:

“Dar órdenes o comandos directos y/o indirectos”, por ejemplo: “Dame esa crayola” y “¿Qué te parece si lo coloreamos de rosa?”, por que impiden que el niño(a) tenga iniciativa y liderazgo.

“Hacer Preguntas”. Por ejemplo, ¿Estás seguro de que quieres jugar con ese coche?”. Esto porque en la sesión de CDI el niño(a) es quien tiene el control de las reglas y al elaborar los padres preguntas el niño(a) comienza a dudar sobre su elección y de alguna forma el liderazgo ya no recae en el niño(a), sino que pasa a los padres.

Otra habilidad a evitar es “Crítica y Sarcasmo”, por ejemplo, “No corras”, “Suelta ahí”, “Ah, ¿no?, ¿No lo vas a hacer?”, “¿Qué es eso? Te quedó muy feo, pensé que era un monstruo”, porque como consecuencia se podría aumentar la presencia de comportamientos indeseables por parte del niño(a), ya que los niños(as) creen todo lo que dicen los padres, además no son recomendables para reducir los comportamientos disruptivos.

Para la forma de reaccionar ante la presencia de una conducta indeseable o problemática se sugiere a los padres durante el acompañamiento en el tiempo de juego que utilicen la “atención estratégica”, donde identificarán cuales son las conductas deseables que esperan del niño(a), por ejemplo, que tenga buenos modales, y estas las recompensarán con elogios. En el caso de los comportamientos disruptivos o que a los padres les gustaría que fueran moldeados o reducidos, por ejemplo, hacer una rabieta, mentir, golpear, lloriquear o gritar, se enseñará a los padres a “ignorar selectivamente” con el objetivo de reducir los comportamientos problemáticos ignorando de manera efectiva.

Algo a tomar en cuenta es que al principio “ignorar selectivamente” tendrá como resultado el efecto contrario, por lo que el comportamiento problema empeorará antes de mejorar, comúnmente por que el niño(a) está acostumbrado a obtener una reacción inmediata de los padres ante una conducta negativa, y si no obtiene esta reacción su comportamiento aumentará a un nivel más disruptivo hasta conseguir la atención de los padres, sin embargo, una vez que el parent ha comenzado a ignorar, debe ignorar la conducta del niño hasta que muestre un cambio. No se sugiere ignorar los comportamientos intensos o peligrosos, como agresiones físicas, sino aquellos que, junto con el terapeuta, se ha identificado que tienen por objetivo obtener la atención de los padres. Al finalizar la presentación se espera que los padres puedan nombrar y comprender las habilidades expuestas de IDN.

2.4.2.1.2 Entrenamiento IDN

Antes de iniciar el *coaching*, el terapeuta dedica 10 minutos para comentar y revisar la tarea asignada de juego especial diario con los padres, las anotaciones realizadas en la hoja de registro se entregarán al terapeuta. Durante el momento de revisión, se menciona repetidamente a los padres la importancia de la práctica diaria ya que los 5 minutos diarios de juego especial son importantes para el desarrollo de habilidades de crianza, mejorar la relación parent-hijo(a) y extender las mejorías en el comportamiento del niño(a) al entorno del hogar.

A continuación, se da comienzo con las sesiones de entrenamiento, las cuales consisten en que el padre y/o madre reciba instrucciones por parte del terapeuta durante el tiempo de juego. Al principio se realiza la codificación como una evaluación para que el terapeuta observe el avance que los padres han tenido, posteriormente el terapeuta comienza a marcar el cronómetro de 15 minutos de juego mientras codifica el uso de habilidades de los padres anotando el número de elogios, parafraseo, y descripciones en cada sesión de juego por 5 minutos de observación. Después inicia el momento de *coaching* donde el terapeuta buscará reforzar las habilidades que resultaron bajas durante el momento de juego.

Durante la codificación del IDN se le da al niño(a) total libertad para decidir el juego, teniendo total atención de los padres. Por lo general el niño(a) manifiesta un comportamiento positivo en la sesión, lo que permite al terapeuta observar cómo es la relación del parent y el niño(a) en condiciones naturales.

La sesión de entrenamiento se lleva a cabo en una sala de juegos preparada con los juguetes necesarios para ejecutar las habilidades IDN, compuesta por un espejo unidireccional y detrás de este el terapeuta se comunicará con los padres mediante un aparato auditivo, por ejemplo, unos auriculares y un micrófono. La sala de juegos es organizada con una mesa pequeña, dos sillas y una silla de tiempo fuera, que se colocará en la esquina de la habitación, dos juguetes encima de la mesa y el resto de los juguetes se distribuirán alrededor, los juguetes se eligen cuidadosamente, por lo que se seleccionan los juguetes con los que el niño puede manifestar por sí mismo creatividad e interpretar su personalidad. Es necesario, por ejemplo, evitar juguetes pesados que puedan romper el espejo o ser lanzados, las pistolas de juguete, los juguetes que puedan utilizarse para interpretar roles o juegos de rol, como las muñecas, y juguetes que tengan piezas muy pequeñas. En caso de no contar con una sala con espejo unidireccional el terapeuta puede ingresar a la sala de juegos con el parent y el niño(a), pero no puede intervenir ni interrumpir el tiempo de juego para que la situación de convivencia parent – hijo(a) sea lo más natural posible. Si el niño(a) se siente curioso, incómodo o distraído ante la presencia del terapeuta este debe decirle: “Yo voy a estar acompañándolos a tu papá y a ti durante su momento de juego especial, quiero que juegues con tu papá como normalmente lo haces e ignora que yo estoy aquí”.

Al término de los 5 minutos de observación se inician los 15 minutos de *coaching* para cada uno de los padres, esto quiere decir que el terapeuta intervendrá en la sesión de juego dando instrucciones al parent detrás del espejo unidireccional. El terapeuta debe de utilizar pocas palabras, ser breve y preciso en las explicaciones, proporcionar más elogios que correcciones y ejecutar una reacción rápida ante un elogio específico. Es importante que se enfoque primero en la enseñanza de las habilidades más fáciles y después en las más difíciles. Al final dará una retroalimentación intensiva y se dedicarán 10 minutos para proporcionar sugerencias y conclusiones a los padres sobre lo observado y las habilidades, además de discutir la tarea de la próxima sesión.

El objetivo es que al término de la terapia los padres se vuelvan expertos en el dominio de las habilidades de IDN, para eso el padre y la madre deben de lograr utilizar en un período de 15 minutos un total de 10 elogios específicos, 10 parafraseos, 10 descripciones, imitar al niño durante el juego, ser entusiasta, no decir más de 3 órdenes, 3 preguntas y evitar la crítica o el sarcasmo. Concluir con las sesiones de entrenamiento dependerá de la rapidez con la que los padres dominen las habilidades de IDN.

En las sesiones de entrenamiento el terapeuta también utiliza la misma filosofía que compartió con los padres en habilidades de IDN y, al igual que con el niño(a), a los padres les brinda elogios específicos, atención estratégica a las conductas que desea reforzar en los padres e ignora selectivamente aquellas que desea que disminuyan o se eliminen. En lugar de mencionar que “no hacer” se dice a los padres “que hacer” aportando comentarios constructivos para evitar que los padres se sientan criticados e incompetentes.

Después de que los padres aprenden las habilidades de IDN se reúnen con el terapeuta para aprender los conceptos básicos de IDP.

2.4.2.2 Interacción Dirigida por el Padre (IDP o PDI por sus siglas en inglés *Parent Directed Interaction*)

En la interacción dirigida por el padre el liderazgo pasa a ser del padre en el tiempo de juego, por lo que él decide a qué jugar. En esta se entrena al padre en la elaboración de instrucciones y conductas efectivas, por lo que el objetivo es que el niño(a) aprende que en ocasiones el liderazgo no es completamente de él y que pueda cambiar en un momento donde el padre es quien decide y dirige el juego, entonces aprende a respetar turnos.

2.4.2.2.1 Enseñar IDP

Las sesiones de IDP tienen por objetivo que los padres aprendan a dar instrucciones directas y efectivas; que los niños(as) aprendan a seguir instrucciones y comprendan que cuando cumplen con las instrucciones recibirán elogios, y que cuando exista un incumplimiento de comandos se iniciara con el proceso de tiempo fuera.

Los padres inician con una sesión de enseñar sobre IDP donde se les enseña, utilizando material de apoyo, las habilidades de IDP que son: dar instrucciones efectivas, evaluar el cumplimiento del niño(a) ante dichas instrucciones y a otorgar consecuencias consistentes y adecuadas para el incumplimiento de comandos. Las características de las instrucciones deben ser correctas, directas, claras y efectivas evitando las preguntas, y por supuesto, las instrucciones indirectas como: “Pásame eso que está ahí”. También se recomienda utilizar comandos simples y no una serie de reglas, por ejemplo: “Recoges tu cuarto, me traes mis zapatos y después levantas tus libretas”. En niños(as) con comportamiento disruptivo o que están en proceso de seguir instrucciones se recomienda que los comandos sean cortos.

Se sugiere a los padres que deben decirle al niño(a) "Que hacer" en lugar de "Que no hacer", esto ayuda a expresar una orden de manera positiva y evita una posible actitud desafiante del niño al escuchar la palabra "no". Un ejemplo sería cambiar la frase "No te comas la plastilina" por "Constrúyeme algo con la plastilina". Además, se debe de evitar utilizar órdenes imprecisas como "Pórtate bien" o "Cuidado", en cambio decir "Luis, por favor bájate de la mesa" o "Luis, por favor juega en silencio", buscando expresar la acción que el padre desea que realice el niño.

Al emitir una instrucción el padre debe entonarla con una voz firme evitando gritar, utilizar un tono de voz neutral, ser cortés y respetuoso, tratando de que en la mayoría de los comandos se utilice la palabra "por favor". Por ejemplo, "Por favor, guarda tus juguetes" al mismo tiempo que se usan gestos y señalamientos del lugar u objeto mientras se emite la instrucción.

Se sugiere que siempre que sea posible se le dé la oportunidad de elegir al niño(a) y se le otorguen opciones, como "Es hora de limpiar tu cuarto, puedes hacerlo ahora o cuando termine la película", proporcionando una breve explicación de por qué.

Esto les ayudará a comprender los motivos o razones por las que las cosas se hacen de una manera particular, lo cual es efectivo al razonar con niños(as) pequeños(as). Si el niño(a) pregunta por qué debe de realizar la tarea asignada, ya no se debe volver a dar una razón, por que el niño puede evitar obedecer la instrucción de esa manera.

Después de que el parent/madre da la instrucción se debe analizar si el comando se ha cumplido o no. Se consideran como incumplimiento las siguientes situaciones:

- Hacer algo diferente a lo solicitado por los padres, incluyendo un ligero cambio en la acción como utilizar un color diferente al solicitado, o cuando se dice al niño(a) "Pásame el bloque rojo" y el niño(a) arroja el bloque hacia el parent.
- Holgazanear o realizar la acción con lentitud, por ejemplo, que el niño(a) juegue en lugar de recoger los juguetes. En este caso se aplica la regla de los cinco segundos, si después de contar hasta cinco el niño(a) no ha realizado la instrucción se considera como incumplimiento.
- Que el niño(a) aparente que no ha escuchado el comando del parent se considera incumplimiento, así como que el niño(a) cumpla parcialmente una orden, por ejemplo, que el niño no entregue directamente un juguete en la mano del parent.
- Se considera como incumplimiento que cuando el parent dice: "Por favor, entrégame el cubo azul", el niño(a) lo entregué, pero después rápidamente vuelve a arrebatarlo de la mano del parent, si el niño(a) repite esta acción constantemente se sugiere al parent agregar una nueva instrucción más específica, como "Por favor pon el cubo en mi mano y déjalo ahí".

Una situación que se puede presentar es que el niño(a) cumpla la instrucción con una actitud negativa, por ejemplo, que grite "¡Ahí está el bloque, y ya deja de

molestarme!” después de colocar o arrojar el bloque en la mano del padre. Esto se consideraría como cumplimiento debido a que la orden no especifica que debería de pasar el bloque amablemente.

Considerando que el objetivo de IDP es que los niños(as) ejecuten los comandos que establecen los padres, se sugiere a los padres que elogien el cumplimiento e ignoren las actitudes negativas o no deseables. También puede ocurrir que los niños(as) exageren las acciones, es decir, que cuando el padre le solicita al niño(a) “Por favor, pásame el cubo azul” el niño(a) le dé al padre todos los cubos azules que encuentre. De igual forma esta acción se considera como cumplimiento por que atiende la demanda del padre al entregar el cubo azul.

Es necesario para el padre utilizar elogios con una actitud entusiasta cada vez que el niño(a) cumple con una instrucción. Sin embargo, los padres deben procurar no utilizar el mismo elogio para diferentes situaciones, porque pierden autenticidad y podrían llegar a considerarse respuestas automáticas perdiendo su valor de refuerzo. Los padres pueden variar los elogios que utilizan, pero siempre que sean elogios específicos, algunos ejemplos son: “Me encanta cuando sigues la instrucción de recoger tus juguetes”, “Estoy orgulloso de ti por ser muy amable”, “Hiciste un buen trabajo ayudándome a construir una casa”, “Me haces feliz cuando sigues las instrucciones”.

Por otro lado, si el niño(a) incumple con una acción como consecuencia se recurre al tiempo fuera, esto consiste en que el niño(a) permanezca sentado(a) por 3 minutos más 5 segundos de silencio en una silla. Se pregunta además a los padres si alguna vez han recurrido al tiempo fuera, cómo ha sido su experiencia usándolo. La razón de utilizar esta estrategia es que los niños(as) al final buscarán evitar el tiempo fuera, porque esto les impide realizar actividades estimuladoras y obtener la atención de los padres.

El lugar donde se coloque la silla de tiempo fuera también es un punto importante, debe ser ubicada en un lugar apartado de objetos que puedan ser distractores como un juguete o la televisión y cerca de donde los padres puedan vigilar al niño(a). Además, es necesario evitar que los niños(as) se lleven un juguete a la silla, debido a que el tiempo fuera busca restringir los privilegios del niño(a), entonces, en caso de que esto suceda, el padre debe tomar rápidamente el juguete de las manos del niño(a) y evitar añadir otra instrucción como “Dame ese juguete”, ya que es muy probable que el niño(a) no la cumpla.

Cuando el niño no realiza una instrucción, los padres dan una primera advertencia respecto al tiempo fuera, identificarán la acción que no cumplió y dirán al niño(a) “Si no recoges el carro rojo, irás a la silla de tiempo fuera”, si después de esto el niño(a) no cumple con el comando, el padre no volverá a repetir la advertencia. Esta advertencia se convertirá en algo cotidiano y predecible para el niño(a), por lo que procederán a ejecutar la acción casi de inmediato antes de que el padre acabe de mencionar la advertencia completa, pero de igual manera el padre debe completar la advertencia y elogiar al niño(a) por cumplir con el comando.

Es importante que los padres consideren que la advertencia de tiempo fuera es una promesa y deben estar preparados para cumplir con todo el procedimiento que ello implica. La disciplina que adquiera el niño(a) dependerá del seguimiento constante de esta advertencia, así la primera vez que se recurre a la advertencia de tiempo fuera y el niño desobedece, se debe cumplir inmediatamente la promesa de ir a tiempo fuera. Al final el niño(a) aprenderá y comprenderá que el incumplimiento de una instrucción significa ir a la silla de tiempo fuera.

Entonces el padre procederá a dar la siguiente advertencia, por ejemplo, “No levantaste los colores del piso como te lo pedí, así que irás a la silla de tiempo fuera”, si los niños(as) se muestran cooperativos pueden dirigirse por sí mismos a la silla, o si requieren acompañamiento el padre debe levantarse y sostener la mano del niño(a) suavemente para acompañarlo hasta la silla.

Después el padre procederá a alejarse rápidamente manteniendo una voz y una postura tranquila y segura.

En ocasiones puede ocurrir que el niño(a) se muestre renuente para dirigirse a la silla, en este caso el padre deberá llevar al niño(a) hasta la silla rápidamente cargándolo y sosteniéndolo con sus brazos utilizando el “cargado de barril”, esto evitara que ambos puedan lesionarse, ya que el niño(a) puede patalear o golpear al padre, pero se deben ignorar estas acciones y no se debe de mostrar alguna reacción que pueda intensificar la agresión, como responder con “¡No me pegues!” o “¡Me estás lastimando!” “¡Duele!”. Para evitar que el niño(a) quiera levantarse y regresar a golpear al padre/madre, deben de alejarse rápidamente de la silla

Puede suceder que los niños(as) busquen cumplir con la instrucción rápidamente antes de que el padre termine de decir la advertencia de tiempo fuera en un intento por evitar la silla y que el padre cambie de decisión, sin embargo, el padre debe continuar con la advertencia y cumplirla, agregando a su expresión: “No hiciste lo que te pedí que hicieras lo suficientemente rápido, así que irás a la silla de tiempo fuera”.

A veces los niños(as) optan por sentarse voluntariamente en la silla al escuchar un comando, un ejemplo de esta situación sería que el padre diga “Cierra la caja del señor cara de papa, por favor” y en lugar de hacerlo el niño(a) se dirige por sí mismo a la silla, sin haber terminado de escuchar el comando. Esto no quiere decir que al niño(a) le guste el momento del tiempo fuera, si no que intenta manipular la situación, por lo que se les sugiere a los padres ignorar estas situaciones y seguir adelante con la advertencia.

Entonces el padre debe caminar hacia la silla y decir “Si no cierras la caja del señor cara de papa, irás a la silla de tiempo fuera”, si el niño(a) continúa sentado el padre debe decir “No hiciste lo que te pedí que hicieras, así que tienes que sentarte en la silla, quédate en la silla hasta que te diga que puedes bajarte”. Cuando el padre toma el control de la situación el niño(a) comprenderá que no es divertido sentarse en la silla por lo que eliminará ese comportamiento.

El tiempo que debe permanecer el niño(a) sentado en la silla de tiempo fuera es de 3 minutos, se considera que más de 3 minutos representan un tiempo muy extenso, en especial para los niños(as) que son muy activos. Una vez que el niño(a) se sienta en la silla el padre debe empezar a cronometrar y mantener cierta postura que consiste en no hacer contacto visual ni hablar con el niño(a) y mantener un rostro inexpresivo.

Al finalizar los 3 minutos se requieren 5 segundos de silencio, esto quiere decir que el padre debe esperar 5 segundos, si en este lapso de tiempo el niño(a) comienza a gritar, golpear o patalear el padre contará hasta 5 nuevamente, pero no se incluirán 3 minutos más en la silla. Una vez que el niño permanezca quieto y tranquilo, el padre debe acercarse a la silla, pararse a un brazo de distancia del niño(a) y decirle “Has estado sentado tranquilamente en la silla, ¿Estás listo para volver y cerrar la caja del señor cara de papa?”, esto enseña al niño que si está tranquilo y en silencio el tiempo en la silla terminará.

Una situación a considerar es que mientras el niño(a) está en la silla del tiempo fuera, puede presentar ciertos comportamientos con el objetivo de obtener una respuesta y la atención del parent, pero el parent no debe de cambiar la postura de inexpresividad. Por ejemplo, hacer preguntas o usar cualquier tipo de verbalizaciones como: “¿Ya puedo levantarme?” “¡Te odio!”, “¡Quiero más a mamá que a ti!”, “Lo siento, ¡ya me voy a portar bien!”, incluso podría decir algo divertido como “Te voy a acusar con Santa Claus”. Es normal que el niño(a) pueda gritar estas palabras al parent para mostrar su enojo, al mismo tiempo que busca obtener una reacción del parent.

Otra situación es que los niños(as) suelen utilizar la estrategia de ir al baño para evitar el tiempo fuera, por lo que se recomienda llevar al niño(a) al baño antes de iniciar la sesión de *coaching*. Con niños(as) mayores se recomienda explicar a los padres que ellos pueden aguantar 3 minutos, con el fin de que no interrumpan el tiempo fuera en la silla, por lo que deben continuar ignorando la solicitud del niño(a). En el caso de niños(as) pequeños(as) o que están en proceso de aprender a ir al baño se pide a los padres que antes de iniciar la sesión acompañen al niño(a) al baño, así si las solicitudes de ir al baño son constantes será un indicador de que es una estrategia para confundir al parent, la cual debe ignorarse.

Al conocer las acciones que deben ignorarse, también el parent debe conocer que hay acciones que no pueden ignorarse. Hay niños(as) que no pueden estar completamente quietos en la silla, porque el aburrimiento que trae consigo esperar en la silla hará que comiencen a realizar acciones como jugar con sus zapatos, moverse, acostarse o incluso subirse a la silla y pararse. Si se espera que el niño corra y salga de la sala de juegos, el parent puede mantenerse cerca de la puerta para evitar que salga.

Después de que termina el tiempo fuera se espera que el niño(a) pueda realizar el comando anteriormente establecido, lo que se busca transmitir al niño(a) es que existen dos opciones: obedecer a sus padres o ir al tiempo fuera y después

obedecer a sus padres, de lo contrario como consecuencia permanecerá sentado hasta que decida escuchar.

Si el niño(a) se niega a tomar la mano del padre o responde con un “¡No!” desafiante significa que el niño(a) no está listo para levantarse, así el padre debe decir “Bien, quédate sentado en la silla hasta que yo te diga que puedes levantarte”.

La instrucción original no se vuelve a repetir, porque se especificó al término del tiempo fuera, así que el padre solo debe señalar el objeto relacionado con su instrucción y si el niño(a) muestra una actitud negativa o ignora al padre, este debe decir “No hiciste lo que te pedí que hicieras, así que irás a la silla de tiempo fuera. Quédate en la silla hasta que te diga que puedes levantarte”

Después del tiempo fuera si el niño(a) regresa a la mesa y cumple con la orden original, en esta ocasión no se utiliza el elogio específico, en cambio el padre podrá reconocer que el niño(a) realizó la instrucción diciéndole “Muy bien” y “Gracias”, es decir, un elogio general y no muy entusiasta. Después se le puede dar al niño(a) una segunda instrucción como “Por favor, guarda la muñeca en la caja de juguetes”, cuando el niño(a) cumple con esta instrucción el padre debe decir elogios entusiastas como “¡Gracias por seguir las instrucciones!”, “Estoy orgulloso de ti por ayudar a recoger”. Comúnmente el niño(a) cumple de inmediato la segunda instrucción, así el niño(a) aprende que con el cumplimiento se obtiene un elogio entusiasta y la diferencia entre la respuesta del padre cuando el niño(a) cumple de inmediato y cuando va a tiempo fuera y luego cumple.

Mediante las habilidades de IDN y IDP el niño(a) aprende a ver el cumplimiento de manera positiva. Durante la terapia primero el niño(a) dirige el juego y al dar una instrucción el padre es quien dirige el juego, esto permite que el niño(a) aprenda a respetar turnos, a desarrollar habilidades de liderazgo y a seguir los diversos comandos.

2.4.2.2 Entrenamiento de IDP

Antes de comenzar las sesiones de entrenamiento IDP se realiza una observación de 5 minutos de habilidades de IDN y 5 min de habilidades de IDP a cada uno de los padres, donde se analiza el dominio de las habilidades y se codificará el número de elogios, parafraseos y descripción de comportamiento utilizados en ambas sesiones. Si los padres no cumplen con los criterios de maestría o dominio se dedican 10 minutos más para entrenar sus habilidades de IDN. Para la codificación de habilidades PDI se registran la cantidad de órdenes directas y órdenes indirectas, si el niño(a) obedeció o no obedeció los comandos, si el padre utiliza elogios etiquetados o no etiquetados, cuantas advertencias de tiempo fuera utilizó el padre, si el niño(a) obedeció o no y si se utilizaron las advertencias del tiempo fuera. Se codifica el seguimiento de los padres por lo que se registran las instrucciones específicas, los elogios y las advertencias o instrucciones incorrectas.

Los criterios de calificación a considerar para identificar que el padre tiene un completo dominio de las habilidades de IDP son: que utilice al menos cuatro

comandos durante los 5 minutos de codificación, que el 75% de las órdenes sean eficaces, que utilice una advertencia ante el incumplimiento de una instrucción, proporcionar un elogio etiquetado cada vez que el niño(a) cumple con un comando y con la advertencia de tiempo fuera, además de demostrar un seguimiento adecuado del tiempo fuera, ignorando los comportamientos negativos

Durante el entrenamiento el entrenador orientará de manera activa a los padres sobre cuándo ignorar, cuándo utilizar elogios específicos, señalará si la orden utilizada es directa o indirecta y procederá a corregir a los padres. Por ejemplo, algunos errores comunes a los que el terapeuta deberá prestar atención son, si el padre dice “¿podrías poner la caja sobre la mesa?”, expresando el comando como una pregunta, el terapeuta pedirá al padre que modifique el comando utilizado a una orden directa como “Por favor, pon la muñeca en su lugar”. Otro ejemplo es que los padres cancelan la advertencia, por ejemplo, si el padre dice “Por favor, dame el coche rojo” y el niño(a) desobedece el padre comienza por mencionar la advertencia “Si no colocas el carro rojo en la caja...” e inmediatamente el niño(a) arroja el carro rojo hacia el padre antes de que termine con la advertencia. Normalmente se diría al niño(a) un elogio etiquetado pero el terapeuta sugiere al padre que termine con la advertencia, aun si el niño cumplió con la orden en el último momento y le explica al padre que, aunque al final el niño(a) cumplió con el comando lo hizo para no escuchar la advertencia, por lo que se le enseña al niño a que la única forma de evitar la advertencia es obedecer de inmediato.

El terapeuta debe decir una instrucción a la vez, siguiendo los mismos fundamentos de la TIPH, en lugar de aportar una serie de instrucciones continuas ocasiona que los padres cometan errores. Recordar siempre que el objetivo del terapeuta es sugerir a los padres “que hacer” en vez de “que no hacer”, porque si el terapeuta dice al padre “No le hables”, “No le grites” estas instrucciones pueden ser interpretadas como críticas o regaños, afectando la relación entre el terapeuta y el padre, en cambio se deben usar frases como: “Si eso no te gusta, ignóralo”. “Buen trabajo al ignorar”.

El terapeuta debe ser consciente de que entrena la comunicación verbal y la no verbal del padre, es decir, al mismo tiempo que sugiere al padre un elogio: “¿Qué tal si le dices un elogio para animarlo?” también le recuerda al padre como debe ser su conducta: “Solo ignore la conducta negativa y actúe como si no le molestara”. De igual forma al mismo tiempo que corrige las instrucciones, el terapeuta buscará la oportunidad para elogiar el comportamiento de los padres, como “Buen trabajo al mantener el control” “Buena idea al darle otra oportunidad” o “Me gusta la forma calmada con que lo llevas a la silla de tiempo fuera”. Los elogios son un reforzamiento positivo para el comportamiento de los padres

Otro aspecto importante es hacer que los padres se sientan cómodos y tranquilos. En ocasiones los padres pueden experimentar una serie de emociones, como miedo o ansiedad, debido a diversos factores como el hecho de que están siendo observados y podrían recibir críticas sobre la forma en que educan a sus hijos(as). Es importante recordarles a los padres que las habilidades y los procedimientos

disciplinarios que están aprendiendo son lo mejor para sus hijos(as). Una estrategia de relajación para ayudar a los padres a mantener la calma es el hablarles constantemente utilizando una voz suave, en especial en los casos donde los padres pierden la calma, se molestan y aumentan el tono de su voz, aquí el terapeuta optará por hablar en un tono de voz más bajo. A veces se pide a los padres que respiren profundamente y se les sugieren ejercicios de relajación muscular. Otra forma de reducir la ansiedad o tensión es utilizar el humor. El terapeuta puede añadir un comentario humorístico mientras da una instrucción durante un momento de estrés.

Se sugiere además mantener la confianza ante situaciones complicadas para tomar rápidamente una decisión, por ejemplo, si no está claro si el niño(a) ha cumplido con una orden. Otro ejemplo es cuando los padres dan una instrucción o advertencia equivocada que puede ocasionar que el niño(a) se confunda o que solo cumpla con una parte del comando indicado. Lo que se sugiere al padre es que continúe con la instrucción para que el niño(a) aprenda que el padre da seguimiento a los comandos que ha elegido, o si se requiere modificar la instrucción, por diversas situaciones como que el niño(a) no pueda realizar la acción, entonces decir al padre, por ejemplo, “En su lugar dígale que dibuja una línea en el papel”

Los padres deben combinar la terapia de juego con las habilidades de disciplina con el fin de evitar o reducir situaciones donde el niño experimente sentimientos de ira al recibir una instrucción y así reforzar que el niño(a) de seguimiento a los comandos.

La sesión de entrenamiento facilitará el aprendizaje de habilidades estableciendo situaciones en las que el padre de al menos una instrucción por minuto y tenga que recurrir al tiempo fuera en caso de incumplimiento del comando, mientras son supervisados por el terapeuta pueden corregir y modificar situaciones mediante la aportación de instrucciones breves y concisas.

A medida que avanza la sesión, el terapeuta debe dar más independencia a los padres para que aprendan a manejar las diversas situaciones que se presenten por sí mismos, evitando así que los padres se vuelvan dependientes del terapeuta, aun así, el terapeuta otorgará apoyo constante a los padres si así lo requieren. Por ejemplo, ayudar al padre a enseñar al niño(a) el propósito del tiempo fuera e ingresar a la sala de juegos con el padre durante el tiempo fuera, de ser necesario, en casos donde se requiera explicar al padre la secuencia del tiempo fuera y proporcionar unas palabras de aliento y calma ante el estrés que supone el tiempo fuera, pero sin mirar directamente al niño ni hablar con él, hasta que terminen los 3 minutos.

Al término de la sesión se destinan 10 minutos para hablar con los padres y entregar el informe de las observaciones que el terapeuta ha percibido durante la sesión de *coaching* mencionando a los padres ciertos señalamientos. Por ejemplo, si el tiempo fuera no tuvo éxito en la primera sesión se identifica por qué y el terapeuta explica a los padres que acciones necesitan cambiar en el futuro. A lo largo de la terapia se debe continuar con la tarea de casa de practicar diariamente el IDP, por lo que al final de la sesión se asignará a los padres una hoja de tareas de registro, donde los

padres anotarán su comportamiento en el uso de las habilidades, por ejemplo, si practicaron las instrucciones, el número de tiempos fuera utilizados y si omitieron algún tiempo fuera.

El progreso de los padres dependerá de la consistencia y perseverancia de la práctica en el hogar antes de las sesiones de coaching, por supuesto depende también de otros factores, como el tiempo dedicado a la práctica, considerando las actividades familiares, la escuela, el trabajo y las tareas escolares y laborales. La fase IDP dura de 7 a 8 semanas.

Progreso de IDP. Primera Sesión

- Se preparará con anticipación la sala de juegos y la sesión se puede realizar en aproximadamente 75 minutos, pero el tiempo de entrenamiento se dividirá para que puedan participar ambos padres.
- Al comenzar la sesión mientras el niño juega en la sala de juegos o es acompañado por un tercer cuidador, el terapeuta se reúne con los padres y revisa la tarea semanal y el procedimiento de IDP explicándoles que la terapia de juego es importante para manejar los problemas de ira del niño/a y los problemas de actitud que pueden presentarse cuando se imponen límites.

Después se revisa el diagrama de disciplina para seguir la secuencia del “tiempo fuera” en caso de incumplimiento de comandos.

- Se ensayarán el “tiempo fuera” con el niño/a para informarle en qué consistirán las reglas y consecuencias que se implementarán. Los niños/as pequeños/as poseen recursos cognitivos que ayudan a que puedan adaptarse al programa de disciplina, por ejemplo, mediante un juego de roles y ejercicios de imitación pueden comprender los pasos a seguir del tiempo fuera.

Para preparar al niño/a antes de iniciar la sesión de entrenamiento se debe realizar una explicación rápida, una breve práctica y una sesión de simulación utilizando un peluche. El ensayo tiene como tiempo límite 10 minutos.

- Se practicará el IDP con el niño/a con el objetivo de que aprenda las habilidades en “tiempo fuera” que son: caminar hacia la silla de “tiempo fuera”, sentarse ellos mismos sin interrupciones y permanecer el tiempo asignado en la silla, mediante la práctica positiva y repetición teniendo como límite 10 minutos, debido a que los períodos de atención de los niños/as en etapa preescolar son breves.
- Para explicar a los niños/as en qué consistirá el “tiempo fuera” se practicará con un peluche grande, por ejemplo, un oso, lo que facilitará mantener la atención del niño/a, ya que encontrará esta simulación con un peluche entretenida.

El terapeuta explicará la secuencia de “tiempo fuera”, es decir, que es lo que sucede cuando: se cumple la instrucción original, se desobedece la instrucción original, pero se cumple con la advertencia y se desobedece la instrucción original y la advertencia, por lo tanto, se va a “tiempo fuera”.

Primero el terapeuta será quien reproduzca esta secuencia, seguido por el padre y luego el niño/a, después el padre y el niño/a practicarán solos mientras el terapeuta entrena al padre detrás del espejo. Esto permite al niño/a aprender las reglas del “tiempo fuera”.

- Al terminar de ensayar las reglas de “tiempo fuera” con el padre y el niño/a, se inicia con la primera sesión de entrenamiento, pero no se codificarán el uso de habilidades IDN o IDP, ya que el padre no ha pasado por una sesión de coaching de PDI. Es necesario extender el tiempo de entrenamiento, sin codificar IDN, para practicar el uso del primer “tiempo fuera” del niño/a. Se inicia con IDN para dar un buen inicio al primer entrenamiento y reducir la ansiedad del padre, entonces se puede comenzar dando la primera instrucción estableciendo pequeños objetivos, es decir, elaborar instrucciones que son probables que el niño/a obedezca, por ejemplo, que le entregué al padre un juguete, siguiendo la estructura de primero mencionar el “razón” y después realizar una “instrucción directa”, por ejemplo, que el padre le diga al niño, “Es mi turno de elegir el juego, por favor intenta colocar esta pieza en la torre”.

El usar la palabra “trata” ayuda al mencionar una instrucción que podría representar un desafío para el niño/a. Al cumplir una instrucción no se toma en cuenta una ejecución perfecta, si no que se valora el esfuerzo que hace el niño/a para realizar la tarea.

En la mayoría de las situaciones los niños (a) suelen desobedecer la primera instrucción, por lo que se procede a dar la advertencia y si después de esta el niño/a cumple con la instrucción el padre puede proporcionar un elogio específico como: “¡Buen trabajo, escuchando!, hiciste lo que te pedí que hicieras, entonces no tendrás que ir a la silla de tiempo fuera, podemos seguir jugando”.

El elogio específico tiene como propósito animar a los niños/as a estar orgullosos de sí mismos por cumplir la instrucción, aumenta la probabilidad de cumplimiento en el futuro y le recuerda al niño/a que ahora existe un elogio para el cumplimiento, y una consecuencia para el incumplimiento de comandos, que sería el “tiempo fuera”.

Los primeros comandos que se implementan son simples y solo requieren la manipulación de juguetes, después pasan a ser comandos más desafiantes para practicar los avisos y procedimientos de “tiempo fuera”. Algunos ejemplos de dichos comandos serían los que requieren que el niño/a le dé al padre un juguete con el que está jugando, que requieren que los niños/as cambien de actividades y que interrumpan brevemente el juego para realizar otra tarea, por ejemplo, recoger algunos juguetes.

El terapeuta buscará aumentar la dificultad de los comandos en los 20 minutos que dura el entrenamiento buscando alguna situación que inicie un “tiempo fuera”, ya que es mejor que el primer tiempo fuera ocurra en la clínica o espacio de terapia donde el terapeuta pueda estar presente para guiar a los padres.

- El terapeuta debe brindar apoyo emocional y tranquilidad después de la primera sesión de “coaching” IDP, esto debido al comportamiento que puede mostrar su hijo/a durante la sesión, llegan a pensar que la conducta del niño/a es demasiado explosiva para una intervención con la TIPH, por lo que el terapeuta debe mencionar a los padres que la TIPH está enfocada específicamente a trabajar con este tipo de conductas.

Puede ocurrir que el/la niño/a se encuentre molesto o asustado por haber pasado por su primer “tiempo fuera” y no quiera regresar a la terapia, por eso es importante cambiar las estrategias un poco, por ejemplo agregar juguetes novedosos a la sala de juegos o que el terapeuta juegue con el niño/a y explicarle al padre que es una actitud natural en su proceso de aprendizaje de los fundamentos y consecuencia que incluye el IDP, por lo que los comportamientos del niño/a con respecto al tiempo fuera se irán reduciendo conforme avance la terapia.

Después se procederá a dejar a los padres la tarea en casa que implica realizar 5 minutos de IDN seguidos de 5 a 10 minutos de IDP diario, por lo que los primeros 5 minutos consistirán en terapia de juego y los últimos 5 a 10 minutos consistirán en ir alternando la especificación de comandos y IDN, esperando que esto se realice en un día libre para que en caso de que el niño/a vaya a “tiempo fuera” la práctica se extienda a 20 minutos. A los padres se les dan hojas de registro para registrar su práctica de IDN y IDP. Algunos padres aún no están listos para que el IDP sea liberado en casa, porque todavía no hay un dominio de las habilidades de “tiempo fuera” debido a varias razones, como que el niño/a es demasiado agresivo, entonces solo se le asignará la tarea de brindar 5 minutos de IDN diarios.

Los padres que ya aplican un “tiempo fuera” pueden aun presentar problemas después de los 10 minutos, entonces el terapeuta deberá establecer algunas metas semanales y explicar a los padres que el objetivo es enseñar al niño a cumplir comandos elevados iniciando con ejercicios sencillos de cumplimiento.

Los beneficios de que un niño/a cumpla con las instrucciones con éxito son que: el niño/a piensa que seguir instrucciones es divertido, el hábito del niño/a de desobedecer instrucciones se reduce, comienza a portarse bien y le gusta ayudar, el niño/a aprende que el parent es consistente con el tiempo fuera y el cumplimiento.

Segunda sesión

Después de que el terapeuta se reúne con los padres y discute la tarea de IDN y IDP se inicia con la sesión de coaching de IDN en 10 minutos, en este caso no se realiza la codificación de IDN.

Luego se codifica el IDP durante 5 minutos siguiendo las siguientes instrucciones: “Vamos a comenzar con 5 minutos de IDP, puedes decirle a (nombre del niño/a) que ahora es tú turno de elegir el juego”. Y a continuación el terapeuta procede a dar un comando simple y a codificar IDP.

Para las familias con un solo cuidador, se entrena IDP por 20 minutos, y con ambos padres se trabaja 10 minutos de coaching IDP con cada uno durante una situación de juego. Durante el informe se les muestra la hoja de progreso de TIPH y las habilidades de IDP.

Se presentan los criterios de dominio para IDP y se les asigna a los padres la tarea de sesiones diarias de IDN de 5 minutos, después practicar IDP en una situación de limpieza de 10 minutos, como tender la cama, tratando de utilizar sus las habilidades formulando de 2 a 4 comandos directos por día, evitando utilizar estos comandos cuando el niño/a o padre está cansado, la familia va a salir de casa o tiene visitas o si el padre está hablando por teléfono. También se sugiere a los padres evitar abusar del tiempo fuera.

Tercera sesión.

Después de consultar con los padres la tarea de IDN y IDP se les pide que calculen el porcentaje de tiempo que consideran que su hijo cumple con la primera instrucción sin necesidad de dar una advertencia, luego se les enseña a los padres como dar elogios etiquetados para aumentar las posibilidades de cumplimiento en la primera ocasión en que se da la instrucción, por ejemplo, “Gracias por escuchar a la primera”, “Me gusta cuando haces lo que te digo muy rápido”, “Gracias por ayudar de inmediato”.

Se inicia codificando 5 minutos de IDN y luego 5 min de IDP en una situación de limpieza, entonces el terapeuta le dirá al padre: “Dígale a (nombre del niño/a) que es hora de limpiar los juguetes. LOGRE que ponga todos los juguetes en su bolsa y que guarde los juguetes en la caja”.

Después de codificar PDI se entrena al padre en IDN por 15 minutos para mejorar alguna habilidad que requiera de más práctica y entrenamiento, después se entrena al padre Y A LA MADRE en 10 minutos de IDP en una situación de juego dirigido por el padre, más 5 minutos de limpieza.

Al finalizar el entrenamiento se informa a los padres sobre su progreso en el dominio de IDP usando la “Hoja de Registro de Habilidades de IDP” y se les asigna una tarea de seguir practicando las habilidades de IDN en los 5 minutos de juego especial, seguido de una sesión de limpieza de IDP.

Los padres practican IDP según las situaciones en el transcurso del día elaborando instrucciones directas y todo lo registran en una hoja de tareas de IDN y IDP. En el reverso de la hoja los padres anotarán cualquier comportamiento problema que sea difícil manejar con una instrucción directa.

Es importante sugerir a los padres que en las actividades cotidianas del hogar utilicen instrucciones indirectas y no las instrucciones efectivas ni las advertencias de “tiempo fuera”, porque aún no han recibido bastante entrenamiento para utilizarlas y puede ocurrir el caso quieran utilizarlas constantemente, por ejemplo, en los períodos de transición donde el niño/a debe apurarse para no llegar tarde a la escuela o algún otro compromiso. Se recomienda en su lugar utilizar comandos

indirectos como: “¿Podrías ponerte los zapatos rápido?”, omitiendo la estructura oficial de la instrucción efectiva.

La razón de esto es que los períodos de transición son susceptibles a la desobediencia, por esto, para evitar una confrontación no se utilizan las habilidades IDP ni el “tiempo fuera” solamente ante el incumplimiento de una instrucción directa. Manejar los comportamientos disruptivos y utilizar el “tiempo fuera” en los períodos de transición son situaciones que se manejarán más adelante.

Los padres pueden tener la necesidad de ver un avance rápido durante la terapia y también buscan sugerencias para manejar las conductas del niño/a en la escuela y en el hogar, sin embargo, el terapeuta debe explicar a los padres que aún es difícil abordar esos problemas y se hará hasta que el niño/a haya avanzado en el programa, por lo que se necesita de perseverancia y paciencia para que los niños/cambien sus conductas.

Cuarta sesión

En la reunión con los padres se discute la tarea de IDN y IDP y se revisan los cambios obtenidos en el ICIE. Además, se revisan los criterios de evaluación, que son: puntuación en escala de intensidad del ICIE, confianza de los padres para manejar el comportamiento del niño/a, dominio de IDN y de IDP. La familia ha practicado las reglas establecidas en casa y se determina si los padres están listos para la terminación del tratamiento.

Se aumenta el tiempo disponible para el entrenamiento y se enseñan las reglas apropiadas que se pueden establecer en casa, recordando que hay dos tipos de comportamiento problema que pueden presentar los niños/as: no hacer lo que se les dice que hagan y hacer cosas que se les dicen que no deben hacer.

Se omite la codificación de IDN y IDP y se entrena por 20 minutos en IDN o IDP, dependiendo de cual fase representa un reto para ambos padres.

Para establecer la primera regla en casa se puede elegir una conducta disruptiva que ocurra con mayor frecuencia en casa, como saltar en la cama. Esta regla debe de ser consistente y permanente, explicar al niño/a la razón de porque va a existir esa nueva regla, por ejemplo, que puede ser peligroso. Y al mencionar la regla se entrena a los padres para dar un tiempo fuera de tres minutos y un recordatorio.

Es importante no establecer más de dos reglas en casa, a la vez, porque eso extiende el tiempo fuera y ocasiona mayor frustración al niño/a, además de que se utilizaría en exceso.

Después del “tiempo fuera” se debe dar un elogio etiquetado al niño/a por su comportamiento como “Me gusta la forma en que estas sentado tranquilamente”, estos elogios que no tienen relación con la regla de casa tienen como propósito: recordar al niño/a sobre la nueva regla y aumentan su comportamiento prosocial haciendo que el problema de conducta disminuya.

Implementar una regla en casa incluye ejecutar las habilidades de: ignorar selectivamente, realizar elogios y expresar órdenes positivamente. Considerando

que un comportamiento no puede manejarse como una regla permanente de casa como: “No debes hablar” ya que la estructura de una instrucción debe ser clara y específica.

Quinta sesión

La sesión empieza con la codificación y el entrenamiento en lugar de aumentar el tiempo de entrenamiento y omitir la codificación por lo que se codifica al padre en 5 minutos de IDN y si no se alcanza la maestría el padre es entrenando en 10 minutos de IDN. Posteriormente se codifica IDP por 5 minutos y, de igual manera, si no se alcanzan los criterios de maestría se entrena IDP por 10 minutos.

Aquí se podría comenzar a ejecutar las “reglas del consultorio”, que consiste en establecer una regla en el espacio de terapia que debe de ser seguida por la niña o el niño como: no lastimar o no salirse de la habitación sin permiso. En este punto todas las reglas establecidas y utilizadas en casa o en el consultorio se deben de elogiar por el cumplimiento y seguir la secuencia de advertencia en caso de incumplimiento.

El terapeuta revisa el informe de los datos recabados en la hoja de codificación y discute con los padres su progreso en el manejo de habilidades IDN y IDP. Además, se revisa la primera regla establecida en casa y si ha habido un progreso en el cumplimiento de esta se puede comenzar a implementar la segunda regla y el progreso es registrado en la hoja de tarea de IDP.

Un objetivo de esta sesión es que el terapeuta enseñe a los padres como utilizar las habilidades IDP en espacios públicos escuchando primero las opiniones y sentimientos que experimentan los padres cuando sus hijos(as) se portan mal en público, por lo que el terapeuta anima al padre a generar ideas sobre cómo aplicar las habilidades TIPH en estas situaciones específicas. También se sugiere a los padres aplicar las estrategias de IDP siguiendo algunos tips como: evitar sacar al niño(a) cuando está cansado, llevar bocadillos y bebidas, intercalar mandados con actividades divertidas, explicar al niño(a) con anticipación las reglas y llevar consigo una mochila con juguetes pequeños, libros y otros objetos de entretenimiento.

Los padres pueden llevar un objeto que simbolice el tiempo fuera, como una toalla o un periódico y colocarlo en un lugar visible y cercano, por ejemplo, si están en el supermercado pueden colocarlo en el carrito de compras explicándole al niño(a) que si no cumple la instrucción deberá sentarse allí por 3 minutos

Como tarea se le pide a los padres que continúen con las sesiones diarias de juego especial utilizando las habilidades IDN, el IDP se utilizará para el establecimiento de comandos a lo largo del día y las reglas establecidas de casa. El uso de habilidades en conductas en público no se aplica porque los padres aún no han sido entrenados en esas habilidades.

Sexta sesión

Se inicia la sesión con codificación y entrenamiento de 5 minutos de IDN más 5 minutos adicionales si no hay un buen dominio de habilidades, después se procede

a codificar IDP durante 5 minutos, si aún no hay un dominio de las habilidades IDP se entrena al padre en 5 minutos adicionales.

Ahora se lleva a cabo un coaching de comportamiento en público donde el terapeuta entrenará directamente al padre en las habilidades de IDP durante 30 minutos en un lugar público que variará dependiendo del entorno donde se encuentren y de las necesidades de la familia, por lo que los padres establecen las expectativas del comportamiento que tienen y se lo expresan al niño(a) explicándole que cosas buenas sucederán si el niño(a) muestra estos comportamientos, pero que si no obedece una instrucción se aplicará un tiempo fuera.

Para iniciar el terapeuta incita a los padres a utilizar comandos directos en público, por ejemplo “Por favor, toma mi mano” y establecer una regla permanente como “No sacar cosas de los estantes”.

Después de la salida, el terapeuta y la familia regresan a la sala de juegos para la entrevista. Se les dan hojas de tarea para registrar su IDN diario de 5 minutos en casa, las sesiones y uso de IDP para todos los comandos a lo largo del día y la aplicación de la regla de casa. Además, se asignan tres sesiones de práctica de comportamiento público.

Séptima Sesión

El rumbo de la séptima sesión variará dependiendo del enfoque de seguimiento de la familia durante las sesiones de terapia, si aún los padres no pueden pasar a la sesión de graduación se podría deber a una de las siguientes razones: los padres no han alcanzado la maestría en habilidades de IDP, los padres han alcanzado la maestría pero las puntuaciones en la intensidad de los problemas del ICIE son superiores ha 114 lo que indica que aun hay problemas, o los problemas restantes están relacionados con la interacción del niño(a) y sus hermanos. Por lo que los procedimientos para esta sesión y posteriores se adaptarán.

La mayor parte de la sesión se dedicará a mejorar los déficits en habilidades que impidan alcanzar la maestría por ejemplo si las habilidades IDP caen por debajo del dominio se les dice a los padres: “Ok, ahora vamos a codificar IDP por 5 minutos. “Dígale a (nombre del niño(a)) que es tu turno de elegir el juego. Puedes elegir cualquier actividad, pero que (nombre del niño(a)) juegue de acuerdo a tus reglas”.

Si la puntuación del ICIE es alta se comenzará con una discusión acerca de como aplicar las habilidades de TIPH para resolver los problemas que evalúa el ICIE con el objetivo de solucionarlos, aproximadamente en una sesión de 40 minutos. Después el terapeuta codifica IDN y IDP y puede entrenar a la familia en una sesión de limpieza de 5 minutos.

Si los problemas que restan por resolver se relacionan con la interacción entre hermanos se invita a los padres. A que uno de los hermanos asista a las sesiones de terapia. Después el terapeuta entrena al padre para que explique las reglas de IDN y IDP al hermano y durante la sesión realiza el entrenamiento de IDP con ambos niños en la sala de juegos.

Al finalizar la séptima sesión el terapeuta pide a las familias que practiquen 5 minutos de IDN diarios y posteriormente usen el IDP para ejecutar comandos, reglas de casa y comportamientos en público.

Graduación

Se inicia codificando IDN y IDP para asegurarse que la familia cumple con los criterios para graduarse. Si no es así debe repetirse el procedimiento de la séptima sesión, pero si cumplen con los criterios de dominio de la TIPH y alcanzan la maestría se felicita a la familia por graduarse.

Al completar el programa de TIPH el comportamiento de los niños(as) mejorará mucho. Por lo tanto, los objetivos principales de la sesión de graduación son:

- Ayudar a que los padres reconozcan el progreso que han tenido.
- Vincular el resultado del progreso con el uso constante de las habilidades IDN y IDP.
- Reforzar las competencias de los padres para lidiar con problemas futuros una vez concluido el tratamiento.

Por lo que con estos objetivos se busca mantener y mejorar las habilidades de crianza y el comportamiento del niño(a).

El terapeuta entonces pide a los padres que mencionen sus percepciones acerca de los cambios que han logrado con la TIPH e identifiquen las razones por las que se han producido estos cambios y alienta a los padres a proporcionar elogios entusiastas y apropiados para mejorar el comportamiento del niño(a). En el siguiente esquema (ver Figura 1) se simplifica el procedimiento de la TIPH que consiste de 6 fases.

Imagen 1. Procedimiento de la TIPH.



2.5 Terapia de interacción Maestras(os)-Alumnos(as).

La terapia de interacción entre niños(as) y maestras(os) se basa en los fundamentos de la TIPH, pero está dirigida a maestros/as que busquen modificar la conducta de sus alumnos(as), especialmente de los que presentan conductas disruptivas.

De forma similar a la TIPH, primero se realiza la evaluación inicial mediante varios instrumentos incluyendo la entrevista semiestructurada dirigida a padres y maestras(os). A los padres se le preguntará sobre antecedentes familiares, salud mental y desarrollo perinatal, postnatal y prenatal. Para las(os) maestras(os) la entrevista se enfocará en conocer el temperamento del niño(a) dentro de la escuela y sobre su relación con sus pares. Después se utilizan las pruebas SCIPH III y ICMSE-R, omitiendo en este caso el ICIE.

Posteriormente se comenzará con enseñar IDN, entrenamiento de IDN, y en caso de trabajo con maestros se conocerá como enseñar IDM (por sus siglas en inglés para *Teacher Directed Interaction* o Interacción Dirigida por el Maestra(o)) y entrenamiento de IDM.

Algunas diferencias de la TIMN con respecto a la TIPH son:

- Para la presentación de habilidades IDN y IDM se pueden llevar a cabo talleres grupales o talleres de formación individual deben ser didácticos y distribuidos en 2 sesiones, uno para IDN y otro para IDM con el objetivo de que la maestra(o) domine las habilidades de IDM y IDN.
- Los talleres de TIMN estarán conformados por actividades didácticas, actividades en grupo, terapia de juego, codificación, asesoramiento y lluvia de ideas sobre los obstáculos para poner en práctica estas habilidades. Las técnicas utilizadas son las mismas de la TIPH pero pueden modificarse dependiendo de las políticas escolares y las conductas problemáticas identificadas por el maestra(o).
- Las(os) maestras(os) practican las habilidades en el taller didáctico y después en el aula. El entrenamiento de IDN se llevará a cabo dentro del salón adaptado para la sesión donde la maestra(o) esté cómodo y se inicia con un solo alumno(a), por lo que el terapeuta se sentará junto al maestra(o) para entrenarlo en la interacción individual con el niño(a). Cuando la maestra(o) domina los criterios de IDN es decir utiliza 10 elogios etiquetados, 10 descripciones de comportamiento, 10 parafraseos y no más de 3 órdenes, críticas y preguntas, se entrena con dos alumnos(as) y después con todo el grupo.
- En caso de no realizar un taller didáctico se pueden elaborar sesiones de enseñanza como las elaboradas para los padres en la TIPH.
- Los objetivos de IDN en TIMN difieren un poco de los de la TIPH. En TIPH se busca mejorar el apego entre padres e hijos(as), mientras que en la TIMN se busca mejorar la relación maestra(o) – alumno(a) y utilizar la atención selectiva para prevenir las conductas problemáticas.

En la sesión de enseñar se explican a la maestra(o) las habilidades EPIDE y LAS CONDUCTAS A EVITAR del IDN, las técnicas de atención estratégica y en que consiste ignorar selectivamente, siguiendo los mismos fundamentos para el uso de habilidades EPIDE que se usan en casa, también resolverá las dudas o inquietudes que pueda tener el maestro.

Al terminar se menciona a la maestra(o) sobre la tarea de la semana que consiste en que en un tiempo libre que tenga durante sus clases escoja a uno o dos niños(as) del grupo para ayudarlo a practicar las habilidades IDN utilizando juguetes apropiados durante 5 minutos. También que en cada oportunidad durante clases busque utilizar las habilidades EPIDE, por ejemplo, elogiar cuando el niño(a) ha ejecutado un comportamiento positivo.

La maestra(o) dará al niño(a) una breve explicación sobre el inicio de la terapia mencionando antes de comenzar que van a practicar como jugar mejor con otros niños(as) y que podrán jugar con algunos juguetes divertidos, posteriormente se le muestra al niño(a) el auricular que estará usando la maestra(o), o el terapeuta procede a sentarse en una esquina del salón de clases.

El juego dirigido por el niño(a) sigue los mismos criterios de la TIPH, la diferencia es que para abordarlas con un grupo se necesitará incluir a un segundo niño(a) a la sesión, después de haber logrado las competencias esperadas con el anterior niño(a). Entonces la maestra(o) debe distribuir la atención entre los dos niños(as), y al mismo tiempo abordar el comportamiento disruptivo, por ejemplo, si un niño(a) está en la silla de tiempo fuera y se levanta sin haber cumplido con los tres minutos, la maestra(o) ignorará el incumplimiento y enfocará su atención en el segundo niño(a) diciendo un elogio etiquetado, como “Me gusta mucho como sigues las instrucciones y te sientas en la silla”, por lo que el niño(a) procederá a imitar a su compañero(a) y regresar a la silla.

La maestra(o) debe de usar elogios etiquetados como “Gracias por sentarte en tu silla, me gusta mucho cuando sigues las instrucciones”. De acuerdo a la opinión de algunas maestras(os) es más fácil la terapia de juego con dos niños(as) que con uno, ya que las maestras(os) al centrar su atención en el niño(a) que se comportaba hace que el otro niño(a) cambie su comportamiento.

En el siguiente esquema (Imagen 2) se sintetiza el procedimiento de la TIMN que se utilizará para esta investigación.

Imagen 2. Procedimiento de la TIMN.



3. Antecedentes

La TIMN se ha aplicado en poblaciones de familias con niños que presentan antecedentes de comportamiento disruptivo, así mismo existen ya algunos estudios que muestran la eficacia de la TIPH en población infantil con TEA y TDAH.

Fernández et al. en 2015 realizaron una investigación con el objetivo de evaluar la aplicación de la TIMN en el aula de preescolares y niños mayores, por lo que se seleccionó una muestra aleatoria conformada por 11 maestros de educación preescolar y primer año de primaria, con 118 niños de escuelas públicas urbanas de Manhattan.

A cinco aulas se les aplicó la TIMN y seis fueron establecidas como grupo control. Los resultados mostraron que después de participar en el entrenamiento TIMN los maestros aumentaron sus habilidades en atención positiva, en comportamientos positivos de los estudiantes y disminuyeron la atención negativa a conductas

problema, mencionando además que disminuyó su angustia acerca del comportamiento disruptivo de los estudiantes. Concluyeron que la TIMN es prometedora para la capacitación en estrategias para manejar el comportamiento positivo y disminuir o mejorar conductas disruptivas.

Kanine et al. en 2018 realizaron una investigación con el objetivo de examinar los efectos de la TIMN en el comportamiento del maestro/a y el alumno además de las habilidades socioemocionales del niño/a comparándolos con el Tratamiento de Seguimiento Habitual (o TAU por sus siglas en inglés para *Treatment As Usual*).

Su hipótesis fue que los maestros/as que participaron en la terapia TIMN mejorarían sus habilidades con respecto a la atención positiva que otorgaban a los niños y disminuirían la atención negativa a diferencia de los maestros que continuaron con la terapia de TAU, también los niños que participaron en la TIMN disminuirían las conductas disruptivas y mejoraría sus habilidades socioemocionales después del tratamiento, al contrario de los niños que recibieron la terapia TAU.

La población estuvo conformada por ocho maestros y 38 niños con antecedentes de maltrato que ingresaron al *Therapeutic Preschool* (Preescolar Terapéutico) y presentaban problemas de comportamiento. La TIMN se implementó durante 12 semanas incluyendo sesiones grupales e individuales de entrenamiento. Cuatro maestros participaron en ocho sesiones grupales a la semana de 1 hora y media, incluidas cuatro sesiones de IDN y cuatro sesiones de IDM. Durante las sesiones de IDN los maestros aprendieron habilidades de elogios específicos del comportamiento, describir la conducta del niño durante el juego, evitar las críticas, reducir el uso de comandos innecesarios e ignorar el comportamiento no deseado. Mientras tanto en el grupo control los maestros continuaron utilizando las estrategias terapéuticas de TAU que trabajan específicamente en el aula. Durante la terapia los maestros disminuyeron los comentarios negativos y el uso de preguntas. Por otro lado, los niños mostraron un aumento significativo en habilidades socioemocionales.

Briegel (2018) realizó una investigación donde se aplicó la TIPH en un niño de 10 años con diagnóstico de TDAH y Trastorno Oposicionista Desafiant (TOD). Durante las sesiones de terapia se realizaron adaptaciones acordes a las necesidades de los padres y la intervención con niños mayores.

Al finalizar las 13 sesiones de terapia los resultados en los puntajes de las conductas disruptivas disminuyeron manteniéndose en los límites normales y se dio seguimiento al caso por 12 meses en los cuales la aparición de conductas disruptivas características del TOD desaparecieron.

La investigación de Sehli, Helou y Sultan (2021) consistió en una investigación con el objetivo de demostrar la efectividad de la TIPH con niños con síntomas externalizantes.

La población estuvo conformada por dos niños y sus padres, un paciente es un niño de 5 años diagnosticado con TDAH y el segundo paciente es una niña de 6 años

con diagnóstico de epilepsia en el lóbulo frontal. Ambos presentan problemas de atención, hiperactividad e impulsividad por lo que se agendaron 17 sesiones a los padres del primer paciente y 25 sesiones a los padres del segundo paciente. La mayoría de las sesiones fueron presenciales, sin embargo, algunas fueron virtuales debido a los lineamientos por la pandemia de COVID-19.

Los resultados reportaron una disminución en las conductas disruptivas de ambos niños al finalizar el proceso terapéutico de la TIPH, como los arrebatos de conducta, el seguimiento de las instrucciones mejorando su patrón de juego con compañeros y hermanos que se volvió más respetuoso y dirigirse de forma educada hacia los padres.

Zlomke y Jeter en 2020 realizaron una investigación con el objetivo de examinar la efectividad de la TIPH en niños con TEA y sin TEA en conjunto con sus padres. Como objetivos específicos tuvieron comparar el efecto de la TIPH en esta población y examinar si existe una mejora significativa en cuanto a la disminución del estrés de crianza que presentan los padres y el comportamiento prosocial de los niños. Por lo que se realizó una intervención con la TIPH en 14 niños con TEA que previamente fueron evaluados con el test de *Gilliam Autism Rating Scale – 2nd Edition (GARS)* y en 14 niños que conformaron el grupo sin diagnóstico de TEA.

Los resultados mostraron una mejora significativa en cuanto a la disminución del comportamiento disruptivo de los niños diagnosticados con TEA y se observaron mejoras en las habilidades socioemocionales y los síntomas relacionados con este trastorno, como la conducta atípica y conductas de retracción, a diferencia de los niños(as) que reciben el tratamiento habitual. Se concluyó que los resultados apoyan el uso de la TIPH para niños con TEA y se considera una herramienta para abordar problemas del comportamiento.

Jiménez en 2022 realizó una investigación que consistió en aplicar un taller psicoeducativo sobre la TIMN dirigido a maestros y a maestras de educación regular y especial, con el objetivo de brindar estrategias a los docentes que les permitan convertir el aula en un espacio inclusivo para los niños/ con TEA.

El taller consistió en 12 sesiones de 2 horas cada una. Se modificó el ICMSE-R para niños con TEA que presentaban conductas disruptivas en la escuela y se aplicó antes y después del taller. También se realizaron diarios de campo para registrar las sesiones.

Los resultados mostraron que la percepción de los docentes acerca del número de problemas que presentaban los alumnos con TEA disminuyó después de la intervención, aunque la percepción del profesor sobre la intensidad de los problemas que presentan sus alumnos con TEA no cambió, sin embargo, el conocimiento que los profesores tenían sobre el TEA y las estrategias que utilizaron ante las conductas de TEA en el aula cambiaron, por lo que se registró una disminución del 60% en las conductas consideradas problemáticas por los docentes permitiendo que se aumenten los espacios inclusivos para el desarrollo de niños con TEA.

Finalmente se concluyó que el taller psicoeducativo de la TIMN dirigido a docentes proporciona estrategias de intervención para actuar dentro del aula con niños/as con diagnóstico de TEA.

En conclusión, se ha aplicado la TIPH en padres y sus niños diagnosticados con TND, con conductas disruptivas o que presenten ambas características, y la TIMN se ha aplicado en maestros y niños con conductas disruptivas. También se ha intervenido con docentes de una escuela de educación especial con la TIMN mediante un taller psicoeducativo

4. Justificación

Las adaptaciones que presenta el manual y los antecedentes mencionados justifican la intervención en la población de maestras/os para reforzar sus herramientas de interacción y trabajo con niños/as diagnosticados/as con TND. Por lo que se consideran los siguientes puntos:

- 1) La prevalencia de los trastornos del neurodesarrollo ha aumentado, Romero y García (2014) mencionan que es difícil establecer una cifra exacta acerca del aumento en los TND en México, sin embargo, se han obtenido datos de acuerdo a García et al. (2000) donde mencionan que en México existe un incremento en los niños diagnosticados e integrados en una institución regular.

Por ejemplo, la prevalencia del TEA a nivel mundial es de 1 por cada 160 niños (OMS, 2019) y específicamente en México la prevalencia de autismo antes de 2013 era de 30 a 116 casos por 10 000 habitantes (Reynoso, Rangel y Melgar, 2017). Según la OMS (2023) uno de cada 100 niños tiene autismo a nivel mundial

- 2) La asistencia de niños con TND a las escuelas regulares ha aumentado. En el ciclo escolar 2015- 2016 la asistencia escolar de niños y niñas de entre 3 y 5 años diagnosticados con alguna discapacidad, entendiendo que discapacidad engloba el diagnóstico de Trastornos del aprendizaje, Discapacidad motriz, visual o intelectual y Trastornos del neurodesarrollo como TDAH y TEA fue de 64.1% (SEP, 2017).

En el ciclo escolar 2019-2020 se registraron un total de 429 242 niños(as) y adolescentes con discapacidad inscritos en educación básica en México de los cuales 371 356 se inscribieron en escuelas regulares (Comisión Nacional para la Mejora Continua de la Educación, 2023).

- 3) La capacitación que reciben las maestras/os aún es poca o deficiente, ya que perciben que no cuentan con los conocimientos sobre los diferentes TND, tampoco con herramientas para contender con esta nueva realidad. Por lo que los docentes consideran que las aulas no están adecuadamente

preparadas para trabajar con alumnos/as que viven con un diagnóstico de TND (Lara-Cruz et al., 2020).

5. Planteamiento del Problema

Los problemas que identificamos y a los que consideramos que este trabajo de investigación/intervención aportará para solucionar, son los siguientes:

1. Falta de conocimiento de la eficacia de la TIMN en los Trastornos del Neurodesarrollo. Existen investigaciones acerca de la aplicación de la TIPH en niños/as con TEA y sus padres, que buscan conocer su efectividad en cuanto a la disminución del estrés parental y el comportamiento prosocial de los niños/as. Los resultados muestran una mejora en la disminución de la conducta disruptiva de los niños y una mejora en la adquisición de habilidades socioemocionales (Zlomke y Jeter, 2020).

También existen investigaciones de la TCIT en maestros y sus alumnos con antecedentes de maltrato que asistían a un preescolar terapéutico. El estudio reporta que al concluir la terapia los maestros reforzaron sus habilidades de interacción con sus alumnos y estos mejoraron sus habilidades socioemocionales (Kanine et al., 2018).

Sin embargo, no existe información relacionada con la efectividad de la TIPH en maestras(os) y sus alumnos(as) diagnosticados con Trastornos del Neurodesarrollo.

2. Falta de capacitación a las docentes en estrategias de intervención en los Trastornos del Neurodesarrollo. En la actualidad debido a la implementación del modelo de integración educativa que establece la SEP se ha observado un aumento de niños y niñas con diagnóstico de algún Trastorno del Neurodesarrollo inscritos en las escuelas de nivel básico regular (García et al., 2000). En el ciclo escolar 2015- 2016 la asistencia escolar de niños y niñas de entre 3 a 5 años diagnosticados con alguna discapacidad fue de 64.1%. Por otro lado los menores de edades comprendidas de entre 6 y 11 años el 89.5% asistía a la escuela (SEP, 2017).

En el ciclo escolar 2019-2020 se registraron un total de 429 242 niños(as) y adolescentes con discapacidad inscritos en educación básica de los cuales 371 356 se inscribieron en escuelas regulares (Comisión Nacional para la Mejora Continua de la Educación, 2023).

Sin embargo, la formación de las y los docentes en conocimientos sobre los TND aún es poca y en general las y los docentes carecen de herramientas para interactuar, guiar y trabajar con esta población (Lara-Cruz et al., 2020).

5.1 Pregunta de Investigación

5.1.1 Pregunta General

¿Una intervención basada en la TIMN es eficaz en el trabajo con maestras(os) y sus alumnos/as diagnosticados/as con Trastornos del Neurodesarrollo?

5.1.2 Preguntas Específicas

- ¿Existe algún cambio en la intensidad y número de los problemas de conducta en niños(as) con Trastornos del Neurodesarrollo en el post tratamiento respecto al pre tratamiento?
- ¿Las maestras(os) adquirieron habilidades para interactuar con sus alumnos(as) con Trastornos del Neurodesarrollo?
- ¿La evaluación antes y después de la intervención muestra que hay diferencias significativas en cuanto a las características de los Trastornos del Neurodesarrollo de los niños(as)?

5.2. Hipótesis

5.2.1 Hipótesis General.

Una intervención basada en la TIMN es eficaz para trabajar con maestras(os) y sus alumnos/as con diagnóstico de Trastorno del Neurodesarrollo.

5.2.2 Hipótesis Específicas.

- La intensidad de los problemas de conducta de los niños(as) disminuirán después de la intervención con la TIMN.
- Las maestras/os mejorarán sus habilidades de interacción con sus alumnos(as) con Trastornos del Neurodesarrollo después de una intervención basada en la TIMN.
- Despues de la TIMN las características propias de los Trastornos del Neurodesarrollo disminuirán o mejorarán en los niños(as).

5.3. Objetivos

5.3.1 Objetivo General:

Conocer la eficacia de una intervención basada en la TIMN para maestras/os y sus alumnos/as con Trastornos del Neurodesarrollo.

5.3.2 Objetivos Específicos:

- Comparar el número y la intensidad de los problemas de conducta en niños(as) con Trastornos del Neurodesarrollo antes y después de llevar a cabo una intervención basada en la TIMN.
- Analizar los cambios en las habilidades de interacción de las maestras(os) con sus alumnos(as) con Trastornos del Neurodesarrollo después de la intervención basada en la TIMN.

- Evaluar las diferencias en las características de los Trastornos del Neurodesarrollo de los niños(as) antes y después de la intervención basada en la TIMN.

6. Metodología

Se convoco a las escuelas mediante la difusión de una convocatoria donde se animó a la población a participar.

Nos reunimos con las diadas maestro(a) y alumno(a) que deseen participar para explicarles el procedimiento y lo que implica su participación en la investigación solicitando su consentimiento/asesamiento informado como se detalla en las consideraciones éticas en este documento. Posteriormente se realizó el procedimiento descrito en los apartados anteriores titulados TIPH y TIMN, que implican una evaluación inicial y final y el paso por las dos fases que sugiere la terapia: IDN y IDP/IDM. Además de las evaluaciones se incorporaron algunas pruebas asociadas a la evaluación de las características de los TND. Las características metodológicas se detallan a continuación.

- a) Tipo de investigación, diseño y alcance: Se trata de una investigación cuantitativa de diseño pre experimental y alcance correlacional.
- b) Población de estudio: Maestros (as) y sus alumnos(as) con diagnóstico de algún trastorno del neurodesarrollo, específicamente TEA y TDAH, ya que se considera la posibilidad de que al considerar como criterio de inclusión un solo trastorno específico se localicen pocos o ningún participante, que se encuentren en edad preescolar y primeros años de la escuela primaria que se encuentren entre los 3 y los 6 años de edad.
- c) Tamaño y tipo de muestra: Este estudio tuvo una muestra no probabilística por conveniencia de alrededor de 2 diadas maestro(a)-alumno(a).

d) Definición operacional de las variables:

Variables	Instrumento de Medición
Número e Intensidad de los Problemas de Conducta	ICMSE-R
Habilidades de Interacción EPIDE Y Conductas a Evitar	SCIPH III
Características de los Trastornos del Neurodesarrollo	-Connors -M-CHAT

- e) Técnicas e Instrumentos: Las técnicas que utilizo la TIMN se basan en la TIPH y están descritas en el apartado de fundamentación teórica. La evaluación de las variables se llevó a cabo por medio de los siguientes instrumentos:

1. ICMSE-R: Cuestionario completado por el maestro(a) que le permite al terapeuta conocer la percepción del comportamiento del niño(a) dentro del contexto

escolar, consiste en señalar en una lista de 38 conductas problemáticas cuál representa un problema para la maestra(o) y la intensidad de las mismas. Está conformado por dos indicadores: la intensidad y el número de problemas.

2. SCIPH-III: Sistema de codificación que se utilizó durante la observación directa en el momento de juego, en el cual se registrarán el número de elogios utilizados, para fraseos, uso de preguntas etc.

3. Entrevista anamnésica semiestructurada: Se realizó al maestro(a) y a los padres. A la maestra/o se le preguntó sobre los datos académicos del niño(a) como su experiencia escolar, la relación con sus pares, su temperamento dentro de la escuela y si ha vivido experiencias estresantes dentro del salón de clases. A los padres se les preguntó acerca de los antecedentes familiares sobre salud mental, información sobre el periodo perinatal, prenatal y postnatal, desarrollo motriz, temperamento y disciplina en casa.

4. Conners: Es un instrumento validado en población mexicana de acuerdo a Frías M. et al. en 2008 y se utiliza para evaluar síntomas característicos del TDAH como los problemas de conducta y la hiperactividad. Se aplicará la versión para maestros que consta de 39 reactivos que evalúan: Hiperactividad, Problema conductual, sobre indulgencia emocional, Ansioso-Pasivo, Asocial y Ensoñación Problema de Atención. Para su calificación e interpretación se siguen los siguientes pasos: primero los síntomas y signos se califican con los adjetivos y escala de valor de 4 puntos (0 a 3): Nunca = 0. Sólo un poco = 1. Bastante = 2 y Mucho = 3. Las puntuaciones brutas dentro de cada factor se transforman en puntuaciones T ($M = 50$, $DE = 10$) mediante el cuadro C-63 del manual. Se suma la puntuación de cada reactivo por factor. Para la interpretación del instrumento se requieren de las Normas para la Escala de Conners de calificación para padres del cuadro C -63 y la Escala de Conners de calificación para Maestros Cuadro C - 65 del manual. Después se localiza en la escala el factor al que corresponde. En el factor correspondiente se localiza el sexo del alumno/a. En la columna de puntuación total se localiza el número que corresponda a la suma de los reactivos. Se sigue el renglón que corresponde a la suma de puntos de los reactivos hasta el cruce con la columna de edad del alumno/a. Si la puntuación resultante es mayor o igual a 70, se interpreta como significativo para ese factor, si es menor de 70 no es significativo. Para la interpretación del Índice de Hiperactividad se utiliza el cuadro C-65 del manual.

5. M-CHAT: Es un cuestionario validado para población mexicana de acuerdo a una investigación realizada por Villareal G. en 2011. Consta de 20 preguntas el cual es respondido por los padres para evaluar el riesgo de presentar TEA, se considera un riesgo bajo si se obtiene una puntuación de cero a dos, de tres a siete es riesgo moderado y se considera riesgo alto si se obtiene una puntuación de entre ocho y 20. Para su evaluación la respuesta "si" es considerada una respuesta típica y "no" es una respuesta de riesgo, solamente en las preguntas 2, 5 y 12 las consideraciones son invertidas.

6. ICIE: Cuestionario completado por el padre que le permite al terapeuta conocer la percepción del comportamiento del niño(a) dentro del contexto escolar, consiste en señalar en una lista de 38 conductas problemáticas cuál representa un problema para el padre y la intensidad de las mismas. Está conformado por dos indicadores: la intensidad y el número de problemas.

f) Lugar y condiciones de realización: Como lo sugiere el manual de la TIMN, deberá llevarse a cabo en el aula del o la docente a quien se entrene.

g) Recursos materiales y humanos requeridos: Aula, juguetes sugeridos por el manual de la TIPH, formatos de evaluación para cada sesión, grabadora de audio y video. El procedimiento de intervención se llevará a cabo por la investigadora responsable de este proyecto.

h) Criterios de inclusión, de exclusión y de eliminación:

Criterios de Inclusión

- Maestras(os) de educación preescolar o primeros años de la escuela primaria.

Alumnos/as:

- con diagnóstico de Trastorno del Neurodesarrollo (TEA o TDAH) - de edades comprendidas entre los 3 a 6 años.
- inscritos en un programa de educación preescolar y/o primaria.
- que tengan un seguimiento supervisado por un psiquiatra en su tratamiento farmacológico.

Criterios de exclusión.

Alumnos(as):

- Sin un diagnóstico de Trastorno del Neurodesarrollo.
- Mayores a 6 años de edad.
- Que no asistan a escuela preescolar o primaria ni estén inscritos a algún programa educativo.

Maestras(os):

- De segundo grado de primaria o superior.

Criterios de eliminación:

- En caso de que la maestra(o) o el niño(a) acumule 3 faltas consecutivas sin justificación ni aviso previo ya no será contemplado para continuar formando parte de la investigación.

7. Consideraciones Éticas

Principio de No maleficencia.	Ninguno de los procedimientos que utiliza la terapia implica afectar la integridad física o psicológica del niño/a o de la maestra/o. El terapeuta debe mantener un lenguaje respetuoso y evitar críticas u opiniones.
Principio de Beneficencia	La TIMN mejora la autoestima del niño/a, la relación maestro-alumno y proporciona herramientas al docente para la interacción con sus alumnos/as.
Principio de Autonomía	<ul style="list-style-type: none">• La participación será voluntaria.• Se presentará un consentimiento informado dirigido a padres y maestros/as.• Se considerará el asentimiento del niño/a.
Principio Justicia	No se discriminará a los participantes por etnia, religión y/o color de piel. Se seguirán únicamente los criterios de inclusión y exclusión establecidos.

8. Resultados

Después de la promoción de la convocatoria, se visitó un total de 6 preescolares, 4 escuelas primarias y una escuela de educación especial pertenecientes al municipio de San Juan del Río. En las escuelas, se agendó una cita con directoras/es para solicitar realizar una breve charla dirigida a maestras/os donde se presentó el objetivo del proyecto, el proceso terapéutico, el consentimiento informado y la población a quien iba dirigida. También se tuvo contacto con autoridades escolares como supervisoras/es escolares, para la difusión de la convocatoria y simultáneamente se difundió por redes sociales (Ver anexo 7).

Una de las autoridades escolares se comunicó con las investigadoras responsables para compartir datos telefónicos de dos maestras interesadas en formar parte del protocolo. Finalmente se lograron las condiciones para trabajar con dos diadas.

Se presentan los resultados de las 2 diadas maestra-niño, ambas pertenecientes a escuelas preescolares públicas.

8.1 Contexto escolar

La escuela en la que se trabajó con la diada ABJA06, está ubicada en la comunidad de “Senegal de las Palomas” perteneciente al Municipio de San Juan del Río en el Estado de Querétaro Arteaga. El municipio tiene 2,379 habitantes, la comunidad está a 25 minutos de la cabecera municipal (San Juan del Río). Se considera una

comunidad rural, cuenta con sembradíos de maíz y trigo, servicios de luz, agua que es abastecida por pozo, alumbrado público, la mayoría de las calles son de terracería y empedrado, solo las calles principales están pavimentadas o tienen concreto. En la comunidad hay un centro de salud el cual atiende de lunes a viernes de 9 de la mañana a 3 de la tarde, brindando el servicio de dentista quien solo atiende la prevención de la salud bucal, enfermera y un médico quien da consultas generales. La comunidad es representada por un delegado, quien se encarga de coordinar en conjunto con el municipio apoyos para la misma, por ejemplo, brindar seguridad pública. En algunas charlas con miembros de la comunidad se menciona que hay muy poca seguridad, pues se suscitan riñas entre los habitantes.

Cuenta con una casa ejidal donde se llevan a cabo talleres, como música o taekwondo, o eventos escolares.

El preescolar público matutino “Palomas”, ubicado en esta comunidad con domicilio conocido, con clave ante la USEBEQ de 22DJN0036G fue fundado en 2016. En el ciclo escolar 2022 -2023 registró un total de 86 alumnos la edad de los menores oscila entre los 4 y los 5 años.

Está conformado por 3 grupos que incluyen segundo, tercero A y B de preescolar. Hay tres educadoras frente a grupo y una directora, hay un personal de intendencia pagado por los padres de familia.

La escuela cuenta con 3 aulas amplias, dos de ellas con loseta y una con multipanel, una biblioteca que funciona a su vez como dirección, cuenta con sanitarios adaptados para las/los niñas/os y un baño para las maestras, cuenta con una bodega, la cual tiene techo de lámina y se usa para guardar material de educación física, didáctico, mobiliario de aulas, herramientas de jardinería, escalera, consumibles etc.

El preescolar cuenta con techumbre de lámina el cual abarca la plaza cívica, cuenta con suficiente espacio de áreas verdes, 2 porterías que se encuentran ubicadas en un área donde hay tierra y áreas de juegos con 12 columpios, 3 resbaladillas, un sube y baja, una rueda fija y dos casitas.

La escuela cuenta con agua potable la cual es sustentada por un pozo; sin embargo, el abastecimiento es insuficiente por lo que se almacena agua en tambos y cisternas, también se cuenta con electricidad e internet fijo (Programa analítico, Preescolar Palomas, 2024).

La escuela en la que se trabajó con la diada AMRMI11 es el preescolar matutino General José María Arteaga ubicado en la calle 5 de mayo Núm. Ext. 4, La Estancia, Ejido La Estancia. La localidad de La Estancia (Querétaro) pertenece al Municipio de San Juan del Río , situado a 8.4 kilómetros de éste, y está a 1,930 metros de altura. Es la localidad más poblada del municipio, en dirección Suroeste y está a 39 minutos en auto (33 km).

La población de La Estancia es de 7,335 habitantes viven alrededor de 4,340 personas en 1,030 casas. Se registran 554 habitantes por km², con una edad promedio de 26 años y una escolaridad promedio de 8 años cursados.

De las 5,000 personas que habitan en La Estancia, 2,000 son menores de 14 años y 2,000 tienen entre 15 y 29 años de edad. Cuando se analizan los rangos etarios más altos se contabilizan 2,000 personas con edades de entre 30 y 59 años, y 340 individuos de más de 60 años.

El jardín de niños está ubicado cerca del jardín principal. La escuela cuenta con 7 aulas, dirección, biblioteca y 3 baños para niñas y 2 baños para niños.

El personal docente que trabaja en el jardín de niños consta de 7 educadoras entre los 33 y los 40 años, una directora, intendente y profesor de educación física.

Los servicios con los que cuentan las instalaciones son: luz, agua e internet. La escuela cuenta con una superficie de 1200m², un poco limitada para la población escolar con la cuenta.

Actualmente la matrícula de alumnos oscila entre los 195 y 180 alumnos cursando 2do y 3ro de preescolar: 4 grupos de 3ro y 3 grupos de 2do. Algunos alumnos han presentado NEE (Necesidades Educativas Especiales). Lamentablemente no se cuenta con servicio de USAER para poder dar atención más guiada a esta población. (Programa analítico, Preescolar La Estancia, 2022).

8.2 Resultados del paciente ABJA06:

8.2.1 Descripción de las características generales del caso obtenidas por medio de Entrevista anamnésica semiestructurada.

La diada está conformada por la maestra titular del tercer grado de preescolar y su alumno de 4 años, 11 meses de edad con diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad y Trastorno del Lenguaje Expresivo.

El niño es el menor de 3 hijos, tiene 2 hermanas de 8 y 7 años de edad con las que tiene una buena relación. Asiste a terapia psicológica 2 veces a la semana, en ella se revisan aspectos cognitivos y se le asignan principalmente tareas para mejorar su rendimiento académico (planas, sumas, restas, numeración).

En la información perinatal, prenatal y postnatal la mamá menciona que la gestación fue completa con 39 semanas de gestación, el parto fue por cesárea con cordón umbilical enredado y no requirió oxígeno, reanimación cardiopulmonar, ni incubadora y no presentó sufrimiento fetal ni problemas de salud después del parto.

El estado de salud física y mental de la madre fue estable, no consumió ningún medicamento ni sustancia durante el período de gestación. El peso al nacer del bebé fue de 2,900 gramos con 50 cm de talla, su alimentación fue exclusiva con leche materna hasta los 4 meses que la mamá empezó a darle fórmula láctea.

Después de los 6 meses se le comenzó a dar alimentos no lácteos y al cumplir un año comenzó a ser incluido en la dieta familiar, tiene una buena alimentación mencionando que lo único que no incluye en su dieta son caldos (pollo, res, pescado) porque no le gusta comerlos.

Lo hitos del desarrollo motriz se dieron en tiempo y forma, con dificultades en el control de esfínteres por estreñimiento.

En los primeros seis meses de vida no lloraba en exceso ni presentaba problemas para dormir, sin embargo, se levantaba algunas veces en la noche. En el período de 1 a 2 años de edad el niño asistió a educación inicial, gritaba y constantemente hacia berrinches, mostraba ciertos grados de impulsividad y un retraso en el lenguaje, así como problemas para gatear y en las actividades de la clase de educación física. Tenía dificultades para relacionarse con sus compañeros y compañeras y con sus padres, pues usualmente peleaba y mantenía una actitud de aislamiento a la hora del recreo ya que sus compañeros/as no querían incluirlo en los juegos.

En el período más reciente de 3 años a la actualidad, la mamá detectó problemas de hiperactividad en el niño, sin algún retraso en el desarrollo solo dificultad para la lectoescritura y problemas en la coordinación motora, por lo que empezó a llevarlo a terapia donde le asignaban actividades para trabajar la coordinación motriz, por ejemplo, escalar, trepar, gatear y reptar.

La mamá observaba también que tenía dificultades para mantener la atención, no mostraba comportamiento oposicionista-desafiante ni obsesivo, pero menciona que no le gusta acomodar sus cosas, no le gusta compartir, y tiene problemas para esperar su turno.

En el ámbito escolar su maestra afirma que desde que ingresó a la escuela en primer año de preescolar los padres de familia de los demás compañeros de clase y la maestra titular de grupo, constantemente solicitaban hablar con la mamá del niño debido a que presentaba conductas disruptivas dentro del salón como: no seguir las instrucciones de la maestra, con frecuencia salía del salón sin supervisión ni previo aviso, constantemente golpeaba a sus demás compañeras y compañeros y les “arrebataba” juguetes o materiales sin permiso, por lo que estos ya no querían convivir con él, esto también por advertencia de los padres de familia, entonces el niño pasaba la mayor parte del tiempo jugando o realizando actividades en solitario. La mamá define el comportamiento de su hijo como alegre, sensible e intenso emocionalmente, además menciona que no le gusta ensuciarse o jugar con tierra.

Actualmente recibe tratamiento farmacológico específicamente un cuarto de tableta de 10mg de metilfenidato diario.

Tras la entrevista se decidió enfocar la intervención/entrenamiento en: mejorar la autoestima del niño, trabajar en el seguimiento de las instrucciones que le da la maestra y en aprender a respetar turnos. El tratamiento se llevó a cabo de manera

simultánea con el tratamiento farmacológico y la terapia cognitiva que el niño ya atendía.

8.2.2 Desarrollo de la TIMN

Para este caso en particular, fueron necesarias 17 sesiones: 2 sesiones de evaluación, una sesión psicoeducativa sobre TDAH para padres y maestra, 12 sesiones de entrenamiento, de estas 12 en 10 además se hizo codificación y 2 sesiones de teoría, 4 sesiones fueron canceladas por eventos escolares. Se registró el puntaje del SESBI por 21 semanas, la maestra alcanzó la maestría en Habilidades IDN (puntaje de 10) en la 5ta sesión de codificación de esta etapa por lo que se inició con la etapa de IDM. Para la graduación en la sesión 17 la maestra obtuvo la maestría en habilidades IDN e IDM.

Se realizaron las siguientes fases, siguiendo el manual de la TIPH y TIMN (Bodiford CH. y Hembree-Kigin T., 2010):

- Evaluación inicial: Aplicación de entrevista inicial a madre y maestra, ICIE, ICMSE-R, Conners para padres/madres y maestras/os y SCIPH-III inicial (1 sesión).
- Breve sesión de 1 hora de psicoeducación sobre el TDAH (1 sesión).
- Sesión Teórica de IDN: Se realizó en la semana 3, consistió en una sesión de 1 hora, 30 minutos, donde mediante una presentación didáctica se le expuso a la maestra la primera etapa de la terapia “Interacción Dirigida por el Niño/a o CDI”. Al terminar la presentación se le solicitó a la maestra realizar 5 minutos de juego especial diarios con el niño y enviar el instrumento ICMSE-R semanalmente para supervisar los cambios en la intensidad de las conductas disruptivas y la hoja de registro de juego especial. (1 sesión)
- Fase de “Entrenamiento IDN”: Sesiones llevadas a cabo todos los jueves en un horario de 11:10 a 12:30 en la biblioteca del preescolar al que asiste el niño. Los participantes de las sesiones son el niño, la maestra titular y la investigadora responsable en calidad de terapeuta. Se siguen los pasos descritos en el apartado del marco teórico sobre la TIMN que son: una breve retroalimentación con la maestra, 5 minutos de codificación IDN registrando las habilidades IDN utilizando el SCIPH III, 25 minutos de “Entrenamiento de IDN”, esto se realiza utilizando los juguetes que sugiere el manual, y la retroalimentación final para compartir los resultados a la maestra al término de la terapia (cinco sesiones, ver imagen 3).
- Fase de Enseñando IDM: se realizó en la semana 11. Se presentó a la maestra las habilidades que se trabajan en la segunda etapa de la terapia que incluye las instrucciones efectivas y la estructura y seguimiento de las mismas, así como el uso de un tiempo fuera eficaz. (1 sesión)
- Fase de Entrenamiento de IDM: Sesiones llevadas a cabo todos los jueves en un horario de 11:10 a 12:30 en la biblioteca del preescolar al que asiste el niño. Los participantes de las sesiones son el niño, la maestra titular y la investigadora responsable en calidad de terapeuta. Se siguen los pasos

descritos en el apartado del marco teórico sobre la TIMN que son: 10 minutos de juego especial en el aula utilizando ahora las instrucciones efectivas, 5 minutos de codificación de IDN y 5 minutos de codificación IDM, 30 minutos de entrenamiento de habilidades IDN/IDM y retroalimentación final de la sesión. (7 sesiones)

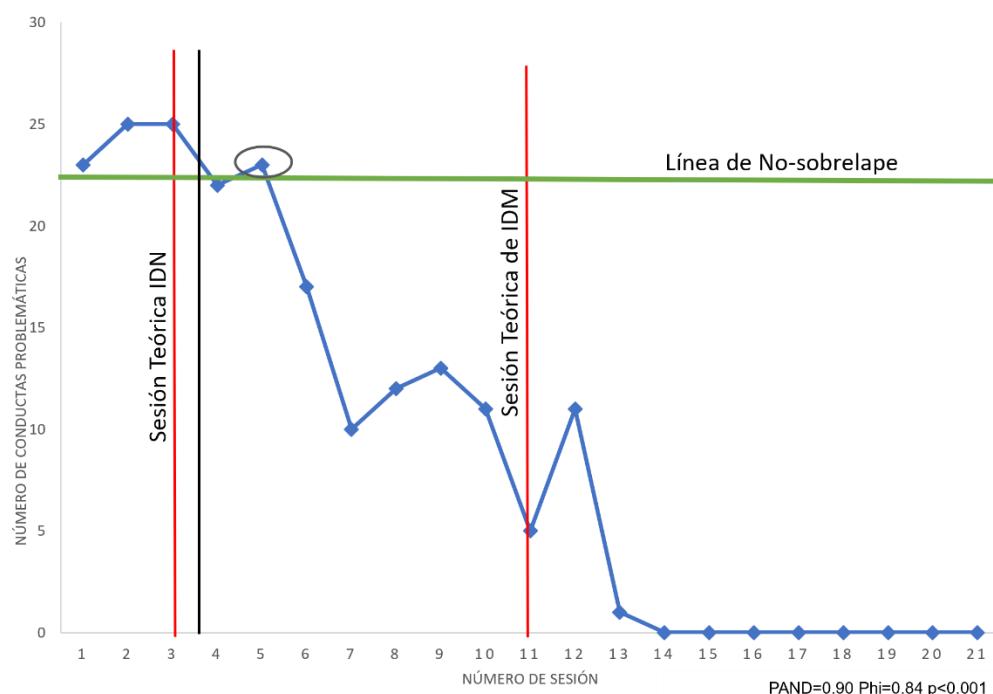
- Evaluación final: Se aplicaron los instrumentos de evaluación inicial (1 sesión) ICIE, ICMSE-R, Conners para padres/madres y maestras/os y SCIPH-III final

8.2.3 Evaluación Cuantitativa.

Se muestra a continuación los resultados de: 1. ICMSE-R, 2. ICIE, 3. SCIPH III, 4. Test de Conners para maestras/os y padres.

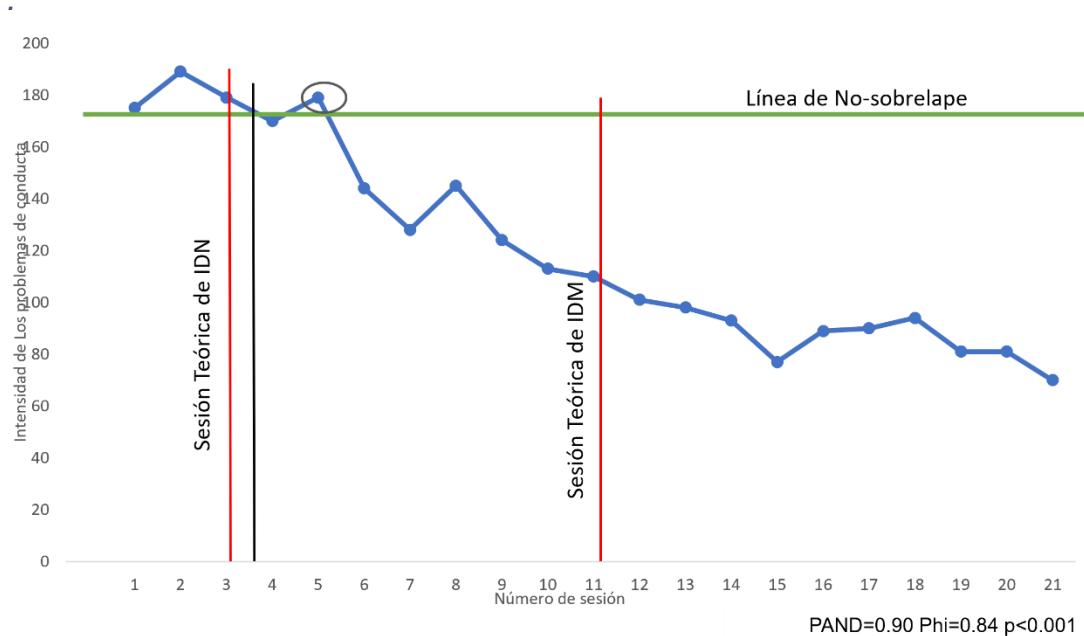
Se obtuvo un registro semanal del ICMSE-R, de la intensidad y el número de conductas consideradas como un problema por la maestra, estas son principalmente que el niño no permanece sentado durante las clases, constantemente se apropiá de los juguetes de sus compañeros sin pedir permiso y “arrebata” los materiales (Gráfica 1 y 2).

Gráfica 1. Número de conductas problemáticas del ICMSE-R. Caso ABJA06.



Nota: La gráfica representa el registro semanal del ICMSE-R del número de conductas consideradas como un problema por la maestra. El círculo negro representa el puntaje que sobrepasa el puntaje esperado después de la intervención, la línea roja el inicio de la sesión teórica de IDN (Interacción Dirigida por el niño) y el inicio de la sesión teórica de IDM (Interacción Dirigida por la maestra/o). La línea negra representa el inicio de la intervención y evaluación de habilidades IDN e IDM.

Gráfica 2. Intensidad de los problemas de conducta del ICMSE-R. Caso ABJA06

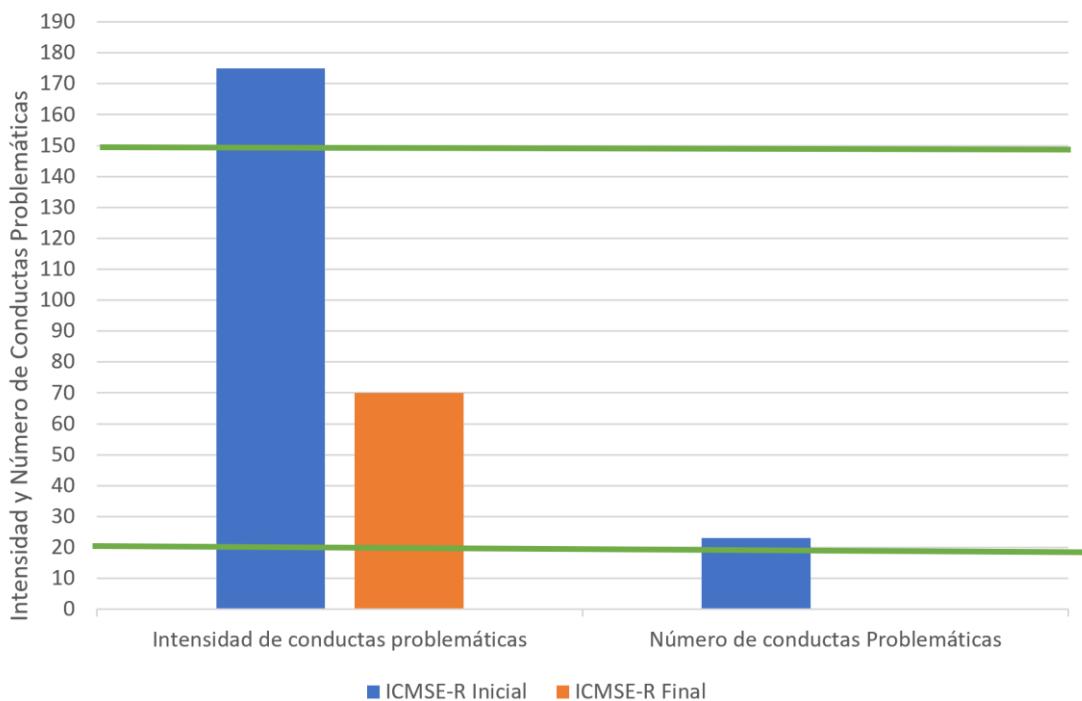


Nota: La gráfica representa el registro semanal del ICMSE-R de la intensidad de conductas consideradas como un problema por la maestra. El círculo negro representa el puntaje que sobrepasa el puntaje esperado después de la intervención, la línea roja el inicio de la sesión teórica de IDN (Interacción Dirigida por el niño) y el inicio de la sesión teórica de IDM (Interacción Dirigida por la maestra/o). La línea negra representa el inicio de la intervención y evaluación de habilidades IDN e IDM.

Al inicio se obtuvo un puntaje considerado clínico (mayor a 151 en intensidad/mayor a 19 en número de conductas problemáticas) de 175 para la intensidad de conductas y 23 para el número de conductas problemáticas mientras que al finalizar la terapia se obtuvo un puntaje de 70 para la intensidad de conductas y 0 para el número de conductas problema (Gráfica 3).

El registro del ICMSE-R se llevó a cabo a pesar de que 4 sesiones se reagendaron debido a eventos escolares y vacaciones, así mismo, se continuó semanalmente con el juego especial en clases presenciales.

Gráfica 3. Comparación de resultados del ICMSE-R inicial y final. Caso ABJA06.



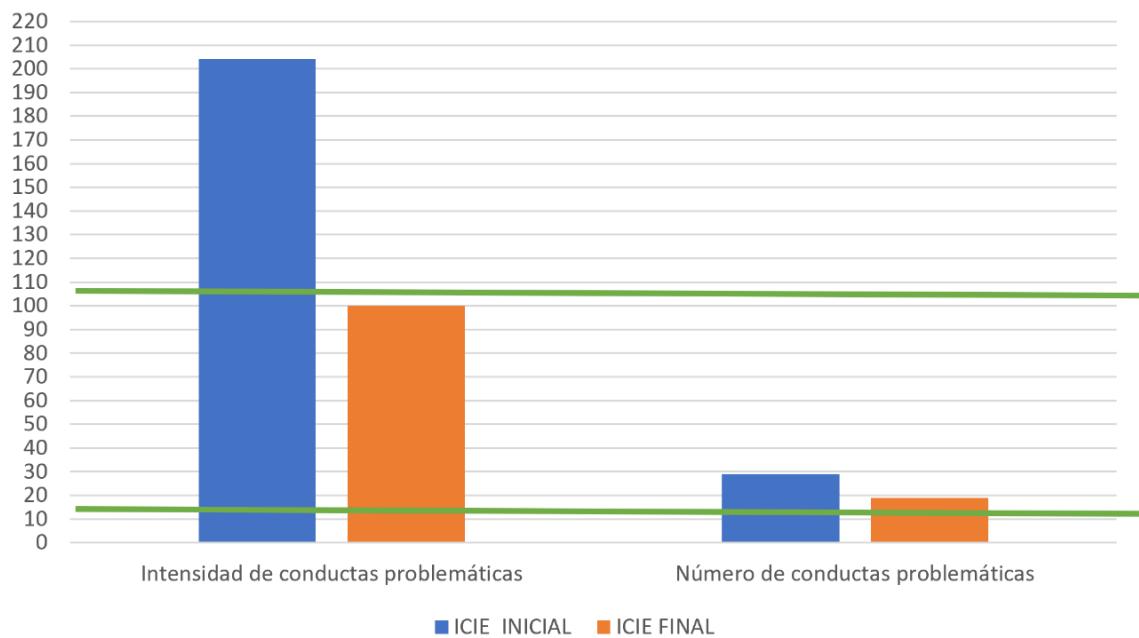
Nota: La gráfica representa la comparación de resultados del ICMSE-R inicial y final de la intensidad y el número de conductas consideradas como un problema por la maestra. La línea verde representa el puntaje considerado clínico del numero e intensidad de las conductas problema.

Se obtuvo un registro del ICIE inicial y final de la intensidad de las conductas y el número de conductas consideradas como un problema por la madre.

Al inicio se obtuvo un puntaje considerado clínico (mayor a 131/15) de 204 en la intensidad de conductas y 29 en el número de conductas problema y al finalizar la terapia se obtuvo un puntaje de 100 en la intensidad de las conductas y un puntaje de 19 en el número de conductas, cuyo puntaje siguió siendo clínico (Gráfica 4).

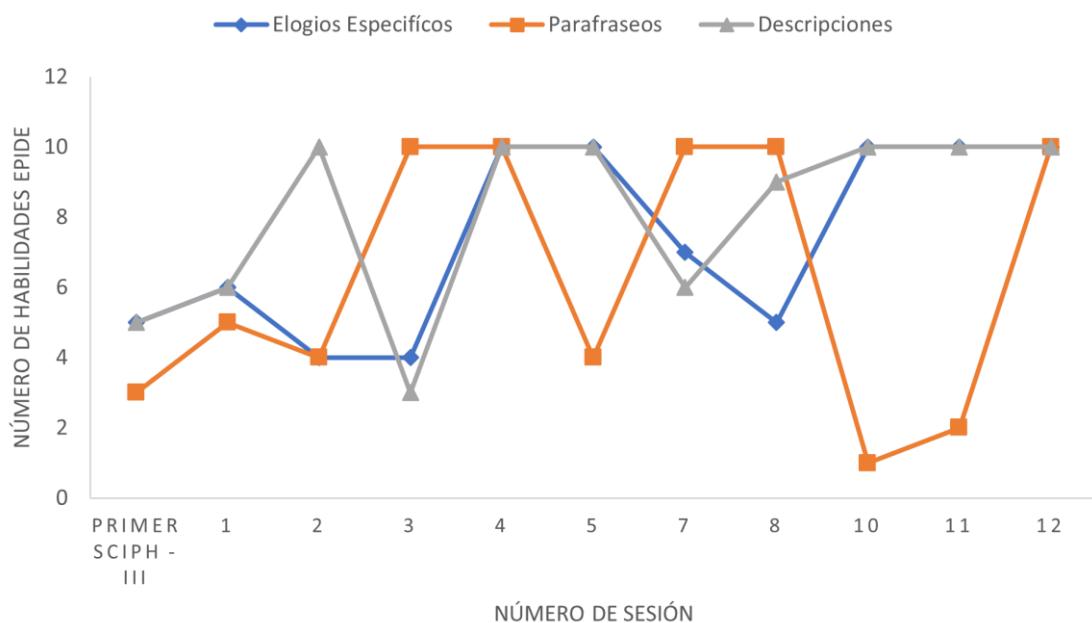
Utilizando el SCIPH III se codificaron durante 5 minutos las habilidades EPIDE utilizadas por la maestra durante las sesiones de terapia (Tabla 1). La maestría se obtiene al lograr 10 elogios específicos, 10 parafraseos y 10 descripciones. La maestra obtuvo en la evaluación de SCIPH-III inicial 3 parafraseos, 5 descripciones y 5 elogios específicos. En la sesión 1 un puntaje de 6 elogios específicos, 5 parafraseos y 6 descripciones. La maestría en habilidades IDN se obtuvo en la sesión 4. En la sesión 5 se continuó codificando las habilidades IDN y hasta la graduación, como lo indica el manual. La maestría en TDI la obtuvo la docente en la sesión 11(4 instrucciones con la estructura RAI y un tiempo fuera eficaz (Gráfica 5). En la codificación inicial de las conductas a evitar se obtuvo un puntaje de 29 preguntas, 11 críticas o sarcasmo y 28 comandos. Al finalizar se obtuvo 0 preguntas, 1 crítica o sarcasmo y 5 comandos (Gráfica 6).

Gráfica 4. Reporte materno de la percepción de la intensidad y número de conductas problemáticas. Caso ABJA06.



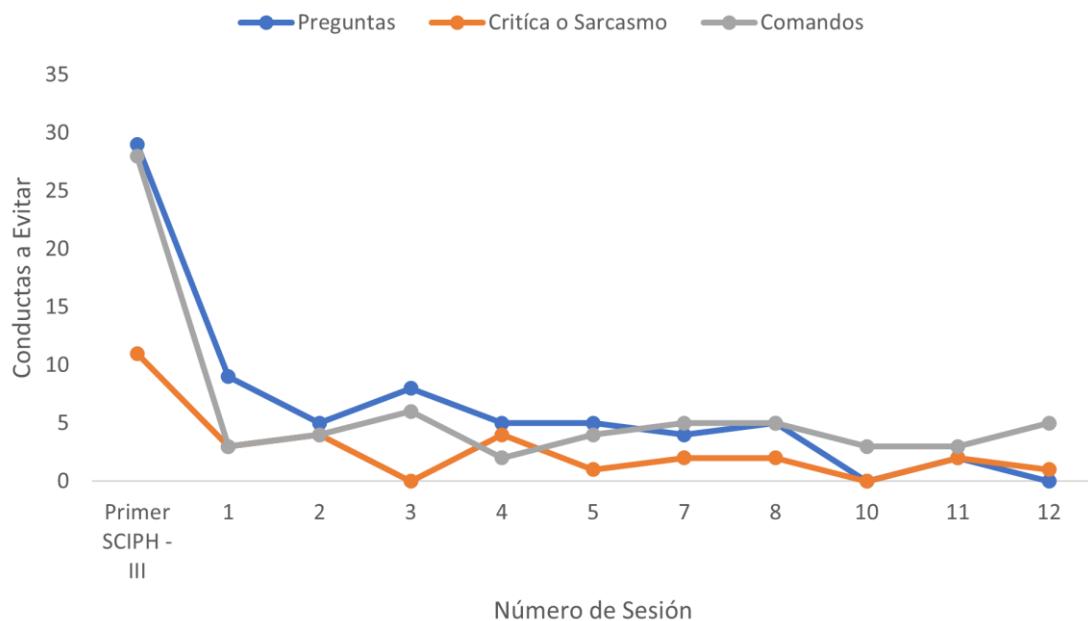
Nota: La gráfica representa la comparación de resultados del ICIE inicial y final de la intensidad y el número de conductas consideradas como un problema por la maestra. La línea verde representa el puntaje considerado clínico del número e intensidad de las conductas problema.

Gráfica 5. Resultados de codificación de habilidades EPIDE. Caso ABJA06.



Nota: La gráfica representa los resultados de la codificación de habilidades EPIDE desde la primera evaluación hasta la última sesión de intervención.

Gráfica 6. Conductas a evitar. Caso ABJA06.



Nota: La gráfica representa los resultados de la codificación de las conductas a evitar desde la primera evaluación hasta la última sesión de intervención.

Tabla 1. Registro de habilidades IDN e IDM en la codificación y entrenamiento. Caso ABJA06.

	Elogios Específicos	Parafraseo	Descripciones
Sesión 1 Codificación y Entrenamiento IDN	6	5	6
Sesión 2 Codificación y Entrenamiento IDN)	4	4	10
Sesión 3 Codificación y Entrenamiento IDN	4	10	3
Sesión 4 Codificación y Entrenamiento IDN	10	10	10
Sesión 5 Codificación y Entrenamiento IDN	10	4	10
Enseñando IDM			
Sesión 6	Entrenamiento de IDM		
Sesión 7 Codificación y entrenamiento IDN y IDM	7	10	6

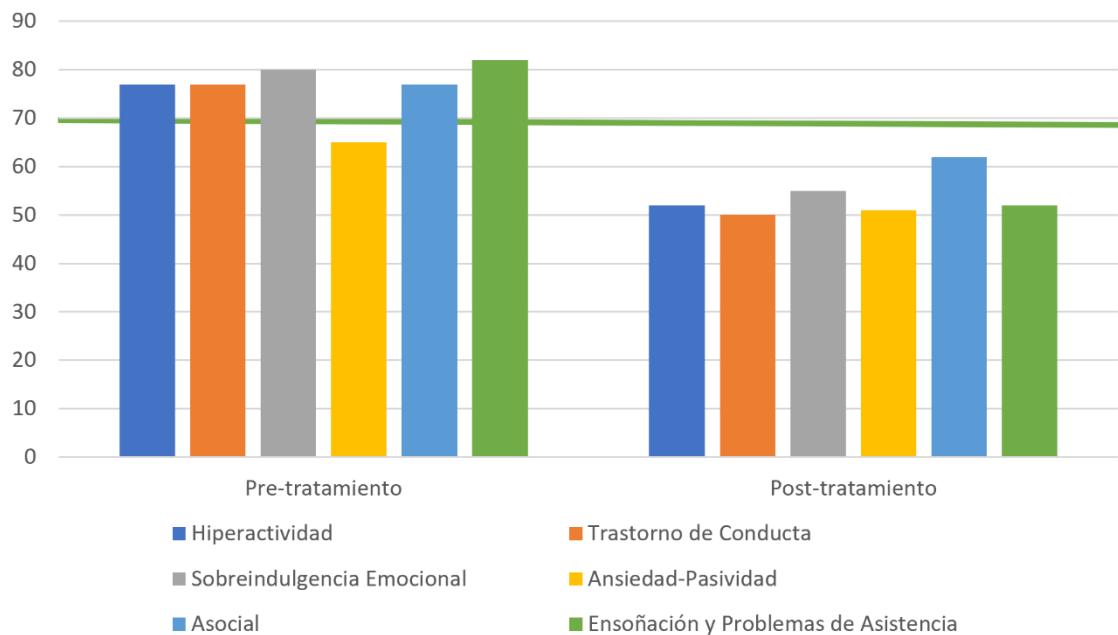
Sesión 8 Codificación y entrenamiento IDN y IDM	5	10	9
Sesión 9	Entrenamiento de habilidades IDN y IDM (Instrucciones efectivas y tiempo fuera eficaz)		
Sesión 10 Codificación y entrenamiento y IDM	10	1	10
Sesión 11 Codificación y entrenamiento IDN y IDM)	10	2	10
Sesión 12 Codificación de IDN y IDM y Graduación	10	10	10

Nota: Esta tabla muestra los puntajes obtenidos en la codificación de habilidades IDN (Interacción dirigida por el niño/a) e IDM (Interacción Dirigida por la Maestra), así como los momentos de entrenamiento de ambas habilidades.

En la escala Problemas de Conducta Conners para maestras/os se obtuvo 77 en hiperactividad, 77 en trastorno de conducta, 80 en sobre indulgencia emocional, 65 en ansiedad-pasividad, 77 en conducta asocial y 82 en ensoñación y problemas de asistencia. Los factores con puntaje igual o mayor a 70 fueron Hiperactividad, trastorno de conducta, sobre indulgencia emocional, asocial y ensoñación y problemas de asistencia. Los puntajes post intervención fueron 52 en Hiperactividad, 50 en trastorno de conducta, 55 en sobre indulgencia emocional, 51 en ansiedad-pasividad, 62 en asocial y 52 en ensoñación y problemas de asistencia (Gráfica 7).

La escala Problemas de Conducta disminuyó de un puntaje inicial de 458 a un puntaje final de 371.

Gráfica 7. Conners para maestras/os del pre y postratamiento. Caso ABJA06.

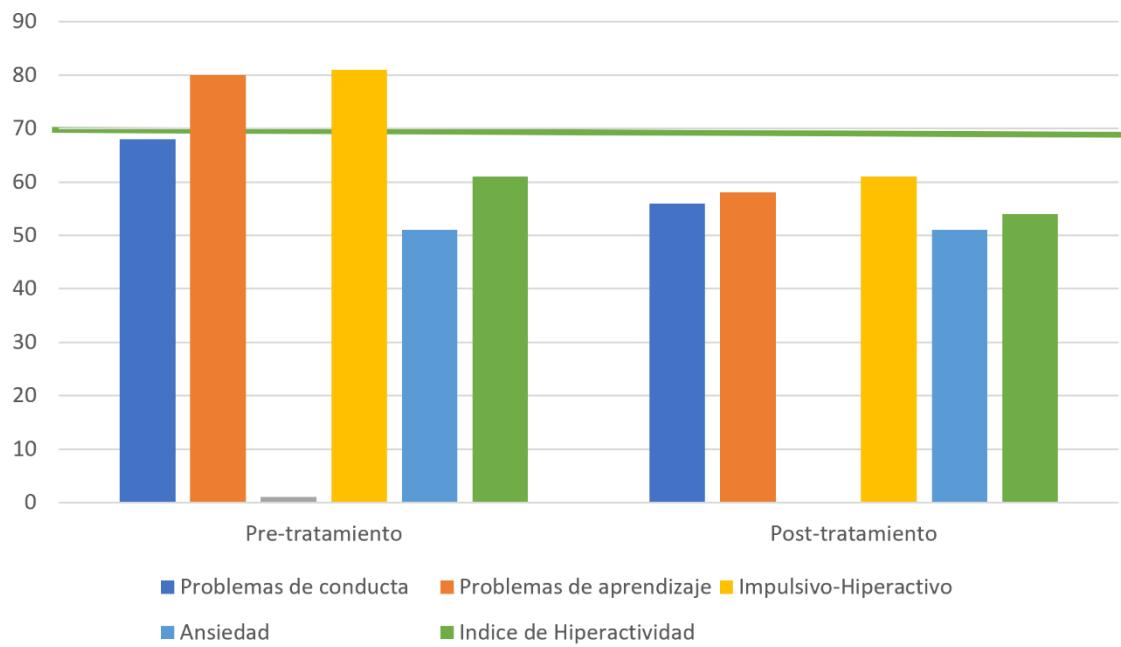


Nota: La gráfica representa los puntajes de la escala Conners para maestras/os obtenidos en el pre y post tratamiento. La línea verde representa el puntaje clínicamente significativo de los valores.

Finalmente, en la escala Problemas de Conducta Conners para padres se obtuvo 68 en problemas de conducta, 80 en problemas de aprendizaje, 81 en conducta impulsiva-hiperactiva, 51 en ansiedad y 61 en Índice de Hiperactividad. En la interpretación del Conners para padres y maestros se considera que una puntuación es significativa si un factor obtiene un resultado mayor o igual a 70. Siendo los factores más altos los problemas de conducta, los problemas de aprendizaje y el impulsivo-hiperactivo. Al finalizar la intervención se registró un puntaje de 56 en problemas de conducta, 58 en problemas de aprendizaje, 61 en impulso-hiperactivo, 51 en ansiedad y 54 en índice de hiperactividad (Gráfica 8).

La escala Conners disminuyó de un puntaje inicial de 341 a un puntaje final de 280

Gráfica 8. Conners para padres del pre y postratamiento. Caso ABJA06



Nota: La gráfica representa los puntajes de la escala Conners para padres obtenidos en el pre y post tratamiento. La línea verde representa el puntaje clínicamente significativo de los valores. La columna vacía en gris significa que no hubo un puntaje en el valor de ensoñación.

Imagen 3. Tercera sesión de codificación IDN. Diada ABJA06



8.3 Resultados del paciente AMRMI11:

8.3.1 Descripción de las características generales del caso obtenidas por medio de Entrevista amnésica semiestructurada.

La diada está conformada por la maestra titular del grupo de tercero de preescolar y un niño de 4 años, inscrito en segundo año de preescolar, con diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista.

En la información perinatal, prenatal y postnatal la mamá menciona que su embarazo se adelantó debido a una ruptura prematura de membranas, el parto se realizó por cesárea. No requirió reanimación cardiopulmonar ni oxígeno.

El estado mental de la madre fue estable durante el embarazo, después del embarazo se le recetó medicamento por infección de vías urinarias.

La mamá afirma no recordar muchos detalles en el período de desarrollo, sin embargo, menciona que alimentó al bebé con leche materna hasta el año de edad, a los 6 meses comenzó a prepararle comida y alimentarlo con papillas, y comenzó a sentarse por sí solo, al cumplir un año comenzó a gatear y al año 9 meses comenzó a caminar solo. El control de esfínteres fue a los dos años y medio.

La mamá afirma además que desde bebé el niño se quedaba despierto por mucho tiempo y se despertaba constantemente en las noches, a los 6 meses veía que se sentía constantemente incómodo.

En el periodo entre 1 y 2 años la madre describe que observaba que el niño no volteaba ni reaccionaba ante estímulos y que presentaba problemas de lenguaje. No le gusta socializar con los demás niños y es muy aislado, si necesita alguna ayuda u objeto lo señala a sus padres o les da la mano para que le ayuden. Realiza "estereotipias" abanicando las manos. Usualmente es tranquilo y sigue instrucciones de la mamá, sin embargo, hay momentos en los que se desespera y comienza a llorar, por ejemplo, cuando tiene que ponerse el uniforme escolar. En casa suele dormir con sus padres y le gusta comer galletas, quesadillas y fruta, jugar con tarjetas de animales y ver televisión. El niño tiene un hermano mayor de 16 años, la relación con su hermano es muy buena y suelen jugar juntos. Asiste a terapia sensorial una vez a la semana.

La maestra menciona que se lleva mejor con dos compañeros de clase, pero prefiere estar aislado, normalmente es tranquilo, pero suele no querer recoger sus materiales, lonchera, o lunch. Le gusta la música y aunque su pronunciación no es clara, la maestra menciona que le gusta cantar y poco a poco su lenguaje ha mejorado. La clase de educación física no le gusta, tiene algunos problemas para realizar las tareas escolares por lo que su mamá le ayuda en la mayoría de ellas, sin embargo, reconoce números, vocales y colores. Le gusta realizar manualidades y la maestra observa que disfruta manipular las diferentes texturas (masa, plastilina, etc..).

Tras la entrevista inicial se decidió enfocar la intervención/entrenamiento en mejorar la relación maestra-alumno y en el seguimiento de instrucciones.

8.3.2 Desarrollo de la TIMN

Se realizaron las siguientes fases, según el manual de la TIPH y TIMN (Bodiford CH & Hembree-Kigin T, 2010):

- Evaluación inicial que consistió en la aplicación de entrevista inicial a padres y maestra, ICMSE-R, ICIE y M-CHAT. (1 sesión)
- Sesión de “Sesión teórica de IDN”: Consistió en una sesión de 1 hora, 15 minutos, de manera presencial, donde mediante una presentación didáctica se le expuso a la maestra la primera etapa de la terapia “Interacción Dirigida por el Niño/a o IDN”. Al terminar la presentación se le solicitó a la maestra realizar 5 minutos de juego especial diarios con el niño y enviar el instrumento ICMSE-R semanalmente para supervisar los cambios en el número y la intensidad de las conductas disruptivas, además de la hoja de tarea del juego especial. (1 sesión)
- Fase de Entrenamiento IDN: Se lleva a cabo todos los jueves en un horario de 11:00 a 12:00 en el salón del preescolar al que asiste el niño. Los participantes de las sesiones son el niño, la maestra titular y la investigadora responsable en calidad de terapeuta. Se siguen los pasos descritos en el apartado del marco teórico sobre la TIMN que son: una breve retroalimentación con la maestra, se realizan 5 minutos de codificación IDN registrando las habilidades IDN utilizando el SCIPH III, 25 minutos de Entrenamiento IDN, esto se realiza utilizando los juguetes que sugiere el manual, y la retroalimentación final para compartir los resultados a la maestra al término de la terapia. (8 sesiones)
- Fase de sesión teórica IDM Se presentó a la maestra las habilidades que se trabajan en la segunda etapa de la terapia que incluye las instrucciones efectivas y la estructura y seguimiento de las mismas, así como el uso de un tiempo fuera eficaz. (1 sesión)
- Fase de Entrenamiento IDM: Sesiones llevadas a cabo todos los en un horario de 11:10 a 12:30 en la biblioteca del preescolar al que asiste el niño. Los participantes de las sesiones son el niño, la maestra titular y la investigadora responsable en calidad de terapeuta. Se siguen los pasos descritos en el apartado del marco teórico sobre la TIMN que son: 10 minutos de juego especial en el aula utilizando ahora las instrucciones efectivas, 5 minutos de codificación de IDN y 5 minutos de codificación IDM, 30 minutos de entrenamiento de habilidades IDN/IDM y retroalimentación final de la sesión. (6 sesiones)
- Evaluación final: Aplicación de los instrumentos. (1 sesión)

8.3.3 Evaluación Cuantitativa:

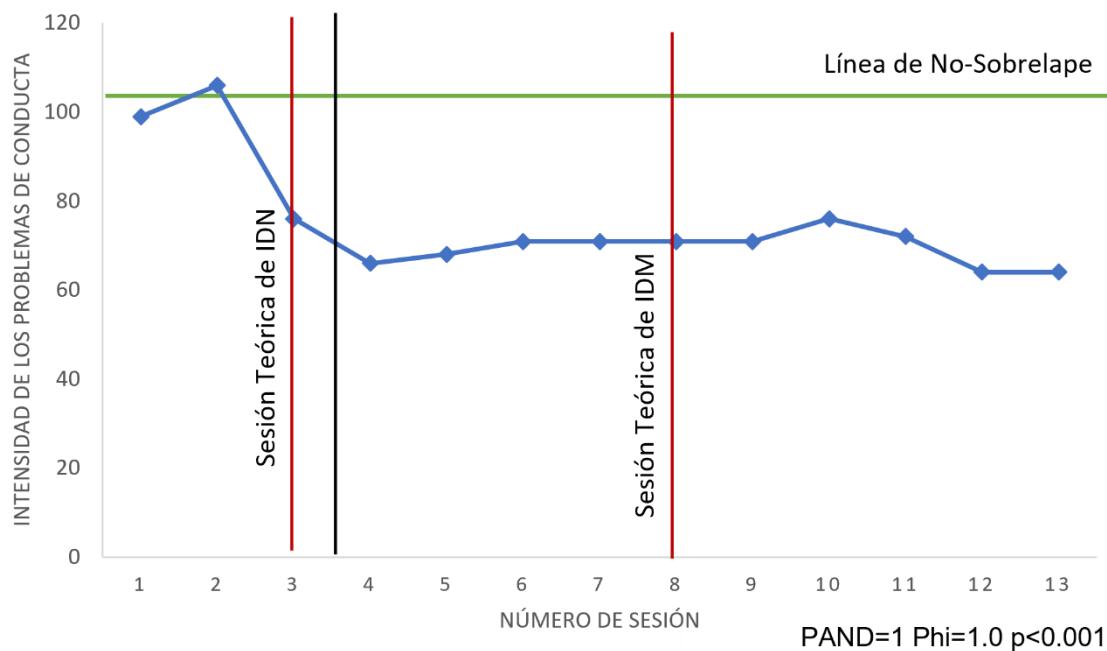
Se muestran a continuación los resultados de: 1. ICMSE-R, 2. ICIE, 3. SCIPH III, 4. Test M-CHAT.

Se ha obtenido un registro del ICMSE-R semanal de la intensidad de las conductas y el número de conductas consideradas como un problema por la maestra. Estas son el seguimiento de instrucciones (Gráfica 9 y 10)

Al inicio se obtuvo un puntaje de 99 en intensidad de conductas y 11 en el número de conductas problema. La primera sesión teórica de IDN se realizó en la semana 3 y la sesión teórica de IDM se realizó en la semana 8. Al final se obtuvo un puntaje de 64 en la intensidad de conductas y dos en el número de conductas problema (Gráfica 11).

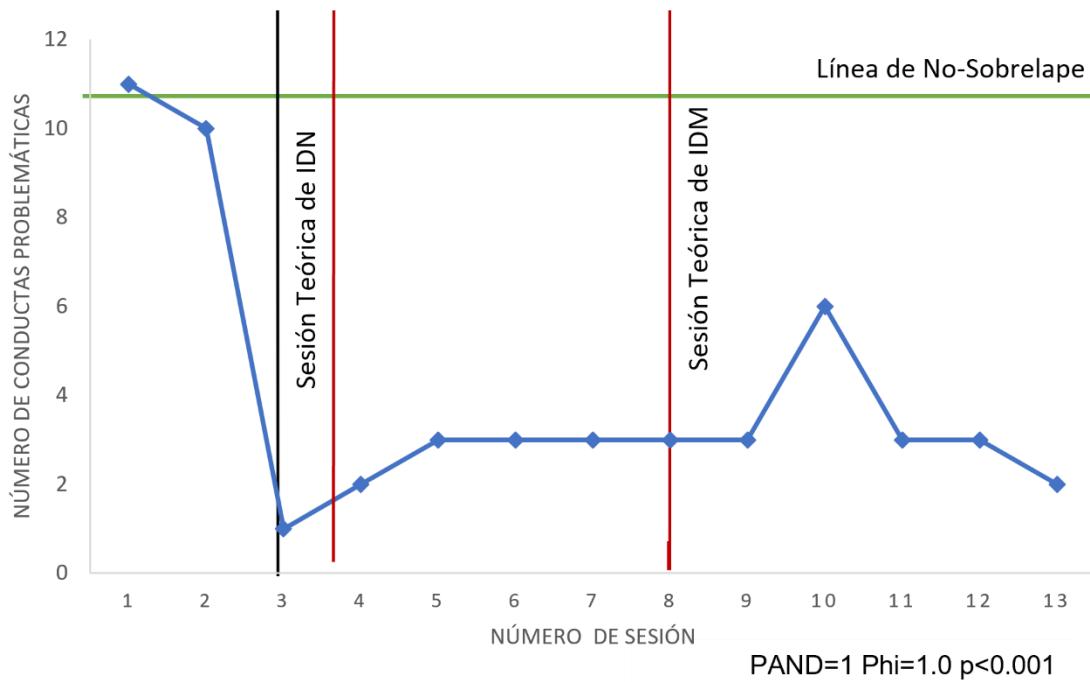
Algunas sesiones se reagendaron debido a eventos escolares y vacaciones, sin embargo, se continuo semanalmente con el juego especial en clases presenciales.

Gráfica 9. Intensidad de los problemas de conducta del ICMSE-R. Caso AMRM11



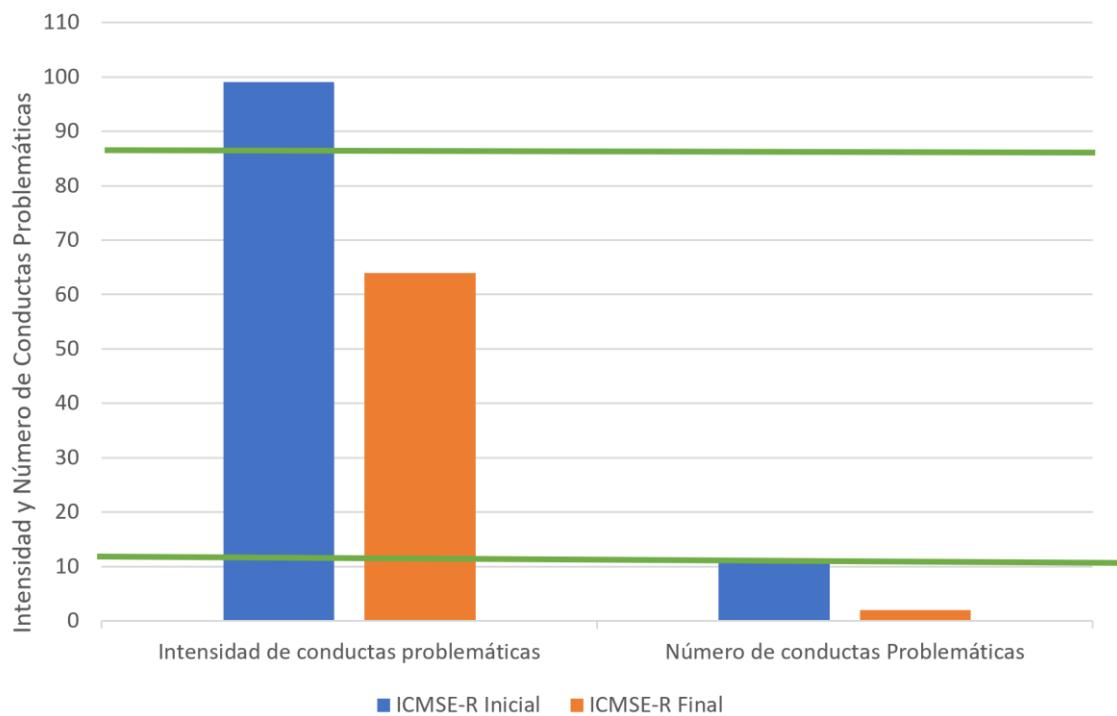
Nota: La gráfica representa el registro semanal del ICMSE-R de la intensidad de conductas consideradas como un problema por la maestra. El círculo negro representa el puntaje que sobrepasa el puntaje esperado después de la intervención, la línea roja el inicio de la sesión teórica de IDN (Interacción Dirigida por el niño) y el inicio de la sesión teórica de IDM (Interacción Dirigida por la maestra/o). La línea negra representa el inicio de la intervención y evaluación de habilidades IDN e IDM.

Gráfica 10. Número de conductas problemáticas del ICMSE-R. Caso AMRM11.



Nota: La gráfica representa el registro semanal del ICMSE-R del número de conductas consideradas como un problema por la maestra. El círculo negro representa el puntaje que sobrepasa el puntaje esperado después de la intervención, la línea roja el inicio de la sesión teórica de IDN (Interacción Dirigida por el niño) y el inicio de la sesión teórica de IDM (Interacción Dirigida por la maestra/o). La línea negra representa el inicio de la intervención y evaluación de habilidades IDN e IDM.

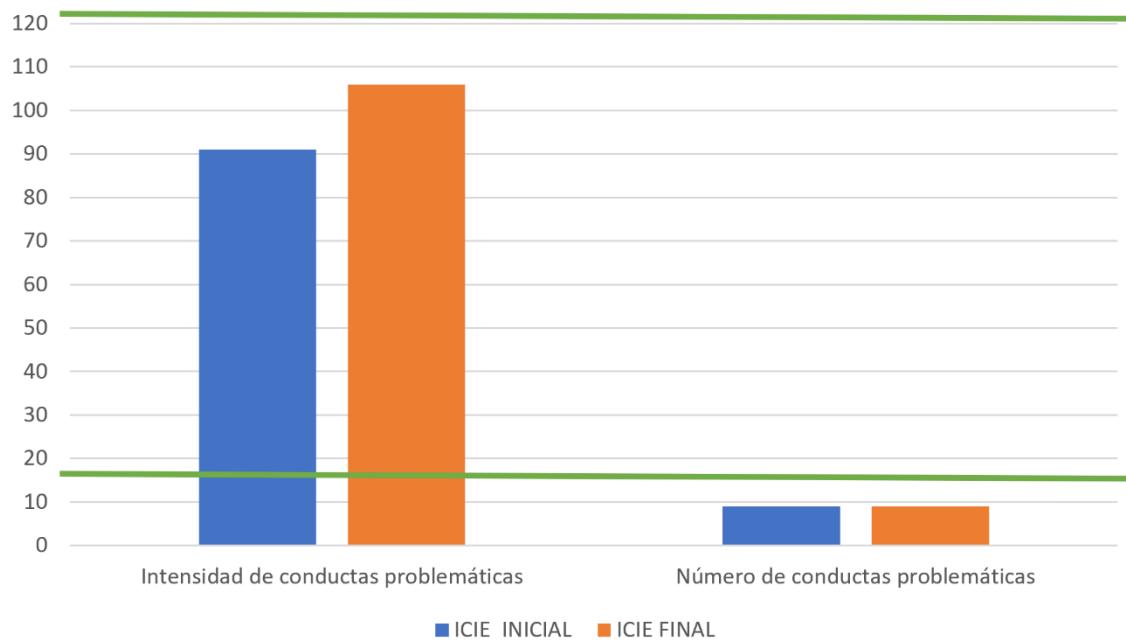
Gráfica 11. Comparación de resultados del ICMSE-R inicial y final. Caso AMRM11.



Nota: La gráfica representa la comparación de resultados del ICMSE-R inicial y final de la intensidad y el número de conductas consideradas como un problema por la maestra. La línea verde representa el puntaje considerado clínico del número e intensidad de las conductas problema.

Se obtuvo un registro del ICIE inicial de la intensidad de las conductas y el número de conductas consideradas como un problema por la madre. Al inicio se obtuvo un puntaje considerado no clínico (mayor a 131/15) de 91/9, al finalizar el puntaje se mantuvo en no clínico, sin embargo, las conductas problemáticas aumentaron obteniendo un puntaje de 106/9 (Gráfica 12).

Gráfica 12. Reporte materno de la percepción de la intensidad y número de conductas problemáticas. Caso AMRM11

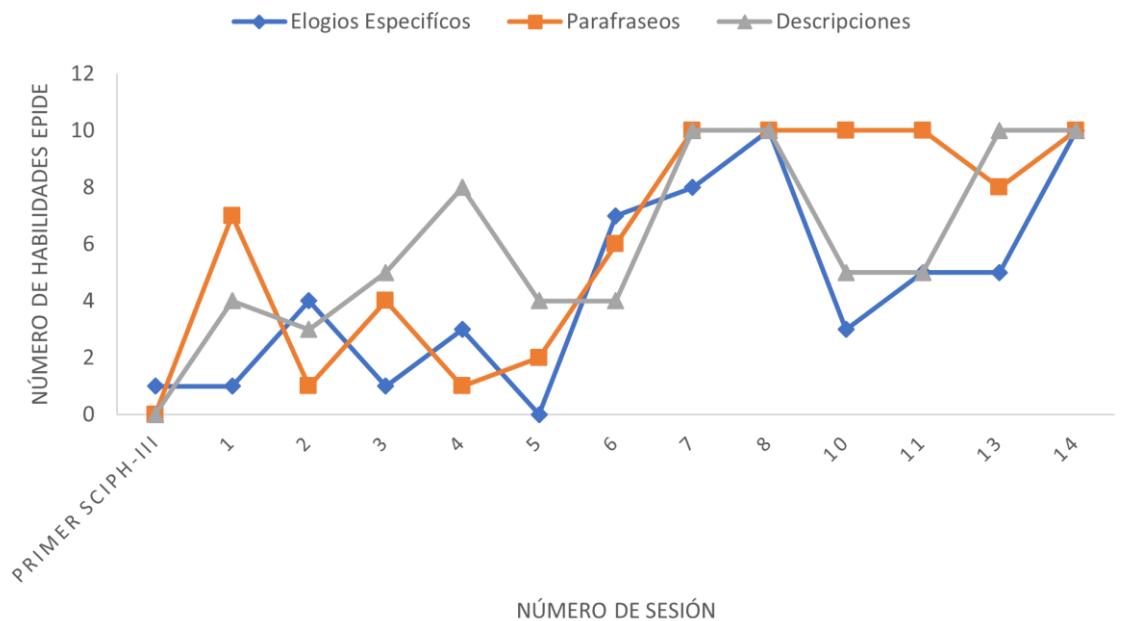


Nota: La gráfica representa la comparación de resultados del ICIE inicial y final de la intensidad y el número de conductas consideradas como un problema por la maestra. La línea verde representa el puntaje considerado clínico del número e intensidad de las conductas problema.

Se codificaron durante 5 minutos las habilidades EPIDE utilizadas por la maestra durante las sesiones de terapia buscando obtener la maestría (10 elogios específicos, 10 parafraseo, 10 descripciones) obteniendo en la sesión 1 un puntaje de 1 elogios específico, 7 parafraseo y 4 descripciones, al finalizar se obtuvo la maestría en habilidades de interacción (Gráfica 13).

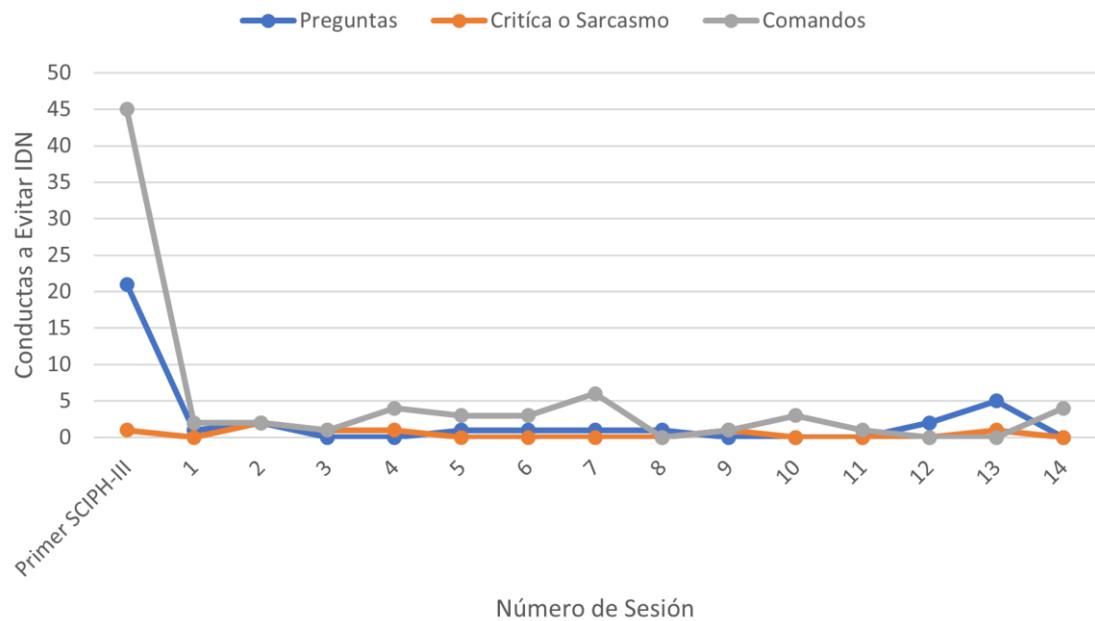
Las conductas a evitar en el primer SCIPH-III se registraron 21 preguntas, 1 crítica o sarcasmo y 45 comandos. Al finalizar se obtuvo 0 preguntas, 0 crítica o sarcasmo y 4 comandos (Gráfica 14).

Gráfica 13. Codificación de habilidades EPIDE. Caso AMRM11.



Nota: La gráfica representa los resultados de la codificación de las habilidades EPIDE desde la primera evaluación hasta la última sesión de intervención.

Gráfica 14. Conductas a evitar. Caso AMRM11.



Nota: La gráfica representa los resultados de la codificación de las conductas a evitar desde la primera evaluación hasta la última sesión de intervención.

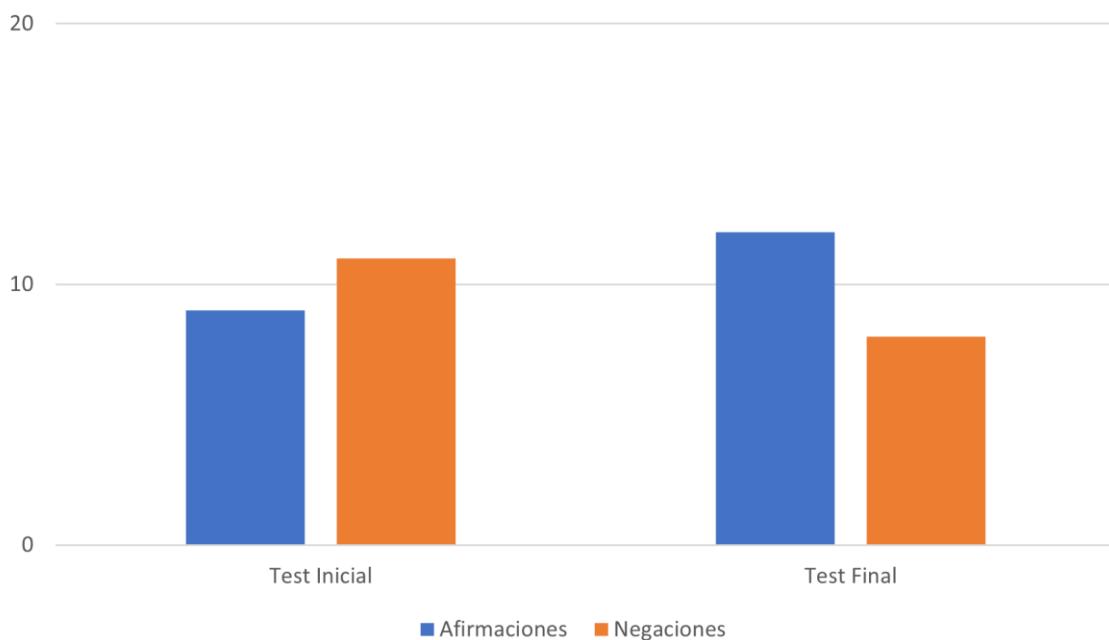
Tabla 2. Registro de habilidades IDN e IDM durante la codificación y entrenamiento. Caso AMRMI11

	Elogios Específicos	Parafraseo	Descripciones
Enseñando IDN			
Sesión 1 Codificación y entrenamiento IDN	1	7	4
Sesión 2 Codificación y entrenamiento IDN	4	1	3
Sesión 3 Codificación y entrenamiento IDN	1	4	5
Sesión 4 Codificación y entrenamiento IDN	3	1	8
Sesión 5 Codificación y entrenamiento IDN	0	2	4
Sesión 6 Codificación y entrenamiento IDN	7	6	4
Sesión 7 Codificación y entrenamiento IDN	8	10	10
Sesión 8 Codificación y entrenamiento IDN	10	10	10
Enseñando IDM			
Sesión 9	Entrenamiento IDM		
Sesión 10 Codificación y entrenamiento IDN e IDM	3	10	5
Sesión 11 Codificación y entrenamiento IDN e IDM	5	10	5
Sesión 12	Entrenamiento de IDN e IDM		
Sesión 13 Codificación y entrenamiento IDN e IDM	5	8	10
Sesión 14 Codificación, entrenamiento IDN e IDM y graduación	10	10	10

Nota: Esta tabla muestra los puntajes obtenidos en la codificación de habilidades IDN (Interacción dirigida por el niño/a) e IDM (Interacción Dirigida por la Maestra), así como los momentos de entrenamiento de ambas habilidades.

El cuestionario M-CHAT que evalúa la presencia de TEA dio como resultado en la evaluación pretratamiento 9 afirmaciones y 11 negaciones. Destacando las conductas de no mostrar interés hacia otros niños, no interactuar con objetos y no responder ante estímulos, por ejemplo, si mamá gira la cabeza para ver algo el niño no imita esta conducta. Al finalizar se obtuvo 12 afirmaciones y 8 negaciones, aquí se resaltan no voltear si mamá señala algún objeto de la habitación, no jugar a juegos de rol o fantasía y no molestarle los ruidos cotidianos (Gráfica 15).

Gráfica 15. Test M-CHAT. Caso AMRMI11.



Nota: La gráfica representa los resultados del cuestionario M-CHAT en la evaluación pretratamiento se obtuvieron 9 afirmaciones y 11 negaciones y en el postratamiento se obtuvieron 12 afirmaciones y 8 negaciones.

Imagen 4. Tercera sesión de IDM. Diada AMRMI11.



9. Discusión.

El principal resultado fue que la TIMN disminuyó la frecuencia y el número de problemas de conducta, así como las características del TDAH y el TEA y simultáneamente aumentó las habilidades de las maestras para interactuar con sus alumnos con TND.

Respecto a la diada ABJA06 conformada por la maestra y su alumno con diagnóstico de TDAH, los puntajes de los cuestionarios ICMSE-R e ICIE mostraron una tendencia a la disminución tanto en la intensidad como en el número de las conductas disruptivas, esto implicó que las conductas disruptivas, como seguimiento de instrucciones y respetar turnos, ya no fueran percibidas como un problema.

Esto es similar a lo descrito por Briegel (2018) quien también reportó una disminución en las conductas disruptivas de un paciente con diagnóstico de TDAH al finalizar el proceso terapéutico, es importante tomar en cuenta que Briegel utilizó la versión de la terapia para padres, conocida como TIPH. Así mismo Sehli, Helou y Sultan (2021) reportaron una disminución de las conductas disruptivas de dos niños, uno diagnosticado con TDAH y el segundo diagnosticado con epilepsia y con problemas de atención, hiperactividad e impulsividad al finalizar el proceso terapéutico de la TIPH, por ejemplo los arrebatos de conducta, el seguimiento de

las instrucciones mejorando su patrón de juego con compañeros y hermanos que se volvió más respetuoso y dirigirse de forma educada hacia los padres.

Pensamos que este resultado puede estar indicando que el entrenamiento es eficiente si lo realizamos con padres o con maestras/os. El entrenamiento ayuda a la maestra a pasar de estrategias reactivas a estrategias proactivas, lo que significa que paulatinamente ignora conductas disruptivas que buscan atención y comienza a prestar atención a conductas prosociales que desea que se repitan (Bodiford CH. y Hembree-Kigin T., 2010).

Para esta misma diada, el instrumento SCIPH III registró un aumento en la adquisición de habilidades de interacción de la maestra, las cuales son Elogiar, Parafrasear, Imitar, Describir y Ser Entusiasta y una disminución de las conductas a evitar que, según la TIMN son hacer críticas o sarcasmos, hacer preguntas y el usar comandos. Solo por mencionar un ejemplo en la evaluación inicial la maestra hizo 29 preguntas y 11 críticas y en la evaluación final 0 preguntas y una crítica.

Esto implica un cambio en la relación maestra-alumno, que, según la bibliografía, otorga al niño momentos de liderazgo que promoverán una disminución en las conductas disruptivas.

Kanine et al. (2018) obtuvieron un resultado similar, pues reportaron un aumento en el manejo de las habilidades EPIDE por parte de los docentes al trabajar con maestros de un preescolar terapéutico y sus alumnos que presentaban problemas de conducta.

Como se mencionó antes el entrenamiento con la TIMN incluye una sesión teórica en la que se explica a la maestra las razones y el efecto positivo que tiene establecer una relación cálida y de confianza con su alumno, entre las que se encuentran mejorar su autoestima, aumentar las conductas cooperativas que muestra y mejorar la conducta en el salón. Consideramos que esta detallada explicación, sumada a las sesiones de entrenamiento en las que la terapeuta refuerza por medio del elogio la presentación de las habilidades EPIDE, y la motivación que la maestra tiene de lograr la maestría de la fase IDN para pasar a la fase IDM nos permiten entender este resultado.

De los seis factores que evalúa la prueba Conners para maestras/os cinco se encontraban en un puntaje clínicamente significativo, al terminar la intervención todos los factores disminuyeron hasta encontrarse en puntajes por debajo de la significancia clínica. Algo similar sucedió con la prueba Conners respondida por la madre quien en la evaluación inicial señaló que los factores: problemas de aprendizaje e impulsivo-hiperactivo eran clínicamente significativos, y en la evaluación final ambos habían descendido hasta encontrarse en puntajes por debajo de la significancia clínica. Este resultado parece especialmente relevante puesto que evalúa específicamente las características del TDAH y no forma parte de las herramientas de evaluación diseñadas por los creadores de la TIMN. Nos parece igualmente relevante que la percepción de la madre y la maestra respecto a

los síntomas característicos del trastorno haya cambiado al punto de no ser considerada patológica.

No se encontraron artículos de investigación que hayan utilizado el instrumento Conners como herramienta de evaluación para conocer la eficacia de esta intervención terapéutica, por lo que consideramos una propuesta innovadora en los instrumentos para evaluar los resultados del pre y post tratamiento.

Aunque para el caso AMRMI11 los puntajes en la evaluación inicial por medio del ICIE y el ICESE-R no obtuvieron valores por arriba del límite considerado clínico, la maestra atendió a la convocatoria con el interés de adquirir nuevas estrategias para interactuar con su alumno y ayudarle a mejorar su seguimiento de instrucciones.

Al finalizar la intervención la capacidad del alumno para seguir instrucciones mejoró y la intensidad y número de conductas disruptivas que representan un problema desde la percepción de la maestra disminuyeron, por ejemplo, el seguimiento de las reglas escolares, la dificultad para integrarse en grupos y distraerse fácilmente. Esto no fue así con los puntajes emitidos por la madre los cuales incluso aumentaron levemente. Consideramos que la mejoría en la conducta del alumno en el aula se explica por:

- a) La habilidad de la maestra para dar instrucciones efectivas, lo que implica asegurarse que se encuentran al nivel del desarrollo del alumno, que se dan en forma directa y no como preguntas, que son sencillas en lugar de compuestas, que van acompañadas de un gesto etcétera.
- b) La capacidad de la maestra para identificar si el alumno ha seguido la instrucción.
- c) Una respuesta consistente y predecible por parte de la maestra ante la falta de seguimiento de instrucciones. Esto se entrenó durante 5 sesiones en las que el seguimiento de instrucciones se reforzaba por medio de un elogio específico y la falta de éste con el procedimiento bien establecido de la silla del tiempo fuera (Bodiford CH. y Hembree-Kigin T., 2010).

Zlomke y Jeter (2020) realizaron una investigación similar con el objetivo de examinar la efectividad de la TIPH en niños con TEA y sin TEA. Los resultados mostraron una mejora significativa en cuanto a la disminución del comportamiento disruptivo de los niños diagnosticados con TEA.

De igual manera Allen et al. (2022) evaluaron la efectividad de la TIPH con el objetivo de disminuir las conductas disruptivas de niños con diagnóstico de TEA de edades comprendidas entre los 4 y 10 años. Los resultados se reportaron que se comenzó a registrar una disminución en la conducta desafianta de los niños en la etapa de IDN y una mejora en el cumplimiento de instrucciones.

Respecto al cambio no positivo en los puntajes de la evaluación por parte de la madre pensamos que pueden reflejar que en la casa, donde ninguno de los cuidadores fue entrenado por medio de la TIPH, las conductas disruptivas se

mantuvieron. Consideramos que incluir a los padres en el entrenamiento terapéutico podría potenciar la eficacia de la TIMN y la TIPH para mejorar el comportamiento del niño.

En la diada AMRMI11 también se observó un aumento en la presentación de las habilidades EPIDE por parte de la maestra y una disminución de las conductas que la TIMN sugiere evitar. Las habilidades que más cambiaron su frecuencia de presentación fueron los parafraseos y las descripciones, las cuales estuvieron ausentes en la evaluación inicial y alcanzaron la maestría (10) en la evaluación final. Así mismo representó un cambio importante el número de preguntas y comandos que se registraron al inicio (21 y 45) que prácticamente desaparecieron al final de la intervención (0 y 4).

Vess y Campbell (2022) reportaron una similitud en sus resultados, los cuales mencionaban un aumento positivo en las habilidades utilizadas por los padres después del tratamiento a diferencia de la primera sesión de introducción al tratamiento, de igual manera las conductas a evitar continuaron disminuyendo después del inicio de IDP.

A pesar de que la habilidad de imitar no se contabiliza, es importante resaltar que la imitación fue una habilidad importante para que la relación entre la maestra y el alumno mejorara. Así como lo menciona el manual en el capítulo “dadas las características de las personas que viven con TEA, los elogios y las descripciones pueden no ser muy significativos para el alumno, pero la imitación resultaba muy importante, y esto lo identificábamos porque en ocasiones el alumno respondía tomando la mano de la maestra, riéndose o abrazando. (Bodiford y Hembree-Kigin, 2010, p. 237)

El puntaje de negaciones del Test M-CHAT disminuyó de 11 a 8 sin que esto cambiará la clasificación de la conducta del alumno que en ambos casos fue: riesgo alto de presentar el trastorno. Esto refleja que la TIMN no modificó considerablemente la percepción materna de las características del TEA.

Esto puede deberse a que las características más nucleares (*core symptoms*) del TEA son menos susceptibles a cambiar por una intervención conductual como la TIMN. De hecho, inicialmente se pensó que la TIPH y por lo tanto la TIMN no eran adecuadas para personas con TEA dado el importante papel de las contingencias sociales en estos tratamientos. Sin embargo, se ha encontrado que varias conductas de niños/as con TEA en el rango de alto funcionamiento son reforzadas por la atención social y que, en muchas de las ocasiones, los motivos primarios de visita a la psicóloga/o son las conductas externalizantes que si se pueden trabajar con la TIPH y la TIMN.

10. Limitaciones del estudio.

A lo largo de este trabajo se identificaron problemas para llevar a cabo la intervención, una de estas limitantes es la estructura de las escuelas de donde se destaca el acceso a las instituciones debido a las normas escolares y horarios, un

espacio que pueda ser utilizado como habitación de tiempo fuera, que no se encuentre lejos del salón de clases y que cumpla las sugerencias establecidas por la TIMN, por ejemplo, los juguetes que se deben utilizar en la terapia y que las sesiones sean en un espacio seguro para los niños/as. Otra dificultad encontrada fue la disposición del docente para dar seguimiento a la intervención después de ser informado de lo que implica un proceso terapéutico como la TIMN, ya que se requiere disponibilidad de horarios y otorgar un tiempo para llevar a cabo las tareas de la terapia.

Se encontró además que las comunidades muestran mayor disposición y apertura a participar que las zonas urbanas, ya que al visitar las escuelas y presentar el proyecto de investigación a los docentes y directivos fueron los docentes de escuelas pertenecientes a comunidades quienes se contactaron con la investigadora responsable vía telefónica mostrando interés en participar y una participación activa.

Se considera que falta una mayor difusión y promoción de la salud mental que fomente la participación de las escuelas. En México no existe aun la cultura de prevención y difusión del trabajo, específicamente, en salud mental además de que no se cuentan con muchas instituciones ni espacios para atención de la población, por lo que se opta por que el profesional en salud mental busque estrategias que puedan influenciar de manera positiva a las diferentes instituciones educativas.

11. Implicaciones para la profesión.

Este estudio aporta a los profesionales de la salud mental una estrategia de intervención que busca trabajar con los niños y las niñas en conjunto con su profesor/a, reforzando la relación docente-alumno/a. Se utiliza una metodología manualizada que permite dar seguimiento a la terapia y proporciona estrategias y sugerencias para un caso distinto como niños y niñas más grandes, que viven con un trastorno del neurodesarrollo. Además, nos permite guiar una intervención psicológica con el conocimiento científico porque ya se tienen antecedentes de que funciona en otras poblaciones, utilizando la teoría conductual y la teoría del apego y proporcionando herramientas de evaluación cuantitativa como el ICMSE-R 2, ICIE 3 y el SCIPH III.

También hace énfasis en la necesidad de atender a estas poblaciones de niños y niñas inscritos/as en escuelas regulares para promover la inclusión y seguimiento terapéutico de estos alumnos y alumnas con sus maestras/os.

12. Referencias Bibliográficas.

- Alcantud F. y Alfonso Y. (2022). *Trastornos del espectro del autismo: Bases para la intervención psicoeducativa - Francisco Alcantud Marín, Yurena Alonso Esteban - Google Libros*. Pirámide .
<https://books.google.com.mx/books?id=jVJtEAAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>
- Allen, K., Harrington, J., Quetsch, L. B., Masse, J., Cooke, C., & Paulson, J. F. (2023). Parent-Child Interaction Therapy for Children with Disruptive Behaviors and Autism: A Randomized Clinical Trial. *Journal of autism and developmental disorders*, 53(1), 390–404.
<https://doi.org/10.1007/s10803022-05428-y>
- Avila V. M, Sarmiento E. I, Brenes M., Cárdenas J. A., Gutiérrez M., Escoto J., Tapia L. G., Torres A., Arrieta M., Manzano M. (2019). *Guía Clínica. Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad*. Secretaría de Salud, México.
- Baron-Cohen S. (2008). *Autismo y Síndrome de Asperger* (Titivillus).
- Barry, R. J., Clarke, A. R., & Johnstone, S. J. (2003). A review of electrophysiology in attention-deficit/hyperactivity disorder: I. Qualitative and quantitative electroencephalography. *Clinical neurophysiology : official journal of the International Federation of Clinical Neurophysiology*, 114(2), 171–183. [https://doi.org/10.1016/s1388-2457\(02\)00362-0](https://doi.org/10.1016/s1388-2457(02)00362-0)
- Bodiford CH, & Hembree-Kigin T. (2010). *Parent-Child Interaction Therapy: Second Edition (Issues in Clinical Child Psychology)* (Roberts M, Ed.; Second). Springer. <http://www.springer.com/series/6082>
- Briegel W. (2018). Tailoring Parent-Child Interaction Therapy (PCIT) for Older Children: A Case Study. *Zeitschrift fur Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 46(4), 298–304.
<https://doi.org/10.1024/14224917/a000536>
- Celis Alcalá, G., & Georgina Ochoa Madrigal, M. (s/f). *Trastorno del espectro autista (TEA)*. 65, 2022.
<https://doi.org/10.22201/fm.24484865e.2022.65.1.02>
- Comisión Nacional para la Mejora Continua de la Educación (2023). *Indicadores nacionales de la mejora continua de la educación en México. Edición 2023: cifras del ciclo escolar 2021-2022*.
- Contreras, S. R., & Cedillo, I. G. (2014). *Educación especial en México. Desafíos de la educación inclusiva Special Education in Mexico. Challenges of inclusive education* (Vol. 7).
- Enviromental Protection Agency, United States of America. (2013) 3rd Edition.

https://cfpub.epa.gov/si/si_public_record_report.cfm?Lab=NCEE&dirEntryID=217843

- Eyberg, S. M., Nelson, M. M., & Boggs, S. R. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with disruptive behavior. En *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* (Vol. 37, Número 1, pp. 215–237). <https://doi.org/10.1080/15374410701820117> • Fernández, M. (2019). Rehabilitación neuropsicológica en niños con TDAH: ¿Qué dice la evidencia sobre el entrenamiento neurocognitivo? *Revista Guillermo de Ockham*, 17(1), 65–76.
<https://doi.org/10.21500/22563202.3958>
- Fernandez, M. A., Adelstein, J. S., Miller, S. P., Areizaga, M. J., Gold, D. C., Sanchez, A. L., Rothschild, S. A., Hirsch, E., & Gudiño, O. G. (2015). Teacher-Child Interaction Training: A Pilot Study With Random Assignment. *Behavior Therapy*, 46(4), 463–477. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2015.02.002>
- Frías M., Corral-Verdugo V. y Gaxiola E. (2008). Validación de la escala revisada para profesores de Conners en una población Mexicana.
- Folstein, S. E., & Rosen-Sheidley, B. (2001). *Genetics of autism: complex aetiology for a heterogeneous disorder*. Nature reviews. Genetics <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11733747/>
- García Cedillo, I. (2000). *La integración educativa en el aula regular : principios, finalidades y estrategias*. 203.
- García de Vinuesa F. (2016). *Prehistoria del tdah: aditivos para un diagnóstico insostenible*. Papeles del Psicólogo / Psychologist Papers, 2017. Vol. 38(2), pp. 107-115 <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2017.2829>
 - Guerrero R. (2020). “Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: Una guía para padres y maestros”. Océano.
- Harpin, V., Mazzone, L., Raynaud, J. P., Kahle, J., & Hodgkins, P. (2016). Long-Term Outcomes of ADHD: A Systematic Review of Self-Esteem and Social Function. *Journal of Attention Disorders*, 20(4), 295–305. <https://doi.org/10.1177/1087054713486516>
- (IMSS) Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía de Referencia Rápida del Diagnóstico y Manejo de los Trastornos del Espectro Autista.
- (INEGI) Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2014). La Discapacidad en México.
- Jiménez Licona, M. I., & Carbajal Valenzuela, C. C. (2022). *Conocimientos y Estrategias para Intervenir en el aula con niños y niñas con TEA: una propuesta desde la TIMN*. En M. D. Marin Soto, S. Gayosso Mexia, A. Carrizal Alonso, & C. A. Muñoz Ibañez, *Libro de Salud Mental de la Escuela Superior de Atotonilco de Tula* (págs. 12-20).
- Kanine, R. M., Jackson, Y., Huffhines, L., Barnett, A., & Stone, K. J. (2018).

A Pilot Study of Universal Teacher–Child Interaction Training at a Therapeutic Preschool for Young Maltreated Children. Topics in Early Childhood Special Education, 38(3), 146–161.
<https://doi.org/10.1177/0271121418790012>

- Lara-Cruz Psicól, A., Angéles-Llerenas, Á., Katz-Guss, G., Astudillo-García, C. I., Rangel-Eudave, N. G., Rivero-Rangel, G. M., Salvador-Carulla, L., Madrigal-de León, E., & Lazcano-Ponce, E. (2020). Conocimiento sobre trastornos del neurodesarrollo asociado con la aceptación del modelo de educación inclusiva en docentes de educación básica. *Salud Pública de Mexico*, 62(5), 569–581. <https://doi.org/10.21149/11204>
- López, I., & Förster, J. (2022). Trastornos del neurodesarrollo: dónde estamos hoy y hacia dónde nos dirigimos. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 33(4), 367–378. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2022.06.004>
- *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5)* (5 edición). (2014). Médica Panamericana.
- Martín C., López D., Hernández J. P. y Rodríguez P. J. (2016). *Evolución histórica del concepto del trastorno por déficit de atención e hiperactividad*. ISSN 1131-6128, Vol. 40, Nº. 1,
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5435117>
- Martínez Barros, M. I., & Trout Guardiola, G. (2006). Conceptos básicos de electroencefalografía. *Duazary*, 3(1), 18-23.
- Milovanovic M. y Grujicic R. (2021). *Electroencephalography in Assessment of Autism Spectrum Disorders: A Review*. *Front. Psychiatry*:
<https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsyg.2021.686021/full>
- (OMS) Organización Mundial de la Salud (2022). Autismo
- Phillips, S. T., Druskin, L. R., Mychailyszyn, M. P., Victory, E., Aman, E., & McNeil, C. B. (2024). *The Efficacy of Parent-Child Interaction Therapy (PCIT) for Youth with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): A Meta-Analysis*. *Child psychiatry and human development*, 10.1007/s10578024-01678-2. Advance online publication.
<https://doi.org/10.1007/s10578024-01678-2>
- Preescolar La Estancia (2020). Programa Analítico.
- Preescolar Palomas (2024). Programa Analítico.
- Romero S. y García I. (2014). *Educación especial en México. Desafíos de la educación inclusiva*. Revista latinoamericana de educación inclusiva, ISSN 0718-5480, ISSN-e 0718-7378,
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4752911>
- (SEP) Secretaría de Educación Pública (2017). Modelo Educativo. Equidad e Inclusión.
- Servera M. (2012). *Actualización del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) en niños*. Formación Continua a Distancia. Consejo

General de Colegios Oficiales de Psicólogos. Decimonovena Edición

- Vess, S. F., & Campbell, J. M. (2022). Parent-child interaction therapy (PCIT) with families of children with autism spectrum disorder. *Autism & developmental language impairments*, 7, 23969415221140707.
<https://doi.org/10.1177/23969415221140707>
- Villareal G. (2011). *Validez de constructo del M-CHAT (Modified Checklist for Autism in Toddlers) versión mexicana para la detección temprana del autismo.* (Tesis de Universidad). Universidad Nacional Autónoma de México.
- Waddington C. H. (2012). The epigenotype. 1942. *International journal of epidemiology*, 41(1), 10–13. <https://doi.org/10.1093/ije/dyr184>
- Yañez M. G. (2016). *Neuropsicología de los trastornos del neurodesarrollo: diagnóstico evaluación e intervención.* (1ra. Edición). El Manual Moderno.
- Zlomke, K. R., & Jeter, K. (2020). Comparative Effectiveness of Parent-Child Interaction Therapy for Children with and Without Autism Spectrum Disorder. *Journal of autism and developmental disorders*, 50(6), 2041–2052. <https://doi.org/10.1007/s10803-019-03960-y>
- Zwaigenbaum, L., Bauman, M. L., Fein, D., Pierce, K., Buie, T., Davis, P. A., Newschaffer, C., Robins, D. L., Wetherby, A., Choueiri, R., Kasari, C., Stone, W. L., Yirmiya, N., Estes, A., Hansen, R. L., McPartland, J. C., Natowicz, M. R., Carter, A., Granpeesheh, D., Mailloux, Z., ... Wagner, S. (2015). Early Screening of Autism Spectrum Disorder: Recommendations for Practice and Research. *Pediatrics*, 136 Suppl 1(Suppl 1), S41–S59. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-3667D>

13. ANEXOS

Anexo 1.



Universidad Autónoma de Querétaro

Maestría en Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia



Intervención a través de la ~~Teacher-Child Interaction Therapy~~ (TCIT) en niños y niñas con trastornos del neurodesarrollo

Consentimiento informado para maestros y maestras.

Procedimiento

El presente estudio se titula "ANÁLISIS DE UNA INTERVENCIÓN BASADA EN LA TCIT CON MAESTROS/AS Y SUS ALUMNOS/AS DIAGNOSTICADOS CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO". Tiene como objetivo conocer la eficacia de la TCIT en población con trastornos del neurodesarrollo. Su participación y la del niño, consta de 3 etapas que a continuación describiremos con detalle.

Etapa 1. Llevaremos dos sesiones de evaluación, en la que se aplicará una entrevista de anamnesis dirigida a los padres y una entrevista semiestructurada dirigida al maestro, posteriormente se aplicará el Inventario de Conducta para Profesores (Sutter-Eyberg Student Behavior Inventory, Revised, SESBI-R, por sus siglas en inglés), y Cuestionario de conducta CONNERS para padres y profesores ----- que evalúe trastornos del espectro autista; con la finalidad de conocer la historia de desarrollo del niño, así como las principales dificultades que enfrentan en su proceso de desarrollo en el hogar y en la escuela.

Etapa 2. Tendremos aproximadamente 12 sesiones de una hora, las cuales se dividirán en dos fases, la primera de ellas constará de aproximadamente 6 sesiones (la duración dependerá del avance que se tenga), la primera será una presentación, en donde se enseñarán de forma teórica las habilidades de la Interacción Dirigida por el Niño o Niña, (CDI por sus siglas en inglés para Child-Directed Interaction), la cual, en caso de ser posible, se impartirá en la virtualidad. Las 5 sesiones restantes son prácticas, en donde se entrenan las habilidades CDI, las cuales se realizarán de manera presencial en el aula del maestro o maestra. La segunda fase, consta de aproximadamente 6 sesiones (la duración dependerá del avance que se tenga), la primera será una presentación, en donde se enseñarán las habilidades de la Interacción Dirigida por el Maestro (TDI por sus siglas en inglés para Teacher-Directed Interaction), las 5 sesiones restantes son prácticas, en donde se entrenarán las habilidades TDI, las cuales se realizarán de manera presencial. Durante todo este proceso tendrá que realizar una única tarea en el aula: dedicar 5 min todos los días para jugar con el niño o niña, y llenar una hoja, que le facilitaremos semanalmente, la cual tendrá que ser entregada cada semana.

Etapa 3. Terminaremos con una sesión en la que volvamos a aplicar algunos de los cuestionarios aplicados al inicio, para ver el avance que se tuvo durante este proceso.

Le hacemos mención de que algunas de las sesiones serán grabadas, pero los datos que obtendremos durante las 3 fases tienen como único fin realizar la investigación mencionada, por lo que toda información personal será absolutamente confidencial, el nombre de los integrantes de la diada solo se escribirá en dos documentos que serán resguardados bajo llave por las responsables de la investigación y a partir de ahí se trabajará únicamente con códigos de participante.

Es muy importante que usted sepa que su participación no será remunerada y que puede decidir no formar parte de esta investigación en cualquier momento sin que eso implique alguna consecuencia de ningún tipo. Igualmente, que 2 o más faltas continuas al proceso terapéutico causarán baja definitiva como participante de la investigación. Si usted necesita faltar por causas de fuerza mayor, le solicitamos dar aviso al menos 24 horas antes de su cita con justificante de por medio.

Yo declaro que he sido invitado (a) e informado(a) sobre la investigación "ANÁLISIS DE UNA INTERVENCIÓN BASADA EN LA TCIT CON MAESTROS/AS Y SUS ALUMNOS/AS DIAGNOSTICADOS CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO". Este proyecto tiene dos responsables técnicas: Lic. en Psicología Educativa Angélica Divany Chávez Méndez estudiante de la Maestría en Salud Mental de la Infancia y Adolescencia y Dra. ~~Cintli~~ Carolina Carbalal Valenzuela directora de tesis. Entiendo que este estudio busca conocer la eficacia de la TCIT en población con trastornos del neurodesarrollo de entre los 3 y 7 años y sé que mi participación se llevará a cabo dentro de las instalaciones escolares de las que soy parte en el horario Mi participación consistirá en recibir entrenamiento por parte de la terapeuta durante 12 sesiones semanales de una hora aproximadamente, así como de realizar la actividad de juego especial durante 5 minutos todos los días de lunes a viernes.

Me han explicado que la información registrada será confidencial, y que los nombres de los y las participantes serán asociados a un número de código, esto significa que las respuestas no podrán ser conocidas por otras personas ni tampoco ser identificadas en la fase de publicación de resultados. Estoy en conocimiento de que la mayoría de los datos no me serán entregados y que no habrá retribución por mi participación en este estudio. Asimismo, sé que puedo negar mi participación o retirarme en cualquier etapa de la investigación, sin consecuencias negativas para mí.

Sí. Acepto voluntariamente participar en este estudio.

Fecha:

Nombre y Firma participante

Nombre y firma del testigo

Nombre y firma de las Investigadoras Responsables

Anexo 2.



Universidad Autónoma de Querétaro
Maestría en Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia
Consentimiento informado para padres



Procedimiento

El presente estudio se titula "ANÁLISIS DE UNA INTERVENCIÓN BASADA EN LA TCIT CON MAESTROS/AS Y SUS ALUMNOS/AS DIAGNOSTICADOS CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO". Tiene como objetivo conocer la eficacia de la TCIT en población con diagnóstico de trastornos del neurodesarrollo. Es importante mencionar que en caso de que acepte que su hijo o hija participe en esta investigación, el trabajo terapéutico se llevará directamente con la maestra o maestro. Usted como padre/madre del alumno no tendrá que asistir a las sesiones semanales de terapia. La participación de su hijo o hija constará de 3 etapas, las cuales describiremos a continuación:

Etapa 1. Llevaremos a cabo dos sesiones de evaluación, en las que se aplicará una entrevista de anamnesis dirigida a los padres y una entrevista semiestructurada dirigida al maestro o maestra, posteriormente se aplicará el Inventory of Conducta para Profesores (Sutter-Eyberg Student Behavior Inventory, Revised SESBI-R, por sus siglas en inglés), y el Cuestionario de conducta CONNERS para padres y profesores o _____ que evalúe trastornos del espectro autista; con la finalidad de conocer la historia de desarrollo del niño, así como las principales dificultades que enfrentan en su proceso de desarrollo en el hogar y en la escuela

Etapa 2. Tendremos aproximadamente 12 sesiones de una hora, las cuales se dividirán en dos fases, la primera de ellas constará de aproximadamente 6 sesiones (la duración dependerá del avance que se tenga), la primera será una presentación dirigida a el maestro o maestra, en donde se enseñarán de forma teórica las habilidades de la Interacción Dirigida por el Niño o Niña, (CDI por sus siglas en inglés para Child-Directed Interaction), la cual, en caso de ser posible, se impartirá en la virtualidad, y si usted lo desea puede participar de esta sesión. Las 5 sesiones restantes son prácticas, en donde se entrena las habilidades CDI, las cuales se realizarán de manera presencial, en el salón de clases al que asiste su hijo o hija. La segunda fase, consta de aproximadamente 6 sesiones (la duración dependerá del avance que se tenga), una será una presentación, en donde se enseñarán las habilidades de la Interacción Dirigida por el Maestro (TDI por sus siglas en inglés para Teacher-Directed Interaction), las 5 sesiones restantes son prácticas, en donde se entrenarán las habilidades TDI, las cuales se realizarán de manera presencial. Durante todo este proceso será necesario que su hijo o hija se mantenga en la escuela una hora más para la sesión semanal y 5 minutos diarios, ya que el maestro tendrá que realizar la única tarea de jugar con su hijo o hija.

Etapa 3. Terminaremos con una sesión en la que volveremos a realizar la evaluación del inicio para ver el avance que se tuvo durante este proceso.

Le hacemos mención de que algunas de las sesiones serán grabadas, pero los datos que obtendremos durante las 3 fases tienen como único fin realizar la investigación mencionada, por lo que toda información personal será absolutamente confidencial, el nombre de los integrantes de la diada solo se escribirá en dos documentos que serán resguardados bajo llave por las responsables técnicas de la investigación y a partir de ahí se trabajará únicamente con códigos de participante.

Es muy importante que usted sepa que su participación no será remunerada y que puede decidir que su hija o hijo no forme parte de la investigación sin que eso implique alguna consecuencia de ningún tipo. Igualmente, que 2 o más faltas continuas al proceso terapéutico causarán baja definitiva como participante de la investigación. Si usted necesita que su hijo o hija falte por causas de fuerza mayor, le solicitamos dar aviso al menos 24 horas antes de su cita con justificante de por medio.

Consentimiento Informado para padre

Yo declaro que he sido invitado e informado sobre la investigación denominada "ANÁLISIS DE UNA INTERVENCIÓN BASADA EN LA TCIT CON MAESTROS/AS Y SUS ALUMNOS/AS DIAGNOSTICADOS CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO". Este proyecto tiene dos responsables técnicas: Lic. en Psicología Educativa Angélica Divany Chávez Méndez, estudiante de la Maestría en Salud Mental de la Infancia y Adolescencia y Dra. Cintia Carolina Carbalal Valenzuela, directora de tesis. Entiendo que este estudio busca conocer la eficacia de la TCIT en población con diagnóstico de trastornos del neurodesarrollo entre los 3 y 7 años y sé que la participación de mi hija o hijo se llevará a cabo dentro de las instalaciones escolares de la institución a la que asiste, en el horario La participación de mi hija(o) consistirá en asistir a 12 sesiones semanales de una hora en horario extraescolar y permanecer 5 minutos más en la escuela diariamente.

Me han explicado que la información registrada será confidencial, y que los nombres de las y los participantes serán asociados a un número de código, esto significa que las respuestas no podrán ser conocidas por otras personas ni tampoco ser identificadas en la fase de publicación de resultados. Estoy en conocimiento de que los datos no me serán entregados y que no habrá retribución por la participación en este estudio. Asimismo, sé que puedo negar la participación de mi hija o hijo o

retíralo(a) en cualquier etapa de la investigación, sin consecuencias negativas para mí o mi hijo o hija.

Si, acepto voluntariamente que mi hijo o hija participe en este estudio.

Fecha:

Nombre y Firma participante

Nombre y firma del testigo

Nombre y firma de las Investigadoras Responsables

Anexo 3.



Universidad Autónoma de Querétaro
Maestría en Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia
Asentimiento informado para niños/as



Se le ha explicado al menor con código de qué trata la investigación en la cual participará, se le ha explicado que actividad realizará durante este procedimiento, ir a las sesiones presenciales en su salón de clases una vez a la semana por una hora en la cual se dedicará a jugar con su maestro o maestra

- El niño asintió participar, expresó esto verbalmente mediante un (Asintió/ remitió verbalmente un Sí) en nuestra investigación.
- El niño se negó a participar, mediante un (negación verbal de un No/ movimiento de cabeza) en nuestra investigación.

Fecha:

Nombre y firma de las Investigadoras Responsables

Anexo 4.



Universidad Autónoma de Querétaro
Maestría en Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia
Carta de Revocación de Participación para Padres



Yo _____ por este medio deseo informar mi
decisión de que mi hijo/a se retiré como participante del proyecto de
investigación titulado "ANÁLISIS DE UNA INTERVENCIÓN BASADA EN LA
TCIT CON MAESTROS/AS Y SUS ALUMNOS/AS DIAGNOSTICADOS CON
TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO",
por las siguientes razones (puede dejarlo en blanco si no desea mencionar
las razones):

Fecha:

Nombre y Firma participante

Nombre y firma del testigo

Nombre y firma de las Investigadoras Responsables

Anexo 5.



Universidad Autónoma de Querétaro
Maestría en Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia
Carta de Revocación de Participación para Maestros/as



Yo _____ por este medio deseo informar mi
decisión de retirarme como participante del proyecto de investigación
titulado “ANÁLISIS DE UNA INTERVENCIÓN BASADA EN LA TCIT CON
MAESTROS/AS Y SUS ALUMNOS/AS DIAGNOSTICADOS CON
TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO”,
por las siguientes razones (dejarlo en blanco si no desea mencionar las
razones):

Fecha:

Nombre y Firma participante

Nombre y firma del testigo

Nombre y firma de las Investigadoras Responsables

Anexo 6.



Universidad Autónoma de Querétaro
Maestría en Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia
Carta de Revocación de Participación para Niños/as



Por este medio el participante _____ con código de paciente _____ manifiesta lo siguiente:

"Ya no quiero seguir viniendo a jugar con mi maestro/a, después de la escuela",

porque (dejar en blanco si el participante no desea mencionar las razones):

Fecha:

Nombre y Firma participante

Nombre y firma del testigo

Nombre y firma de las Investigadoras Responsables

Anexo 7.

 UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
DE QUERÉTARO

 MSMIA
MAESTRÍA EN SALUD MENTAL
DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

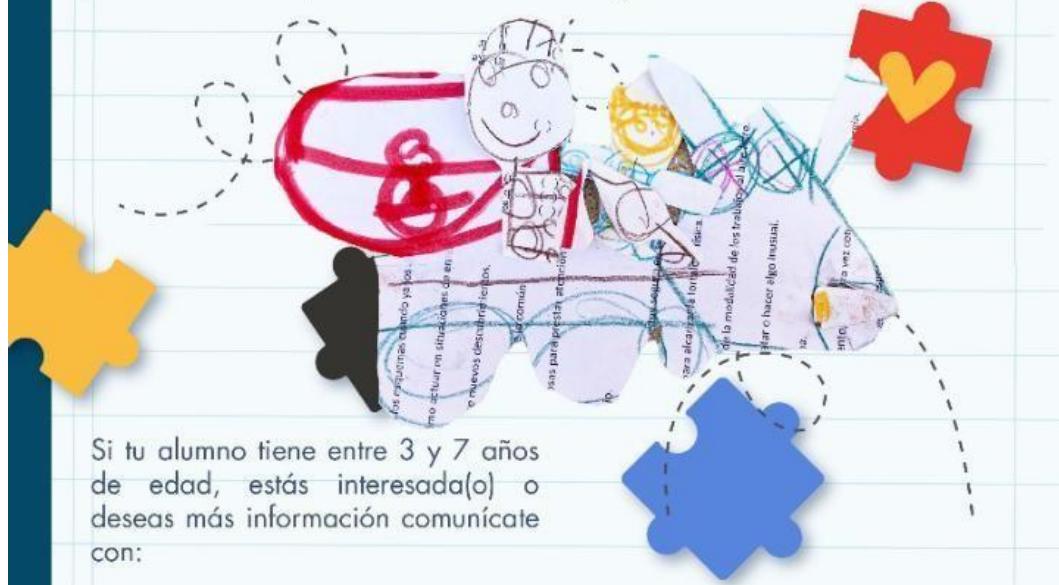


CONVOCATORIA

Maestra(o) ¿Tú alumno(a) fue diagnosticado con **Trastorno del Espectro Autista** o con **Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad?**

¿TE GUSTARÍA FORMAR PARTE DE UNA GRAN EXPERIENCIA?

La facultad de Psicología de la UAQ, campus San Juan del Río, te invita a participar en su investigación sobre interacción entre maestras(os) y alumnos(as), donde a través del juego te compartiremos habilidades efectivas para intervenir en poblaciones con este diagnóstico.



Si tu alumno tiene entre 3 y 7 años de edad, estás interesada(o) o deseas más información comunícate con:

Lic. Angélica Chávez
Correo: achavez17@alumnos.uaq.mx
Whatsapp: **427 186 10 90**

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

SOMOSUAQ®
SERVIR CONSTRUIR TRANSFORMAR