



Universidad Autónoma de Querétaro  
Facultad de Psicología y Educación  
Licenciatura en Psicología Clínica y Educativa

EFICACIA DE LA TERAPIA DE LA INTERACCIÓN PADRES-HIJOS EN FAMILIAS CON NIÑOS Y NIÑAS DE 3-8 AÑOS CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

PARENT-CHILD INTERACTION THERAPY EFFECTIVENESS IN ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER IN CHILDREN BETWEEN 3-8 YEARS OLD

**TESIS**

Que como parte de los requisitos para obtener el grado de:  
Licenciado en Psicología Clínica y Licenciada en Psicología Educativa

**Presentan:**

Víctor Francisco Rojas Villegas  
Karla Janeth Domínguez Gaspar

**Dirigido por:**

Dra. Cintli Carolina Carbajal Valenzuela

**SINODALES**

Dra. Cintli Carolina Carbajal Valenzuela  
Presidente

Firma

Dra. Anahí Isabel Arellano Vega  
Sinodal

Firma

Dr. Agustín Jaime Negrete Cortés  
Sinodal

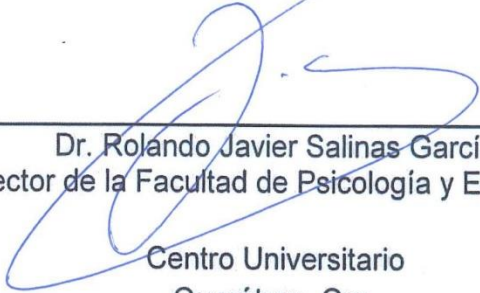
Firma

Mtra. Melissa Calderón Carrillo  
Sinodal

Firma

Mtra. Velia Herrera Rivera  
Sinodal

Firma

  
Dr. Rolando Javier Salinas García  
Director de la Facultad de Psicología y Educación

Centro Universitario

Querétaro, Qro.

Febrero 2023

México



Dirección General de Bibliotecas y Servicios Digitales  
de Información



Eficacia de la Terapia de la Interacción Padres-Hijos en  
Familias con Niños y Niñas de 3-8 años con  
Diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención con  
Hiperactividad

**por**

Víctor Francisco Rojas Villegas  
Karla Janeth Domínguez Gaspar

se distribuye bajo una [Licencia Creative Commons  
Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0  
Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

**Clave RI:** PSLIN-280324-0323-223



**Universidad Autónoma de Querétaro**  
**Facultad de Psicología y Educación**  
**Licenciatura en Psicología Clínica y Educativa**

EFICACIA DE LA TERAPIA DE LA INTERACCIÓN PADRES-HIJOS EN FAMILIAS CON NIÑOS Y NIÑAS DE 3-8 AÑOS CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

PARENT-CHILD INTERACTION THERAPY EFFECTIVENESS IN ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER IN CHILDREN BETWEEN 3-8 YEARS OLD

**TESIS**

Que como parte de los requisitos para obtener el grado de:  
 Licenciado en Psicología Clínica y Licenciada en Psicología Educativa

**Presentan:**

Víctor Francisco Rojas Villegas  
 Karla Janeth Domínguez Gaspar

**Dirigido por:**

Dra. Cintli Carolina Carbajal Valenzuela

SINODALES

Dra. Cintli Carolina Carbajal Valenzuela  
 Presidente

\_\_\_\_\_

Firma

Dra. Anahí Isabel Arellano Vega  
 Sinodal

\_\_\_\_\_

Firma

Dr. Agustín Jaime Negrete Cortés  
 Sinodal

\_\_\_\_\_

Firma

Mtra. Melissa Calderón Carrillo  
 Sinodal

\_\_\_\_\_

Firma

Mtra. Velia Herrera Rivera  
 Sinodal

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_  
 Dr. Arturo Ramírez Pérez  
 Director de la Facultad de Psicología y Educación

Centro Universitario  
 Querétaro, Qro.  
 Febrero 2023  
 México

## RESUMEN

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es uno de los trastornos del neurodesarrollo más comunes. La Terapia de Interacción entre Padres-Hijos (TIPH) es un entrenamiento parental de manejo conductual que ha demostrado eficacia en el tratamiento de diversas conductas disruptivas. El objetivo fue, conocer la eficacia de la TIPH en familias con hijos/as con diagnóstico de TDAH. Se llevó a cabo un estudio cuantitativo de diseño pre-experimental con muestra no probabilística en el que se aplicó la TIPH a 6 familias. 5 tríadas y 1 díada, 4 niños y 2 niñas en edades de 6-8 años, con diagnóstico de TDAH. Resultados: se observaron diferencias estadísticamente significativas en el pre y post-tratamiento, en la percepción paterna y materna del número y la intensidad de conductas disruptivas que representan un problema. El 80% de los/as participantes en las mediciones pre-tratamiento, obtuvieron puntajes clínicos para considerar TDAH a través de la Escala Conners para Padres y 20 % en post-tratamiento. De manera individual, hubo cambios importantes en 3 de los 6 casos, en los puntajes de la hiperactividad e impulsividad. Respecto a la percepción de los maestros/as de los/as niños/as, 1 de los 6 casos tuvo mejoras significativas en los problemas de conducta, la inatención y la hiperactividad. En cuanto a resultados cualitativos, se encontró una mejora significativa en los problemas de atención reportados por los padres y mejoras en sus habilidades parentales. Conclusión: la TIPH es una intervención adecuada para familias con hijos/as con TDAH en el manejo de Conductas Disruptivas. En las características de inatención, hiperactividad e impulsividad, se observaron tendencias al cambio favorable, que no alcanzaron a ser estadísticamente significativas.

**Palabras clave:** Terapia de Interacción de Padres-Hijos, Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, Problemas de Conducta, Inatención, Hiperactividad e Impulsividad.

## SUMMARY

Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is one of the most common neurodevelopmental disorders and is usually accompanied by disruptive behaviors. Parent-Child Interaction Therapy (PCIT) is a parental training for behavioral management that has been shown to be effective in treating behavioral difficulties. The aim of this research is to learn about the efficacy of PCIT in families with ADHD-diagnosed children. A pre-experimental mixed study was carried out with a non-probabilistic sample. We present results for 6 families comprised of 5 triads and one dyad, four boys and two girls, all of them between 6 and 8 years old, with an ADHD diagnosis. 80% of the participants make clinical scores for ADHD on pretreatment and only 20% on posttreatment. Parental perception of the number of occurrences and intensity of disruptive behaviors representing a problem decreased in 6 cases, a qualitative improvement on inattention problems and with significant changes on hyperactivity and impulsivity in three of six cases. Regarding the teachers' perception of the children, in one case it decreased on behavioral problems and improvement on inattention problems and hyperactivity. Qualitative results which can identify facilitating factors of the intervention are also shown. The conclusion is that, in general, the PCIT is an appropriate intervention for families with children with ADHD in the management of disruptive behaviors. There is a tendency to improve in characteristics such as inattention, hyperactivity and impulsivity, but not enough to make it statistically significant.

**Key Words:** Parent-Child Interaction Therapy, Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Disruptive Behavior, Inattention, Hyperactivity and Impulsivity.

## AGRADECIMIENTOS

### **Víctor**

Gracias a mi madre, Manuela, y a mi abuela, Francisca, que no alcanzaron a ver este logro, pero que me acompañaron en espíritu a cada paso, donde quiera que estén les dedico todo mi esfuerzo, las amo. A mi colega Karla, por arriesgarse a vivir esta aventura conmigo. A la Dra. Cintli, por su constante entrega y compromiso al compartir sus conocimientos y su acompañamiento a lo largo de este proceso. A mi familia, Lucía, Imelda, Elvia y Dulce que en la recta final no me soltaron ni un sólo instante hasta cumplir mi sueño. A mi hermano Silverio y mi hermana Cecilia, por su apoyo, amor y sostén en cada momento. A Jesús, por su amor, sostén y empuje cuándo llegué a flaquear en el proceso. A mis amigas Areli, Dulce y Ana, por su apoyo y constante interés por lo que hacíamos. A Nayeli, Alma, Laura y Vicky, sin todo su apoyo, este trabajo no hubiera sido posible. A las familias que nos permitieron ser parte de su día a día y en especial a estos seis pequeños y pequeñas que me enseñaron a mirar la psicología desde muchas miradas, su paso por nuestro camino ha dejado una huella importante en mí.

### **Karla**

Gracias a mi familia; mi madre, Verónica; mi padre Alejandro y a mi hermana, Alejandra que estuvieron presentes en este largo proceso de formación académica y que me apoyaron en los momentos difíciles. Le agradezco a mi colega Víctor Rojas, quien desde el principio creyó en mí, en mis capacidades y fortalezas, para hacer este enorme trabajo juntos, con quien pasé noches largas y días enteros en la universidad haciendo realidad este sueño. A la Dra. Cintli, quien estuvo pendiente y nos guió a lo largo de todo este camino, brindándonos su apoyo y sus conocimientos. A mis amigas Arely y Dulce, que me ayudaron y animaron en seguir adelante cuando todo se tornó difícil, ustedes que me vieron reír y llorar por cuatro largo años. A mis compañeras Nayeli, Alma, Laura y Vicky, por todo el apoyo que me brindaron para lograr hacer este trabajo. A las familias que nos abrieron las puertas de su hogar y confiaron en nosotros, y en especial a los niños y las niñas, de quienes aprendí mucho y que me permitieron vivir la psicología. Y sobre todo dedicó y agradezco este trabajo a mí, que, aunque parezca narcisista, solo yo sé lo mucho que me esforcé para lograr esto, que no me rendí antes las adversidades que me tocaron vivir en los últimos años de mi carrera. Agradezco los buenos y los malos momentos que pase, por las risas y las lágrimas derramadas.

## Índice

RESUMEN.....	I
SUMMARY .....	II
AGRADECIMIENTOS .....	III
ÍNDICE .....	IV
1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. MARCO TEÓRICO .....	1
3.1 TDAH.....	1
3.1.1 Diagnóstico .....	3
3.2.1 Pruebas Diagnósticas .....	3
3.1.3 Déficit de Atención .....	5
3.1.4 Hiperactividad e impulsividad .....	6
3.1.5 Problemas de Conducta.....	8
3.1.6 Subtipos del TDAH.....	9
3.1.7 Etiología.....	9
3.1.8 Comorbilidad.....	13
3.1.9 Tratamientos disponibles .....	13
3.2 LA TERAPIA DE INTERACCIÓN PADRES-HIJOS (TIPH).....	17
3.2.1 Interacción Dirigida por el Niño o Niña .....	22
3.2.2 Interacción Dirigida por el Padre o la Madre.....	26
3. ANTECEDENTES.....	32
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	37
5.1 OBJETIVO DE INVESTIGACIÓN .....	38
5.1.1 Objetivo General .....	38
5.1.2 Objetivos Específicos.....	38
5.2 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN .....	38
5.4 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN .....	40
5.5 VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN .....	41
5.6.1 ALCANCE DE LA INVESTIGACIÓN.....	43
5.6.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	43
5.6.3 MUESTRA.....	43
5.6.4 PROCEDIMIENTO .....	44
6. RESULTADOS.....	45
6.1 DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS .....	45
6.2 RESULTADOS CUANTITATIVOS.....	54
6.2.1 Resultados del Inventario de Conductas Infantiles de Eyberg (ICIE).....	55
6.2.2 Habilidades por Hacer y Conductas por Evitar de la Interacción Dirigida por el Niño .....	59
6.2.3 Resultados de la Actividad Disciplinar en la Interacción Dirigida por el Padre o la Madre .....	67
6.2.4 Resultados de la Escala de Connors para Padres versión Abreviada .....	74
6.2.5 Resultados del Inventario de Conducta para Maestros Sutter-Eyberg Revisado..	79
6.2.6 Resultados de la Escala Connors para Maestros y Maestras Versión Abreviada.	82

6.3 RESULTADOS CUALITATIVOS .....	88
7. DISCUSIÓN.....	93
7.1 LIMITACIONES DEL ESTUDIO .....	104
8. CONCLUSIONES .....	106
9. BIBLIOGRAFÍA.....	106
10. ANEXOS.....	112

### Índice de tablas, Figuras y Anexos

Tabla 1 Características Demográficas y Clínicas de la Población	63
Tabla 2 Resultados del Inventario de Conducta Infantil Eyberg	64
Figura 1 Promedio de la Intensidad y Número de Problemas de conducta (TITP Y PNP)	64
Tabla 3 Porcentaje de Padres y Madres con Puntaje Clínico Pre y Post-Tratamiento de los Problemas de Conducta	65
Figura 2 Intensidad de los Problemas de Conducta C1	65
Figura 3 Intensidad de los Problemas de Conducta C2	65
Figura 4 Intensidad de los Problemas de Conducta C3	65
Figura 5 Intensidad de los Problemas de Conducta C4	65
Figura 6 Intensidad de los Problemas de Conducta C5	66
Figura 7 Intensidad de los Problemas de Conducta C6	66
Figura 8 Número de Problemas de Conducta C1	66
Figura 9 Número de Problemas de Conducta C2	66
Figura 10 Número de Problemas de Conducta C3	67
Figura 11 Número de Problemas de Conducta C4	67
Figura 12 Número de Problemas de Conducta C5	67
Figura 13 Número de Problemas de Conducta C6	67
Tabla 4 Resultados de las habilidades EPIDE	68
Figura 14 Promedio de las Habilidades por Hacer de la IDN y las conductas por evitar de la IDN	69
Tabla 5 Porcentaje padres y madres post-tratamiento en las habilidades por hacer y conductas por evitar	69
Figura 15 Habilidades por Hacer del C1	70
Figura 16 Conductas por Evitar del C1	70
Figura 17 Habilidades por Hacer y Conductas por Evitar del C2	71
Figura 18 Habilidades por Hacer del C3	72
Figura 19 Conductas por Evitar del C3	72



Figura 20 Habilidades por Hacer del C4	73
Figura 21 Conductas por Evitar del C4	73
Figura 22 Habilidades por Hacer del C5	74
Figura 23 Conductas por Evitar del C5	74
Figura 24 Habilidades por Hacer del C6	75
Figura 25 Conductas por Evitar del C6	75
Tabla 6 Resultado de la Actividad Disciplinar IDP	77
Figura 26 Promedio de la actividad disciplinar IDP	77
Tabla 7 Porcentaje de dominio de la actividad disciplinar	78
Figura 27 Actividad disciplinar en la IDP del C1	78
Figura 28 Actividad disciplinar en la IDP del C2	79
Figura 29 Actividad disciplinar en la IDP del C3	80
Figura 30 Actividad disciplinar en la IDP del C4	81
Figura 31 Actividad disciplinar en la IDP del C5	82
Figura 32 Actividad disciplinar en la IDP del C6	82
Tabla 8 Resultados de la Escala Connors para Padres Abreviada	84
Figura 33 Promedio de la escala Connors para Padres Abreviada	84
Figura 34 Resultados de la Escala Connors para Padres C1	85
Figura 35 Resultados de la Escala Connors para Padres C2	85
Figura 36 Resultados de la escala Connors para Padres C4	86
Figura 37 Resultados de la Escala Connors para Padres C5	86
Figura 38 Resultados de la escala Connors para Padres C6	87
Tabla 9 Resultados del Inventario de Conducta para Maestros y Maestras Sutter-Eyberg	88
Figura 39 Promedio del Inventario de Conducta para Maestros y Maestras Sutter-Eyberg	89
Figura 40 Resultados de la PTPIP del ICMSE-R del C1 al C6	90
Figura 41 Resultados de la PTPNP del ICMSE-R del C1 al C6	91
Tabla 10 Resultados de la Escala Connors para Maestros y Maestras	92
Figura 42 Promedio de la Escala Connors para Maestros y Maestras Versión Abreviada del C1 al C6	93
Figura 43 Resultados de la Escala Connors para Maestros y Maestras C1	93
Figura 44 Resultados de la Escala Connors para Maestros y Maestras C2	94
Figura 45 Resultados de la Escala Connors para Maestros y Maestras C4	95
Figura 46 Resultados de la Escala Connors para Maestros y Maestras C5	95
Figura 47 Resultados de la Escala Connors para Maestros y Maestras C6	96
Anexo 1 Consentimiento y Asentimiento Informado	121
Anexo 2 Entrevista de Anamnesis	125

## 1. Introducción

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), es el trastorno del neurodesarrollo más común en la infancia y en las últimas cuatro décadas ha ido en aumento, pasando de una prevalencia de 2-3% a una prevalencia actual del 3-7% (APA, 1980, 2013). Al igual que el TDAH, los problemas de conducta parecen ir en aumento teniendo como impacto directo el entorno social, familiar y escolar. Es por ello que tratamientos como la TIPH, son altamente recomendados para abordar los problemas característicos de este trastorno, así como algunas de sus comorbilidades. Problemas como; la Inatención, la Hiperactividad, la Impulsividad y de Conducta, suelen ser algunas de las características más comunes en esta población, por lo que el uso de estrategias como el entrenamiento parental ha demostrado ser altamente efectiva en poblaciones de niños y niñas entre los 3 y los 6 años de edad.

La Terapia de Interacción entre Padres-Hijos (TIPH), es una terapia breve (aproximadamente 14-16 sesiones) y se centra en entrenar a los padres y las madres en un contexto de juego, para mejorar sus habilidades parentales, a través de una atención estratégica y el uso de distintas habilidades que remarcan en los niños y las niñas, las conductas prosociales y el ignorar aquellas conductas que sean consideradas como disruptivas. A diferencia de otras terapias, la TIPH, permite la retroalimentación en vivo en un entorno de juego, a través de un dispositivo de audio y una cámara de Gesell, donde se observa y retroalimenta el trabajo de los padres y las madres.

En el presente estudio, se pone a prueba la eficacia de la TIPH en población infantil de 3 a 8 años de edad con diagnóstico de TDAH. Específicamente en las características principales del TDAH como son la Inatención, la Hiperactividad y la Impulsividad, además de los problemas de conducta. Se obtuvo la participación de 6 familias, con 4 niños y 2 niñas con un diagnóstico de TDAH.

## 2. Marco Teórico

### 3.1 TDAH

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es el trastorno del neurodesarrollo más común en la infancia. El DSM-V (2013) lo describe como *“un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad, que interfiere con el funcionamiento*

o el desarrollo en las distintas áreas: familiar, social y escolar, además de baja tolerancia a la frustración, arrebatos emocionales, testarudez, insistencia excesiva y frecuente para satisfacer sus demandas, disforia, baja autoestima, bajo rendimiento académico y oposicionismo” (p 33). Su prevalencia global, se encuentra entre el 6 y el 7% de los niños y niñas (Thomas, R. et al., 2015). En México, se estima que la prevalencia en menores, ronda del 3 al 5%, por lo que hay aproximadamente 1.5 millones de niños y niñas que pudieran cumplir con los criterios para el diagnóstico de TDAH entre los 4 y los 17 años (Palacios, L. et al., 2011). Este es un problema de salud mental que afecta desde edades tempranas y que, si no es diagnosticado, tiene consecuencias importantes en el neurodesarrollo que perduran hasta la vida adulta del sujeto.

Las descripciones iniciales del TDAH eran bastante imprecisas y estaban enfocadas en elementos educativos, fisiológicos y neurológicos. Uno de los primeros fue hecho por el escocés Alexander Crichton (1798) donde el síntoma predominante era el de la inatención o inquietud mental, para niños y niñas que no tenían la capacidad de prestar atención en comparación con sus pares, Crichton creía que los responsables de que está inquietud mental se manifestara, era en gran medida responsabilidad de la pedagogía y la educación, y un aspecto importante de su investigación, es que nunca investigó con niños, sino con adultos.

Años después, el alemán Heinrich Hoffmann (1845) escribió un libro llamado *“Felipe el Nervioso”* donde describe los problemas de atención e hiperactividad de este niño, en actos como balancearse en una silla con las patas traseras, no obedecer a los padres cuando le piden que esté quieto y las consecuencias de estos actos. Este libro, se trataba de un cuento que Hoffmann escribió para su hijo y que luego le permitiría a psiquiatras y manuales sobre psiquiatría, retomar su historia para cimentar lo que hoy conocemos como TDAH. La opinión de Hoffmann, tomó cierta validez a partir de saber que era un psiquiatra y a pesar de que nunca trabajó con esta población.

Ya un poco más adelante, el inglés George F. Still (1902) plasmó una de las primeras descripciones sobre el TDAH, lo concibió como *“un defecto en el control moral de niños con inteligencia normal... Son especialmente coléricos, maliciosos con sus semejantes, crueles con los animales, roban sin necesidad, mienten, son destructivos, carecen de vergüenza y tienen tendencia a la autosatisfacción, con dificultades para socializar y problemas de aprendizaje”*. (Still, G. 1902, p. 1009) Still, creía que las causas de estos síntomas, se debían a lesiones cerebrales, antecedentes de padecimientos mentales en los padres, características fisonómicas como el tamaño de la cabeza, la forma del paladar y tumores cerebrales (Still, G.

1902). Estos tres autores suelen ser las referencias clásicas de los inicios de lo que hoy conocemos como TDAH (García, F. 2017).

Estas descripciones, funcionaron como base para que, en 1980, la APA construyera la descripción moderna que ahora funciona de manera universal para estipular lo que es el TDAH. Posteriormente otros autores, como Barkley (2006) que sintetizó los trabajos de Still a los problemas de atención sostenida, al conjunto de conductas coléricas como ser maliciosos, agresivos y deshonestos y a las muestras de agresividad y activación motora excesiva (García, F. 2017). A su vez, la APA ha ido desarrollando el concepto de TDAH hasta la descripción actual, haciendo pequeños cambios a lo largo de sus 5 versiones.

### 3.1.1 Diagnóstico

El diagnóstico del TDAH se sustenta en lo estipulado por el DSM-V (2013) o el CIE-10 (2008) y se lleva a cabo a través de entrevistas anamnésticas a los padres y madres, al niño o niña y a sus maestros o maestras; donde se recopile toda la información posible en relación al niño o la niña y las manifestaciones sintomatológicas del TDAH, debe prestarse atención especial a los antecedentes familiares así como del funcionamiento familiar (Rivero, P. 2010), a la evolución de los síntomas, los antecedentes personales que incluyan información acerca del desarrollo del niño como datos perinatales, posnatales, de su desarrollo psicomotriz, su lenguaje, su alimentación, su control de esfínteres, entre otros (Trejo, C. 2016) además de la aplicación de diversas pruebas que respalden el diagnóstico.

En ocasiones, también será necesario descartar lesiones neurológicas a través de Electroencefalograma (EEG) o Resonancia Magnética Central (RMC), esto dependerá del profesional que elabore el diagnóstico, ya que suele hacerse desde la perspectiva de varios profesionales como; psicólogos, pedagogos, neuropediatras, y paidopsiquiatras (Rivero, P. 2010).

### 3.2.1 Pruebas Diagnósticas

Las pruebas más utilizadas por psicólogos son:

ADHD Rating Scale-IV (DuPaul, Anastopoulos y Reid. 1998). Es una escala de evaluación del TDAH con dos subescalas que son inatención e hiperactividad, cuenta con 18 ítems que representan los síntomas del TDAH tomando como base los criterios estipulados en el DSM-IV, cuenta con dos versiones, una para padres y otra para maestros. La edad de aplicación, varía de los 5 a los 18 años.

DICA-P Entrevista diagnóstica para niños, niñas y adolescentes (Reich, Shayka y Taiblenon, 1988). Esta entrevista tiene como objetivo, obtener información sobre la conducta del niño o niña. Cuenta con 247 ítems que sirven para explorar los distintos síntomas sobre alteraciones conductuales, la escala recoge la ausencia, la presencia y la duración de los síntomas de los trastornos.

EDAH Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (Ferré y Narbona, 2001) cuenta con 20 elementos que se conjuntan en una escala global y cuatro subescalas, su objetivo es la tipificación de la conducta del niño o niña, tomando como características bases, las del TDAH y sus síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad, la edad de aplicación va de los 6 a los 12 años.

SNAP-IV-R Rating Scale-Revised y SNAP-IV: Teacher and Parent Ratings Scale (Swanson, Nolan y Pelam, 2003) es un instrumento que se responde desde la familia y los profesores, contiene 90 ítems que mide síntomas del TDAH, también de TOD y agresividad. Es utilizado en el rango de edad de los 6 a los 18 años de edad.

Escala de Conners (Conners, C. K. 2008) evalúa síntomas del TDAH con dos escalas para padres, y dos para maestros, extensas y abreviadas. Las escalas extensas incluyen ítems sobre psicopatología general. Las escalas abreviadas están compuestas por cuatro subescalas: oposicionismo, inatención, hiperactividad e índice de hiperactividad y su aplicación va de los 3 a los 17 años de edad.

BASC Sistema de evaluación de la conducta de niños y adolescentes (Reynolds y Kamphaus, 1992). Es un conjunto de instrumentos que permite evaluar los aspectos adaptativos y desadaptativos de la conducta de niños y adolescentes. Las escalas muestran problemas como la agresividad, hiperactividad, problemas de conducta. Interiorizar problemas: ansiedad, depresión y somatización. Problemas Escolares: problemas de atención y de aprendizaje. Otros problemas: atipicidad, retraimiento. Habilidades adaptativas: habilidades para el estudio, índice de síntomas comportamentales. El rango de edad establecido va de los 3 a los 18 años.

WISC-IV Wechsler Intelligence Scale for Children, Fourth Edition (Wechsler, D. 2003). Es un test dirigido a niños/niñas y adolescentes de entre los 6 y 11 años. En las pruebas de Dígitos, Claves, Letras y Números y Búsqueda de Símbolos, permite evaluar la calidad de la atención, los índices de razonamiento perceptivo y de velocidad de procesamiento que están relacionados con la población del TDAH.

De acuerdo al DSM-V (2013) los niños diagnosticados deben haber presentado 6 o más síntomas por lo menos con 6 meses de anterioridad al momento de las evaluaciones diagnósticas. Los síntomas que pueden presentarse son:

### 3.1.3 Déficit de Atención

Que puede manifestarse como:

- Falla en prestar la debida atención a detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, trabajo u otras actividades.
- Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas.
- Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente.
- Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, quehaceres o deberes laborales.
- Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades.
- Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido.
- Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades.
- Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos.
- Con frecuencia olvida las actividades cotidianas.

#### 3.1.3.1 ATENCIÓN

Para mayor precisión, describiremos lo que entenderemos en este trabajo por atención. conceptualizamos la atención como un conjunto de diferentes mecanismos que trabajan de manera coordinada para que esta función neuropsicológica básica seleccione, del entorno, aquellos estímulos que deben considerarse relevantes para llevar a cabo una actividad ya sea de tipo comportamental o cognitiva y que actúa como un filtro que permite seleccionar, priorizar, procesar y supervisar la información proveniente del propio organismo, así como del medio donde el individuo se desenvuelve (Ramos, C. et al 2016 y Londoño, L. 2009).

Entre las principales funciones que tiene la atención se encuentran:

*“La capacidad de logro y mantenimiento de un estado de alerta, orientación hacia un determinado objetivo, seleccionar los estímulos sensoriales de interés para el procesamiento, regulación del pensamiento y la ejecución de respuestas en dirección a un estímulo... por lo que la atención debe ser considerada como un sistema complejo, dinámico, multimodal y*

*jerárquico que facilita el procesamiento de la información en sus diferentes componentes sensoriales, cognitivos o motores” (Ramos, C. et al 2016, p. 34).*

Para Posner et al (2006), la variedad de manifestaciones atencionales se produce a partir de sistemas atencionales que ejercen funciones de forma separada, aunque se relacionan entre ellos mismos. La atención es pues, un sistema modular que se compone de tres redes: La Red Atencional Posterior o de Orientación, la Red de Vigilancia o Alerta y la Red Anterior o de Control Ejecutivo, estas redes a su vez, se encuentran conectadas a diferentes áreas cerebrales.

La Red Atencional Posterior o de Orientación: es la que permite que la atención sea orientada hacia un lugar específico en donde se manifiesta un estímulo relevante, único, novedoso o porque es producido de forma sorpresiva.

La Red Atencional de Vigilancia y/o Alerta: es la que se encarga de mantener un estado preparatorio o de (arousal) general, que se requiere para la detección rápida del estímulo esperado.

La Red Atencional Anterior o de Control Ejecutivo: es la que se encarga de ejercer el control voluntario sobre el procesamiento en situaciones que requieren cualquier clase de planificación, algún desarrollo de estrategias, la resolución de conflictos (estimulación o de respuesta), y a situaciones que requieran que se genere una respuesta novedosa (Posner, M. et al 2006).

### 3.1.4 Hiperactividad e impulsividad

Que puede manifestarse como:

- Con frecuencia juguetea con o golpea las manos o los pies o se retuerce en el asiento.
- Con frecuencia se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado.
- Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado.
- Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas.
- Con frecuencia, está “ocupado”, actuando como si lo “impulsará un motor”.
- Con frecuencia habla excesivamente.
- Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta.
- Con frecuencia le es difícil esperar su turno
- Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros (APA, 2013).

### 3.1.4.1 HIPERACTIVIDAD

Entendemos la hiperactividad como un *“trastorno de conducta de un niño que está constantemente en movimiento o que presenta tasas de actividad y precipitación más elevadas de lo normal o ambas”* (González, M.I. y Villamisar, D. A., 2010, citando a Chess, S. 1960, p. 29). También llamada Hiperquinesia *“se caracteriza por un exceso de actividad motriz debida a la falta de inhibición de movimientos involuntarios”* (Galimberti, U. 2002, p. 937).

De acuerdo con Bielsa, A. y Tomás, J. (2016) se reconocen dos manifestaciones clínicas de hipercinesia, la primera desde el Trastorno Hipercinético o Síndrome de Hipercinesia verdadero o primario, que tiene como base de su manifestación una fuente neurobiológica donde existe una disfunción cerebral o déficit madurativo del sistema nervioso central y la segunda; Hipercinesia Psico-afectiva reaccional o secundaria que tiene una base psicológica, está puede explicarse como una reacción o como un mecanismo de defensa frente a la ansiedad y a los trastornos afectivos.

Otros autores han encontrado tres modelos básicos que explican el concepto de hiperactividad, aquellos que tienen sus bases en lo neurológico o fisiológico que basan sus hallazgos en los procesos presentes en la activación cortical o en el mal funcionamiento en los sistemas de excitación-inhibición causado por deficiencias en los neurotransmisores, también desde lo conductual, que se mantiene a partir de reforzadores ambientales en el sujeto y finalmente desde lo cognitivo y cognitivo-conductual que se basa en un déficit en las habilidades y estrategias cognitivas en tareas que ocupan de un grado de control y autorregulación de la conducta (Martínez, M. T. 1998).

### 3.1.4.2 IMPULSIVIDAD

El DSM-V (2013) no establece por separado lo referido a la impulsividad, y esta se mezcla entre la sintomatología de la hiperactividad. Entendemos la impulsividad como *“un déficit en la inhibición de la conducta, el cambio de comportamiento ante la demanda del medio ambiente y la tolerancia para el retraso de la gratificación”* (Sánchez, P., Giraldo, J. J. y Quiroz, M. F. 2013, p. 244). Si bien, la impulsividad es tomada desde tres dimensiones distintas, impulsividad cognitiva, impulsividad no planificada e impulsividad motora, está última es la que tiene nuestro interés, pues es referida como realizar acciones no pensadas (Kocka, A. y Gagnon, J. 2014), por ello pensamos que está relacionada de esa forma con la hiperactividad de forma conjunta.



### 3.1.5 Problemas de Conducta

Los problemas de conducta suelen ser de una gran preocupación especialmente para los padres y las madres y maestras y maestros, por lo que se ven afectadas distintas áreas de la vida de niños y niñas como lo social, lo escolar y lo familiar. El DSM-V (2013) define al Trastorno de Conducta (TC) como “Un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que no se respetan los derechos básicos de otros, las normas o reglas sociales propias de la edad” (APA, 2013, p. 246).

Resultados encontrados por Castro, A. y Valero, L. (2021), indican que la presencia de conductas disruptivas y/o desafiantes en los niños y los adolescentes pueden ser a causa de cuatro factores: las prácticas de crianza, las características del niño o del adolescente, las características de los padres y por algunos factores contextuales. Con relación a las prácticas de crianza, los padres no prestan atención a las conductas prosociales y de autonomía, y prestan atención a las conductas disruptivas, así como los niños a través de estas conductas experimentan con éxito el evitar las demandas de los padres, esto hace que se instaure y mantengan dichos comportamientos.

Villavicencio, C., Armijo, T. y Castro M. (2020) en un estudio llevado a cabo con 6 familias padres/madres-niños/niñas de entre 5 a 9 años y a sus respectivos/as maestros/as, donde a través de entrevistas semiestructuradas y escalas de funcionamiento parental y problemas de conducta, encontraron que, los estilos parentales autoritarios y permisivos, están directamente relacionados con la aparición y manejo de las conductas disruptivas en niños y niñas. Estos estilos de crianza, estimulan la aparición de conductas demandantes y dependientes, relacionadas con las actitudes usualmente enfocadas en la sobreprotección, condescendencia y a modelos orientados hacia lo punitivo, esto, suele dar como resultado que los padres y las madres sedan a los deseos demandantes y exigentes de los y las menores, incentivando, con esto, la aparición de conductas disruptivas.

Otro estudio realizado por Córdoba, J. (2014) contó con la participación de 120 familias padres/madres-niños/niñas de entre 8 a 17 años, en el cual, se aplicaron el inventario de Pautas de Crianza, Inventario de Percepción de Conductas Parentales y Cuestionario de Evaluación de Relaciones Familiares Básicas, las cuales revelaron que el contexto y los antecedentes familiares influyen en los estilos de crianza de los padres y las madres, esto mismo, son factores que pueden ser determinantes en los problemas de conducta de las y los infantes y adolescentes, así mismo, estos elementos juegan un papel importante para el desarrollo cognitivo, emocional y social. Además, Córdoba destaca que estos estilos de

crianza van cambiando conforme a la edad de los niños y niñas, volviéndose más severas cuando estos llegan a la adolescencia presentándose con mayor frecuencia las conductas disruptivas, as mismo, la falta de coherencia parental junto con la poca interacción de uno de los progenitores en la crianzas de los infantes provoca la aparición de las conductas indeseadas.

### 3.1.6 Subtipos del TDAH

De acuerdo con el DSM-V (2013) existen 3 subtipos del TDAH con sus propias especificaciones:

- Presentación Combinada: que es cuando se cumplen los criterios de inatención y los de hiperactividad-impulsividad durante los últimos 6 meses.
- Presentación predominante con falta de atención: se cumple la variante de inatención, pero no se cumple la variante de hiperactividad-impulsividad durante los últimos 6 meses.
- Presentación predominante con hiperactividad/impulsividad: Se cumple la variante de hiperactividad-impulsividad y no se cumple la variante de inatención durante los últimos 6 meses.
- Trastorno por déficit de atención con Hiperactividad especificado y no especificado:
  - Especificado: Predominan los síntomas del TDAH que provocan malestar clínicamente significativo o deterioro del funcionamiento social, laboral o de otras áreas importantes, pero que no cumplen todos los criterios del TDAH o de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos del desarrollo neurológico. Se usa cuando el clínico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios de TDAH o de algún otro trastorno específico del desarrollo neurológico.
  - No Especificado: Cuando no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico (APA, 2013. Pp. 33-38).

### 3.1.7 Etiología

La etiología, como referencia a factores que pueden tener una causalidad en el desarrollo del TDAH, tiene múltiples intentos de explicación, sí bien las causas del TDAH se desconocen hasta ahora, existe evidencia de algunos factores que parecen estar implicados:

Factores Genéticos: Se estima que el 80 % de los casos de niños y niñas que desarrollan TDAH, traen consigo una predisposición genética (Mulas, F. 2012). Se ha encontrado, a través

de estudios con gemelos que existe de un 70 a un 80% de heredabilidad si alguno de los padres o hermanos ha sido diagnosticado con TDAH. Estos hallazgos han sido encontrados a través del estudio y análisis de ADN y que se han enfocado en los genes receptores de dopamina D4, D5, el gen de la dopamina beta-hidroxilasa, el gen de la proteína 25 asociada al sinaptosoma, nucleótido polimorfismo único, el gen transportador de serotonina y el gen receptor de serotonina 1B (Matthews, M., Nigg, J y Fair, D. 2014. Faraone, S. y Mick, E. 2010). A su vez, en un estudio de metaanálisis elaborado por Thapar, A., et al (2013) se estima que las personas con familiares en primera línea diagnosticados con TDAH tienen de 2 a 8 más probabilidades de desarrollar el mismo trastorno.

Por su parte, Taylor, M. J. (2019) llevaron a cabo un estudio con gemelos nacidos en Suecia a los que se les tomó una muestra de saliva, la población fue de 13,923 gemelos de 9 años de edad, 5,165 de 15 años y 4,273 de 18 años de edad. Después de los criterios de exclusión, se tomaron como pruebas 13,412 niños de los cuales el 50.2% fueron mujeres y el resto varones para ser incluidos en los análisis genéticos. Los resultados que obtuvieron, sugieren que los factores genéticos asociados con los trastornos psiquiátricos también se asocian con una variación leve en los rasgos característicos en la población general, lo que sugiere que hay una implicación importante de la genética en el desarrollo de trastornos como el del TDAH, el TEA, el TOD, entre otros.

Factores neuroquímicos: existe evidencia de deficiencias en los neurotransmisores como la dopamina, la noradrenalina y la serotonina en niños y niñas con TDAH en comparación a niños y niñas sin TDAH. Volkow, D., et al (2009) llevaron a cabo un estudio en 19 adultos diagnosticados con TDAH que nunca habían sido medicados y un grupo control de 24 personas, los participantes, fueron escaneados con una tomografía por emisión de positrones, este estudio reveló que la actividad dopaminérgica era reducida en regiones como el núcleo caudado y evidencia preliminar en regiones límbicas, lo que sugiere que la dopamina y su disfunción se ven involucradas con síntomas de desatención.

En un estudio realizado por Vera, A., Ruano, M. y Ramírez, P. (2007) el avance tecnológico que se ha tenido en la Neuroimagen y a pesar de que aún no ha sido posible establecer la etiología del TDAH, distintas investigaciones han encontrado que transportadores y receptores de la dopamina como D1, D2, D3, D4 y D5, los Transportadores y Receptores de Serotonina, Transportadores de Norepinefrina y receptores alfa-2 adrenérgico, son algunos de los neurotransmisores implicados en la sintomatología de este trastorno.

**Factores Neuroanatómicos:** En una investigación realizada por Hesslinger, B. et al (2002) a través de resonancia magnética, investigaron a 8 hombres diagnosticados con TDAH y 17 hombres en buen estado de salud, y se encontró que, en los primeros, había una reducción significativa en el volumen en el córtex orbitofrontal izquierdo. Otros estudios, utilizando técnicas como; Tomografía por Emisión de Fotón Simple, Tomografía por Emisión de Positrones y Magnetoencefalografía, han encontrado una reducción significativa en el tamaño de algunas estructuras cerebrales como el Córtex Prefrontal, que se encarga de la función ejecutiva, planificar acciones y evitar distracciones por estímulos irrelevantes, los Ganglios Basales, que controlan los impulsos al coordinar o filtrar la información que llega de otras regiones del cerebro y que ayuda a inhibir las respuestas automáticas, al Cuerpo Calloso, que se encarga de comunicar a los dos hemisferios cerebrales y asegurar el trabajo compartido y en el Cíngulo Anterior, encargado de la gestión afectiva y del manejo de las emociones (Quintero, J. y Castaño de la Mota, C. 2014).

Otras investigaciones sobre la anatomía neuronal, sugieren que existe una reducción generalizada en cuanto al volumen en todo el cerebro y el cerebelo del 3-5% menor en niños y niñas con diagnóstico de TDAH, en comparación con niños y niñas sin TDAH (Ávila, V. et al 2009). En los estudios a través de imágenes funcionales, sugieren que los individuos con TDAH, activan áreas más difusas durante el control al realizar actividades con tareas cognitivas (Emond, V., Joyal, C. y Poissant, H. 2008).

**Factores Ambientales:** aunque se considera que los factores genéticos y neurobiológicos son el eje principal del TDAH, también existe evidencia de factores ambientales como la exposición en el útero a sustancias tóxicas, estrés perinatal, bajo peso al nacer y nacimiento prematuro (Quintero, J. y Castaño de la Mota, C. 2014). En un estudio llevado a cabo por Mick, E., Biederman, J., Prince, J., Fischer, M. y Faraone, S. (2002) examinaron 252 casos de niños y niñas diagnosticados(as) con TDAH y un grupo control de 231 casos que no tenían este diagnóstico, descubrieron que había 3 veces más posibilidades de desarrollar el trastorno si se exponía al feto al consumo de alcohol y tabaco y se encontró que el 13.8% de los casos diagnosticados, pudieran atribuirse a un bajo peso al nacer.

En otra investigación, a cargo de Shahrokh, A., Ayyoub, M., Majid, S. y Salman, A. (2012) tomaron como muestra a 164 niñas y niños diagnosticados con TDAH y 166 niñas y niños como grupo control seleccionados de manera aleatoria a los que se les realizó una entrevista basada en Schedule for Affective disorders and Schizophrenia for School-Aged Children (K-SADS). En los resultados encontraron que las madres con hijos o hijas con TDAH en

comparación con las madres con hijos e hijas sin TDAH, tenían mayor frecuencia de enfermedades somáticas, desórdenes psiquiátricos, y exposición durante el embarazo al cigarro y alcohol. También, que es más común en madres con hijos e hijas con TDAH tener un parto por cesárea, estos factores sumados a traumas en el abdomen durante el embarazo son predictores significativos del TDAH en niños y niñas.

Factores Nutricionales: se han encontrado deficiencias nutricionales relacionadas con el desarrollo del sistema nervioso central como el consumo de aditivos, la Academia Americana de Pediatría (2018) sugirió en una de sus publicaciones que ciertos químicos que se usan para estar en contacto con los alimentos o en los alimentos preparados o de preparación rápida como los bisfenoles, los ftalatos, los productos químicos que provienen del perfluoroalquilo, y los colorantes Artificiales como el azul 1, azul 2, verde 3, amarillo 5 y 6, rojo 3 y 40, entre otros, pueden estar involucrados en el incremento de los síntomas propios del TDAH en niños y niñas. A pesar de que hacen falta más estudios acerca de los efectos de estos aditivos, algunos estudios han encontrado que los niños y niñas que no son alimentados con este tipo de productos, tienden a bajar la intensidad de los síntomas del TDAH (Trasande, L., Shaffer, R. y Sathyanarayana, S, 2018).

Otros factores nutricionales se han encontrado; en dietas bajas en proteína y alto contenido de carbohidratos, a déficits de aminoácidos y del complejo de vitamina B, pudiera estar asociadas al diagnóstico del TDAH en niños y niñas (Quintero, J. y Castaño de la Mota, C. 2014). En un estudio realizado por Konofal, E., Lecendreux, M., Arnulf, I. y Mouren, M. C. (2004) se evaluó la deficiencia de hierro en 53 niños de entre 4 a 14 años diagnosticados con TDAH y 27 niños de un grupo control y encontraron que la ferritina sérica, relacionada con la cantidad de hierro que hay en el cuerpo, era considerablemente más baja en 84% de los niños con TDAH y sólo en un 18% en los niños del grupo control, encontraron que los niveles bajos de la ferritina sérica están correlacionados con síntomas más severos característicos del TDAH, y aún más en los déficits cognitivos, aunque no sabemos si el TDAH causa esta deficiencia o si esta deficiencia es causa del TDAH en niños y niñas.

Por su parte Kiddie, J. Y. et al (2010) llevaron a cabo un estudio piloto para conocer la dieta y el estado de nutrición de niños con TDAH. La población que ocuparon fue de 43 niños de entre 6 y 12 años diagnosticados con TDAH a los que se les pidió hicieran registros diarios durante 3 días y obtuvieron como resultado que 63 % de los niños tenían deficiencias en Zinc y 23% en Cobre, por lo que se concluyó que los niños que padecen de este trastorno, tienen una predisposición a tener bajos porcentajes de los mismos.

Factores Ambientales Asociados a la Crianza: Si bien, no se han encontrado evidencias acerca de la aparición del TDAH en base a los estilos de crianza, sí hay evidencia acerca de cómo las distintas estrategias parentales, afectan a niños y niñas, incrementando la intensidad y aparición de características propias del TDAH. En una investigación realizada por Roa y del Barrio (2002) se encontró evidencia de cómo los roles parentales, el estilo de comunicación, la disciplina y la autonomía parental, son una influencia importante de la aparición de la hiperactividad y los problemas de conducta en niños y niñas.

### 3.1.8 Comorbilidad

La comorbilidad, entendida como la ocurrencia simultánea de dos o más condiciones nosológicas no relacionadas, se presenta de distintas formas en los niños y niñas con TDAH. Existe evidencia que indica que el 67% de los niños diagnosticados, presentan otro trastorno psiquiátrico: 33% con otro trastorno, 16% con otros dos trastornos y el 18% con otros tres o más trastornos. Dentro de los que se encuentran más comúnmente el Trastorno Opositor Desafiante (TOD), el Trastorno de Conducta (TC), el Trastorno de Ansiedad, el Trastorno de Tourette y de Tics, el Trastorno por Uso de Sustancias (TUS), el Trastorno Depresivo, el Trastorno Bipolar (TB), el Trastorno del Espectro Autista (TEA) y el Trastorno del Aprendizaje (Hervás, A. y Durán, O. 2014).

En un estudio realizado en Estados Unidos, se tomaron informes de la *National Survey of Children's Health*, de 61,779 niños de entre los 6 y los 17 años, en los que se incluían 5,028 con diagnóstico de TDAH. Los padres reportaron que el 8.2% de los niños con TDAH tenían mayor probabilidad de desarrollar 1 o más comorbilidades, en especial aquellas que tienen que ver con el neurodesarrollo. El 46% de los niños con TDAH tienen problemas de aprendizaje contra el 5% de niños sin TDAH, 27% con problemas de conducta contra el 2%, 18% con problemas de ansiedad contra el 2%, 14% con depresión contra el 1% y 12% con problemas de lenguaje contra el 3% (Larson, K. et al 2011).

### 3.1.9 Tratamientos disponibles

Existen actualmente muchos y muy distintos tratamientos para el TDAH estos permiten la mejora de los síntomas característicos del trastorno, estas intervenciones se dividen en dos grupos; la intervención terapéutica y la farmacológica, aunque dependiendo del nivel de la sintomatología, se ha optado por tratamientos mixtos que tienen el enfoque de disminuir la intensidad y frecuencia de sus síntomas (Moreno, M. A. et al. 2015).

La Asociación Americana de Pediatría señaló recientemente en su Guía para el Diagnóstico y Tratamiento del TDAH que la estrategia de intervención que cuenta con más evidencia científica de su eficacia es el entrenamiento parental de manejo conductual. Este tipo de terapias están centradas en incrementar las conductas positivas por parte de los padres, con el fin de mejorar el tipo de vínculo parental, y la consistencia de la respuesta parental enfocada en evitar los reforzadores negativos y a mantener una disciplina proactiva (Olza, I. 2015, Wolraich, M. et al., 2019).

### 3.1.9.1 INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

Psicológicas: La terapia psicológica está basada, fundamentalmente, en la terapia cognitivo-conductual, está conformada por distintas intervenciones, en las cuales se pueden encontrar intervención; conductual, entrenamiento parental, cognitiva, cognitiva-conductual, terapia familiar o de interacción con padres e hijos por nombrar algunas (López, C.S. y Romero, A. M. 2014, Maciá, D. 2012).

- Intervención conductual: Su objetivo principal es formar a padres y docentes en conocimientos generales del TDAH y dar técnicas para modificar las conductas de los niños, su programa se fundamenta en un sistema de reforzamientos y recompensas, para que sean asociadas las buenas conductas, dentro de esta categoría podemos encontrar:
  - Entrenamiento para padres: Es una intervención a corto plazo, su objetivo es enseñar a los padres técnicas y habilidades para modificar la conducta de los niños y mejorar la relación paterno-filial (López, C.S. y Romero, A. M. 2014).
- Intervención cognitiva: Su objetivo principal es enseñar a los niños técnicas de autorregulación, administración de autorrecompensas, autoinstrucciones, resolución de problemas y el aprendizaje de habilidades sociales (López, C.S. y Romero, A. M. 2014).
  - Resolución cooperativa de problemas (RCP): Es un tratamiento que enseña a los pacientes, y en algunos casos junto con los padres, habilidades para manejar la frustración, a ser más flexibles y a desarrollar una mejor adaptación social, es decir, habilidades sociales, además aprenden a aportar ideas para posibles soluciones, negociar,

tomar decisiones y a resolver los desacuerdos con menos conflictos (Greene, R. et al. 2004).

- Intervención cognitiva-conductual: Comparte y combina, los objetivos y las técnicas de las intervenciones anteriores (Conductual y la cognitiva), se le agrega, además, el trabajo emocional, en el cual, los niños aprenden a identificar y responder adecuadamente ante ellas (Loro, M. et al 2009).

Psicoeducativas: Conjunto de prácticas institucionalizadas, que se enfocan en el proceso de enseñanza-aprendizaje para intervenir en su mejora, para facilitar el proceso de aprendizaje de los alumnos, enseñando a los docentes habilidades y técnicas adecuadas para tratar el trastorno en los espacios educativos (Rivero, P. et al 2010, López, C.S. y Romero, A. M. 2014).

### 3.1.9.2 INTERVENCIÓN FARMACOLÓGICA.

Estimulantes: Se identifican dos grandes grupos de fármacos; los estimulantes y los no estimulantes, el objetivo de los primeros es elevar los niveles de los neurotransmisores de dopamina y noradrenalina, esencialmente, inhibiendo su recapitación sináptica. Dentro de estos fármacos, encontramos el Metilfenidato (MTF), el cual se clasifica de distintas formas, con base a su dosificación; de liberación inmediata con efecto de 4 a 6 horas y de 2 a 3 dosis por día, de liberación modificada con efecto después de los 30 minutos de administración del 50% de la sustancia y el resto 50% de liberación prolongada con efectos hasta de 8 horas, de liberación prolongada con una dosis al día que se libera en un 22% de forma inmediata y 78% a lo largo de 12 horas (Soutullo, C. Álvarez, M.J. 2014).

Estos fármacos han sido probados especialmente en escolares con una eficacia variable y presentan efectos secundarios o adversos entre el 10% o 15% de sus casos, entre los cuales se pueden presentar: pérdida de apetito y peso, insomnio, ansiedad, cefaleas, efecto rebote (los síntomas empeoran 3-5 horas después de la administración del fármaco), nerviosismo, tics o empeoramiento de estos, irritabilidad, dificultad para separarse de las figuras de apego. En algunos casos menos frecuentes se pueden presentar: síntomas psicóticos y/o efectos eufóricos. (Sauceda, J.M. y Maldonado, J. M. 2005 y Rivero, P. et al 2010).

Dentro de sus efectos positivos están, mejorar la atención, disminuir la distraibilidad excesiva y decrementan la hiperactividad, en casos donde existen comorbilidades con Trastorno



Disocial o Trastorno Negativista Desafiante, disminuye las actitudes desafiantes y las actitudes negativas, la agresión verbal y física (Sauceda, J. M. y Maldonado, J. M. 2005).

No Estimulantes: Los fármacos No Estimulantes, trabajan principalmente con el neurotransmisor de noradrenalina y son de duración corta. Son eficaces, sin embargo, entre el 10% y el 30% de consumidores no responden o no toleran los efectos adversos y su duración depende en gran medida del metabolismo de cada paciente (Soutullo, C. Álvarez, M.J. 2014 y Moreno, M. A. et al 2015).

Dentro de estos podemos encontrar la Atomoxetina, el cual inhibe selectivamente la recaptación presináptica de la adrenalina y la noradrenalina, lo que provoca que se eleven sus niveles en el córtex prefrontal. Se ha encontrado que es más eficaz para edades de entre los 6 y 18 años con una sola dosis al día en la mayoría de los casos. Es un fármaco de acción lenta, por lo que los efectos pueden no ser notorios hasta pasadas 2 a 6 semanas (Moreno, M. A. et al 2015).

Clonidina y guanfacina; son fármacos no estimulantes, los cuales modulan la liberación de noradrenalina, actuando como un agonista parcial, es decir, que no causan tanto efecto fisiológico, por lo cual, su uso no es tan común (Soutullo, C. y Álvarez, M.J. 2014).

Estos fármacos presentan efectos secundarios o adversos, en los cuales se han identificado: pérdida de peso y de apetito, dolor abdominal, insomnio, náuseas, vómito, cansancio, aumento del ritmo cardíaco y presencia de una tensión diastólica. En algunos casos menos frecuentes se pueden presentar ideas suicidas. Hay fármacos no estimulantes, no aprobados para tratar el trastorno, pero que se han utilizado como los antidepresivos y antipsicóticos e inhibidores de recaptación de serotonina (Soutullo, C. Álvarez, M.J. 2014 y Moreno, M. A. et al, 2015). A diferencia de los medicamentos estimulantes, parecen tener una eficacia ligeramente menor, y dentro de sus principales cualidades es aligerar los síntomas de ansiedad, los posibles tics, ayuda a centrar la atención y reduce la hiperactividad e impulsividad (Soutullo, C. y Álvarez, M. J. 2014).

### 3.1.9.3 TRATAMIENTO COMBINADO

Empleo de combinación de tratamientos para aumentar los efectos de la intervención en diferentes ámbitos, se combinan los tratamientos farmacológicos con una modalidad psicológica, usualmente el primero de ellos es utilizado para tratar los síntomas nucleares del

TDAH, mientras que el segundo es utilizado para los problemas secundarios y comórbidos del trastorno. Diferentes investigaciones han planteado que este tipo de tratamiento trae cambios positivos en períodos reducidos. (Rivero, P. et al 2010).

#### 3.1.9.4 TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS Y COMPLEMENTARIOS

Son tratamientos distintos a los estipulados por el sistema de salud tradicional, es decir, que son distintos a los estándares para tratar el TDAH. Usualmente estas son utilizadas junto con un tratamiento tradicional. Algunas de las terapias alternativas para el TDAH son: tratamientos dietéticos, de optometría, de medicina herbaria y de estimulación auditiva (Durá, T., Diez, V., Yoldi, M. E., Aguilera, S., 2013, Soutullo, C. y Álvares, M.J., 2014 y Rivero, P. et al, 2010 ). Es importante mencionar, que estas alternativas de tratamiento no están recomendadas por la falta de evidencia científica, que sin embargo, son tipos de terapias que se pueden encontrar en el tratamiento para el TDAH.

#### 3.2 La Terapia de Interacción Padres-Hijos (TIPH)

Los problemas de conducta disruptiva infantil son cada vez más comunes, según datos proporcionados por la National Institute for Health and Clinical Excellence , la prevalencia de los trastornos de conducta en niños de 5 a 10 años es de un 6.9% en niños y de un 2.8% en niñas, de los cuales 4.5% niños y 2.4% niñas muestran rasgos negativistas-desafiantes (NIHCE, 2006), esto puede traer consecuencias en la interacción social de estos infantes, provocando una desadaptación en tres esferas; la familiar, la escolar y/o la social.

Debido al aumento de la visibilidad de los problemas de conducta disruptiva infantil, los padres y madres comenzaron a recurrir con habitualidad a la ayuda profesional, sin embargo, a lo largo de la historia de la prevención e intervención se han centrado en el trabajo directo con los infantes, obteniendo resultados positivos a largo plazo. En las últimas décadas el enfoque de la intervención de las conductas disruptivas se dirigió al acompañamiento de los padres y las madres en el proceso o en el trabajo del mejoramiento de las habilidades parentales (Urquiza, A y Timmer, S. 2012).

El papel de los padres y las madres en este proceso, tomó importancia dado que investigaciones revelaron que la aparición de las conductas disruptivas y/o desafiantes en niños y adolescentes pueden ser debido a cuatro factores: las prácticas de crianza, las características del niño o adolescente, las características de los padres y algunos factores

contextuales. Con relación a las prácticas de crianza, se observa que los padres no prestan atención a las conductas prosociales y de autonomía del niño, y prestan atención a las conductas negativas, así como que los niños a través de conductas perturbadoras experimentan con éxito evitar las demandas de los padres (refuerzo negativo) que hace que se instaure y mantengan dichos comportamientos en los infantes (Castro, A. y Valero, L. 2021). Sin embargo, a pesar de que los padres y madres pueden influir negativamente en sus hijos e hijas también lo pueden hacer de forma positiva.

Se ha encontrado que los procesos de intervención donde los padres y madres están involucrados generan mayores efectos positivos, debido a que se centran en incrementar las interacciones positivas padres/madres-hijos, en las habilidades de comunicación emocional, en enseñar a los padres y madres a emplear el tiempo libre y la importancia de ejercer el rol parental coherentemente, asimismo, se les incita a practicar nuevas habilidades con sus hijos durante la sesión de aprendizaje parental (Urquiza, A y Timmer, S. 2012). Además, en la primera infancia, los padres son el centro del mundo del niño, proporcionando crianza, sustento, seguridad y oportunidades de aprendizaje (McNeil y Hembree-Kigin, 2011).

Es por esto que la Terapia de Interacción Padres-Hijos (TIPH o PCIT por sus siglas en inglés para Parent-Child Interaction Therapy) es una terapia de capacitación conductual dirigida a padres, madres, y sus hijos e hijas pequeños de entre los 3 y los 6 años (Eyberg, S. 1999) que presentan problemas de conducta. García, R. y Ascanio, L. (2017) indican que la TIPH es un tratamiento bien establecido para conductas disruptivas en la infancia, el trastorno negativista desafiante (TND), el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y para niños víctimas del maltrato o en situación de riesgo de sufrirlo. McNeil y Hembree-Kigin (2011) se basan en el trabajo de la Dra. Eyberg para escribir un manual de aplicación de esta terapia, el cual fue utilizado para la descripción y la aplicación de la TIPH en el presente trabajo.

La TIPH, de acuerdo a McNeil y Hembree-Kigin (2011), da un entrenamiento dirigido a los padres y madres en dos conjuntos de habilidades; la primera de ellas son las de Interacción Dirigida por el Niño o Niña (IDN o CDI por sus siglas en inglés para *Child-Directed Interaction*), que tiene como objetivo mejorar la relación entre Padre/Madre-Hijo/Hija, por otro lado, están las de Interacción Dirigida por el Padre o la Madre (IDP o PDI por sus siglas en inglés para *Parent-Directed Interaction*), que tiene como objetivo mejorar la obediencia de los niños y las niñas, y disminuir los comportamientos disruptivos. Su novedad estriba en el uso del juego como contexto para que los padres y madres entrenen los conjuntos de habilidades en sus hijos e hijas en un ambiente semi-controlado, además, estos reciben una retroalimentación en

tiempo real por medio de un equipo de audio que está conectado a ellos por medio de auriculares.

Adicional a este entrenamiento en el espacio clínico, los padres y madres deben de entrenar estas habilidades en casa durante 5 minutos en una situación de juego diario, a través de este, los niños desarrollan habilidades para la resolución de problemas y trabajar con problemas mentales para su desarrollo (Eyberg, S. 1988). Esto es menos invasivo para los infantes el uso de estas habilidades en ellos por medio del juego, ya que es a través de sus propios intereses.

La Dra. Eyberg desarrolló la TIPPH, basándose en la teoría de la conducta, la teoría del aprendizaje social y la teoría de desarrollo infantil temprano (Eyberg, S. 1988). La base teórica de la TIPPH, según McNeil y Hembree-Kigin (2011) quienes se basan en el trabajo de Eyberg, se encuentra en el trabajo de la psicóloga Diana Baumrind (1967) sobre los estilos de crianza. El trabajo de Baumrind demostró la importancia de que los padres y madres satisfagan las necesidades duales de los cuidadores y los niños sabiendo poner límites, a lo que ella denomina Estilos de crianza. Su trabajo resalta la importancia de que estos estilos de crianza sean óptimos y posean interacciones positivas entre Padre/Madre-Hijo/Hija. (McNeil y Hembree-Kigin, 2011)

La teoría del apego afirma que la crianza sensible y receptiva proporciona la base para que el niño sepa que se le responderá cuando sea necesario. Por lo tanto, los niños pequeños cuyos padres muestran mayor calidez, capacidad de respuesta y sensibilidad a los comportamientos del niño tienen más probabilidades de desarrollar un sentido seguro de sus relaciones, una regulación emocional y conductual. (Eyberg, S. 1988).

Esta influencia del trabajo de Baumrind sobre los Estilos de Crianza se ven trazados en un trabajo paralelo en las dos etapas que establece de la TIPPH; En la IDN y en la IDP.

Con respecto a la Terapia de aprendizaje social, la cual establece que el comportamiento disruptivo en los niños y niñas se desarrolla y se mantiene a través del reforzamiento de los padres y madres por medio de la atención negativa, el cual en algunas ocasiones permite que los infantes escapen o eviten las demandas de sus cuidadores. Esta teoría se ve reflejada en las habilidades de la IDP en la cual se enseña a saber establecer límites para llegar a la obediencia. Por lo tanto, la finalidad de esta terapia es tener un estilo de crianza positivo, en el cual se presente una coherencia de interacción parental y saber establecer límites.

La TIPH es una terapia a corto plazo que, generalmente, requiere de aproximadamente 12 sesiones semanales de una hora. Aunque se adapta al avance de cada familia, por lo que la TIPH no tiene un límite de tiempo. El progreso del tratamiento se basa en el dominio de las habilidades la IDN y en la IDP (evaluado a través de un sistema de codificación estandarizado). La TIPH concluye cuando los padres dominan estas habilidades, junto con la mejora del comportamiento del niño o niña llegando a estándares típicos establecidos por la misma terapia.

Las sesiones están divididas en dos estilos de trabajo, teóricas y prácticas. Para cada una de las dos fases de la terapia se realizan sesiones teóricas, en las cuales se les enseña a los padres y las madres un conjunto de habilidades, las sesiones restantes son prácticas, es decir, que estas habilidades son utilizadas durante el juego que se establece con su hijo o su hija, tanto en el espacio clínico como en casa.

La TIPH comienza con una o dos sesiones de evaluación, previa al tratamiento, para la recopilación de información de relevancia y datos base, esto para conocer la dinámica familiar. Este proceso es importante debido a dos razones, la primera es que la TIPH se adapta a las necesidades especiales de cada familia, por lo que los procedimientos se van modificando con base a estas particularidades, y la segunda razón es que estos resultados base nos dan un indicador del comportamiento de los niños y las niñas, y las habilidades de crianza que poseen los padres y las madres, que servirán como parámetro para identificar el avance de cada uno en cada sesión a lo largo de la terapia. Esta información se recopila por medio de entrevistas, aplicación de inventarios y la observación directa (grabación de sesiones).

**Consentimiento y asentimiento informado:** Al iniciar con este proceso terapéutico es importante explicarles a los padres, madres e hijo o hija en qué consiste la terapia y cuál será el papel que desempeñarán a lo largo de este proceso. Además, deben conocer la forma de trabajo, las reglas y las instalaciones. Si se está de acuerdo con la forma de trabajo, se continúa con el proceso. (Anexo 1).

**Entrevista semiestructurada:** La finalidad de la entrevista es conocer la historia clínica del paciente; los antecedentes pre, peri y postnatales, su desarrollo, los hábitos del niño, experiencias escolares, en dado caso de tenerlas, como son las relaciones con las personas cercanas a él, entre otras. Además, de conocer los antecedentes clínicos significativos familiares, la dinámica familiar (relación entre padres- hijos y de pareja),

métodos disciplinares, conocer antecedentes básicos de los padres y las madres participantes, y los estilos de crianza. (Anexo 2).

Inventario de Conducta Infantil de Eyberg (ICIE o ECBI por sus siglas en inglés, the Eyberg Child Behavior inventory): Es un informe breve de 36 ítems aplicado a los padres y madres que ofrece dos puntuaciones, una es para identificar la Puntuación Total de la Percepción del Número de Problemas (PTPNP) y la otra es la Puntuación Total de la Percepción de la Intensidad del Problema (PTPIP). Este inventario se aplica en niños y adolescentes (de los 2 a los 16 años). Las puntuaciones clínicas de corte son a partir de 131 (o mayor a 60 T) en las puntuaciones de intensidad y mayor a 15 en el número de problemas (Eyberg, S. y Pincus, D. 1999). Este se aplica semanalmente para identificar el progreso en la percepción de los problemas y de no presentar cambios, identificar si se requieren de modificaciones en la intervención. Este inventario nos permite ver cómo perciben los padres los problemas de conducta de su hijo y sobre la tolerancia que estos tienen ante ciertas conductas.

Inventario de Conducta para Maestros Sutter-Eyberg Revisado (ICMSE-R o SESBI-R por sus siglas en inglés, Sutter-Eyberg Student Behavior Inventory - Revised). Es muy similar al ICIE. Este inventario es contestado por el maestro titular del niño o niña. Las puntuaciones clínicas de corte son a partir de 151 (o mayor a 60 T) en las puntuaciones de intensidad y mayor a 19 en el número de problemas (Eyberg, S. y Pincus, D. 1999). Este inventario se aplica al inicio y al final del proceso terapéutico para identificar los cambios de las habilidades prosociales de los infantes.

Sistema de Codificación de Interacción Diádica entre Padres-Hijos - III (SCIDPH o DPICS-III por sus siglas en inglés, Dyadic Parent-child Interaction Coding System III): Se hace una observación formal de la interacción entre padres - hijos. El primer SCIDPH tiene una duración de 15 minutos donde se suscitan tres situaciones; el niño dirige el juego, el padre dirige el juego y la limpieza, cada una tiene una duración de 5 minutos. En esta primera observación se califican 9 categorías (Elogios específicos y generales, Parafraseo, Imitación, Descripción, Voz neutral, instrucciones directa e indirecta, preguntas, y crítica y sarcasmo) y se recomienda hacer anotaciones de las conductas de interacción entre Padre-Hijo, durante este tiempo los terapeutas no intervienen, sólo lo harán si se suscita una conducta de riesgo.

El SCIDPH se aplica cada semana para calificar estas categorías para obtener un avance cuantitativo de los padres y madres. Durante el IDN tiene una duración de 5

minutos y al pasar a la siguiente fase, en la IDP, esta tendrá una duración de 10 minutos.

A pesar de que la terapia recomienda la aplicación de esta batería, se puede hacer la inclusión de más pruebas formales o informales, esto con base a las particularidades de cada familia, ya que en varias ocasiones los niños o niñas pueden presentar comorbilidades que deben ser evaluadas o considerar ciertas características de los padres para adaptar la terapia a estas necesidades, por lo tanto, la TIPH es una terapia bastante flexible. Es importante resaltar que los padres y las madres son una parte fundamental para el éxito de esta terapia, ya que son ellos los verdaderos agentes de cambio, por lo tanto, se requiere de un seguimiento; necesitan ser validados, escuchados, apoyados por parte de los terapeutas, además, de ayudarles a ver los aspectos positivos en su hijo o hija y que esta terapia es la adecuada para su familiar.

### 3.2.1 Interacción Dirigida por el Niño o Niña

La primera parte de la terapia está enfocada en mejorar la relación Padre-Hijo. Como dice el nombre, esta fase se enfoca en el niño o la niña, el cual liderará el juego con su padre y madre, esto se convierte en la regla fundamental. Los padres tienen un papel activo durante el juego, ya que participan en él y hacen uso de un conjunto de habilidades conocidas como “Habilidades por hacer” y se les incita a no hacer uso de las conocidas como “Conductas por evitar”. El uso de estas habilidades permite al niño o niña desarrollar habilidades prosociales, mejorar la autoestima, prolongar la atención durante las actividades, mejorar los estados de frustración y perfeccionismo, y a disminuir conductas no deseadas.

La IDN comienza con una sesión teórica con el padre y la madre de aproximadamente una hora, en la cual se entrenan las conductas “por evitar” y las habilidades “por hacer”, que a continuación explicaremos.

#### 3.2.1.1 CONDUCTAS POR EVITAR

Durante el IDN los padres y madres deben evitar hacer el uso de tres conductas: Dar órdenes, hacer el uso de las preguntas, y de la crítica y del sarcasmo. Estas conductas representan un gran esfuerzo para el padre y la madre debido a que gran parte de la interacción que se tiene con el hijo o la hija se basa en su uso de forma consciente o inconsciente.

Dar órdenes o instrucciones

Las órdenes quitan el liderazgo al niño o la niña durante el juego y puede tornarse desagradable. Hay dos categorías de órdenes. Las órdenes directas le indican al niño o la niña que es lo que tiene que hacer y las órdenes indirectas suelen ser órdenes directas disfrazadas por medio de preguntas o sugerencias con respecto al juego o la conducta del infante.

#### Hacer preguntas

De las tres conductas, esta es la más difícil de evitar. Su uso dirige la conversación en lugar de seguirla, le quitan el liderazgo al niño o la niña, muchas preguntas son órdenes directas disfrazadas, además puede llevar al niño o la niña a creer que el padre o la madre realmente no está prestando atención o no está de acuerdo con lo que está haciendo.

Es importante resaltar que una pregunta se puede formular, de forma inconsciente, por dos factores; la entonación que se usa o por la adición final de una palabra (¿Okey?, ¿No?, ¿Está bien?, ¿Eh?, ¿No es así?, etc.)

#### Uso de la crítica y el sarcasmo

La crítica es entendida como cualquier declaración negativa o contradictoria (Uso de insultos o palabras como; No, no lo hagas, detente) sobre el niño o la niña que lo está haciendo. Otra forma de crítica sutil es el sarcasmo, donde las declaraciones neutrales o incluso positivas pueden convertirse en críticas a través del tono de voz de los padres. Se desalienta al padre y a la madre hacer uso de la crítica o sarcasmo, ya que no es efectiva para disminuir los comportamientos problemáticos, por el contrario, puede aumentar algunos comportamientos indeseables en el niño o la niña, además, puede tornarse a un juego desagradable y afecta la autoestima.

### 3.2.1.2 HABILIDADES POR HACER

Estas habilidades están compuestas por dos pequeños grupos, las habilidades denominadas EPIDE (por sus siglas en español para Elogió, Parafraseo, Imitación y Entusiasmo) y las habilidades de Atención estratégica. Estas habilidades son las que generan más impacto en el niño o en la niña para desarrollar conductas prosociales, y promueve una interacción distinta entre Padre/Madre-Hijo



### 3.2.1.2.1 Habilidades EPIDE

#### Elogios

El elogio es la expresión de aspectos positivos de la conducta, atributos y resultados finales de la actividad realizada por el niño o la niña. Los elogios están divididos en dos categorías, los generales que son una aprobación sin hacer una especificación de aquello que gusta o hace el niño o la niña (¡Bien, Muy Bien! ¡Buen trabajo!, ¡Estoy orgulloso (a) de ti!, etc.), mientras que los elogios específicos sobresaltan exactamente qué es lo que se hizo bien, por lo que refuerza la conducta.

Los elogios específicos son tan importantes que son el único tipo de elogio incluido en los criterios de dominio, es decir, que tiene que hacer uso de 10 o más durante los 5 minutos de juego especial con su hijo o su hija.

#### Parafraseo

Es repetir de forma verbal lo que el niño va diciendo o hacer pequeñas modificaciones (puede ampliarse, elaborarse o corregirse sutilmente) sin perder el significado original del mensaje. Esta habilidad puede ser usada para la corrección gramatical de forma sutil, además, esto permite que el niño o la niña se anime a mantener conversaciones más prolongadas.

Hay que tener cuidado en qué se elige parafrasear y la entonación al momento de hacerlo para evitar que se formule una pregunta, por lo que, se recomienda hacer una afirmación en su uso. El parafraseo también tiene incluido criterios de dominio, es decir, que tiene que hacer uso de 10 o más durante los 5 minutos del juego especial con su hijo o su hija.

#### Imitación

Es realizar movimientos o una actividad similar a la que está haciendo el niño o la niña de manera inmediata. Es importante que los padres sean participantes activos en la actividad de juego y no sólo espectadores pasivos. Al imitar al niño, el padre y la madre demuestra que está prestando atención a la actividad. Hay que seleccionar qué imitar, ya que un mal uso de esta habilidad puede reforzar una conducta no deseada y tener cuidado de que los resultados de la imitación realizada por el padre o la madre no sean mejores que los del niño o niña ya que pueden quitar el liderazgo y afectar su autoestima.

### Describir

Se realiza a través de la palabra, nombrando las acciones que el niño o la niña está realizando, en el momento en que se llevan a cabo. Para su uso el padre o la madre deben de prestar atención a las conductas e incluir la palabra "Tú" para que el niño o la niña entienda que se refieren a ellos. Igual que la imitación, es importante elegir qué conductas se van a describir, ya que un mal uso de esta habilidad puede reforzar una conducta no deseada.

Un último beneficio de las descripciones es que ayudan a organizar los pensamientos del niño o de la niña pequeña sobre el juego, lo que aumenta el tiempo que pueden dedicar a la tarea que realizan. La descripción también tiene incluido criterios de dominio, es decir, que los padres tienen que hacer uso de 10 o más durante los 5 minutos del juego especial con su hijo o su hija.

### Entusiasmo

El padre o la madre deben de mostrar entusiasmo durante el juego para que la interacción dirigida por el niño sea divertida y para que el niño o la niña se involucre. El entusiasmo implica hablar con una voz animada y hacer variaciones del tono de voz. Este cálido estilo de interacción comunica interés y hace que el tiempo de juego sea más agradable tanto para el padre o la madre como para el niño o la niña.

#### 3.2.1.2.2 Beneficios del uso de estas habilidades

Estas habilidades tiene grandes beneficios en la interacción entre Padres/Madres-Hijos, sin embargo, también ayudan a los niños o niñas a comprender que debe decir o hacer para tener una atención positiva, mejoran su autoestima, aprender a tener liderazgo, incrementan sus niveles de atención, estimula el desarrollo de lenguaje (Conocer nuevos conceptos y corrección gramatical y fonológica) por lo tanto, establecer más conversaciones, a la resolución de problema con poca intervención, y a reforzar las conductas deseadas.

#### 3.2.1.2.3 Atención estratégica

Muchas de las malas conductas que presentan los niños o las niñas son el resultado del uso de una atención negativa, lo que se vuelve un ciclo constante y agotador para el padre y la madre. Para romper este ciclo de atención negativa se les enseña a los padres y a las madres a hacer uso de la atención de forma estratégica.

### Atención estratégica o selectiva

Cuando hablamos de atención estratégica, nos referimos al uso de las habilidades EPIDE para recompensar los comportamientos o cualidades que nos gustaría observar en el niño o la niña más a menudo y que beneficien el uso de conductas prosociales. Para hacer uso de esta atención, el padre o la madre deben de identificar qué conducta quieren reforzar en su hijo o su hija y prestar mucha atención para que cuando aparezca la conducta deseada pueda ser reforzada por medio de un elogio específico.

### Ignorar selectivamente

El uso correcto de esta habilidad ayuda a disminuir las conductas no deseadas en el niño o la niña. El primer paso es que el padre y la madre deben identificar los comportamientos o cualidades de su hijo o hija que le gustaría ver disminuidos. Esta habilidad llega a ser complicada debido a que requiere de mucha paciencia por parte de los cuidadores, ya que muchas de esas conductas aumentan su intensidad antes de disminuir su frecuencia, por lo tanto, se debe continuar ignorando hasta que el niño muestre algún comportamiento positivo para poder ser reforzado por medio de las habilidades EPIDE.

El ignorar solo funciona para comportamientos de búsqueda de atención. Desafortunadamente, no todos los comportamientos problemáticos pueden disminuirse mediante el uso de ignorar pues no todos los infantes buscan la atención por parte de los padres.

Al culminar con la enseñanza teórica de las conductas “por evitar” y las habilidades “por hacer”, se hace un juego de rol con el padre y madre junto con los terapeutas para que practiquen las habilidades, se les entrega material físico y electrónico para su repaso, se estima que se tendrán 5 sesiones prácticas en la clínica antes de pasar a la siguiente fase, estas pueden variar dependiendo del avance y particularidades de cada familia. Es importante aclarar que el uso de estas habilidades se realiza inicialmente en los 5 minutos de juego especial que se realizan todos los días en casa. Cada semana se les realiza una evaluación para conocer su avance, después de dos o tres sesiones semanales se presenta un mayor dominio de estas habilidades, es cuando se le aconseja al padre y a la madre hacer uso de estas habilidades de manera cotidiana.

### 3.2.2 Interacción Dirigida por el Padre o la Madre

La disciplina parental es necesaria para que los niños y las niñas pequeños desarrollen habilidades prosociales por medio del cumplimiento de reglas, respetar límites y tener un autocontrol al interactuar con los otros, de lo contrario se presenta una desadaptación social. Por lo tanto, en esta fase se les enseña a los padres y a las madres a formular órdenes o instrucciones efectivas para llevar a su hijo o hija al cumplimiento, utilizar el tiempo fuera como consecuencia a la desobediencia, y establecer reglas y límites. Es importante aclarar al padre y a la madre, que para que la disciplina funcione se necesita de una coherencia parental y de un seguimiento constante.

La IDP comienza con una o dos sesiones teóricas con el padre y la madre de aproximadamente una hora, en la cual se enseñan a dar una instrucción efectiva y hacer un uso correcto del tiempo fuera.

### 3.2.2.1 INSTRUCCIONES EFECTIVAS

Los niños y las niñas pueden responder de diversas formas ante una instrucción (cumplimiento o incumplimiento), sin embargo, se ha comprobado que una instrucción efectiva aumenta la probabilidad del cumplimiento de esta. Esta instrucción está compuesta por 4 elementos fundamentales; Dar una razón, ser amables y respetuosos al incluir un “por favor” y dar la instrucción directa que debe ser acompañada del uso de un gesto (acción física) para dar información adicional.

#### Dar un tiempo de explicación

Promover un tiempo de explicación es apropiado para que el niño o la niña entienda la importancia del por qué debe realizar una actividad o comportamiento solicitado. Esta explicación debe ser corta y específica para que sea fácil de entender.

#### Ser amables y respetuosos

El incluir un “por favor” al inicio de la instrucción directa muestra buenos modales y respeto al niño o la niña, además, tiene dos funciones importantes; la primera es que sirve como una señal para el hijo/a de que se aproxima una instrucción lo que le indica que es importante y requiere de poner atención, y en segunda, le ayuda a desarrollar habilidades prosociales debido a que interiorizan su uso.

#### Instrucción directa

La instrucción debe decir al niño o a la niña que es lo que tiene que hacer específicamente, sin embargo, una instrucción directa también necesita contar con ciertos elementos para hacerla más efectiva.

Esta instrucción debe ser sencilla y precisa, de ser necesario se puede dividir en varias tarea más pequeñas para ayudar al niño o la niña llegar al cumplimiento, por lo tanto, es importante que se tome en cuenta su nivel de desarrollo (físico y cognitivo) de lo contrario se orillará al niño a no cumplir. La instrucción debe ser positiva, es decir, que indique que es lo que sí puede hacer y de estar dentro de las posibilidades incluir opciones. Estos elementos ayudan a que la instrucción directa sea comprensible para el niño o la niña y brinda todas las presiones posibles para llegar al cumplimiento.

#### Uso de gestos

El uso de los gestos, es decir una acción física, ayuda a la comprensión de la instrucción directa, ya que brinda información adicional. Su uso tiene dos funciones importantes; la primera es que se señala el objeto, lugar o la acción para cumplir con la instrucción, y la segunda es que esta acción física capta la atención del niño o la niña.

### 3.2.2.2 BENEFICIOS DE USAR UNA INSTRUCCIÓN EFECTIVA

Estas instrucciones tienen grandes beneficios para desarrollar habilidades para adaptarse al entorno social y ayudar a los niños/as a llegar al cumplimiento, además, marcar jerarquías, delimitar sus conductas, mejorar sus niveles de atención, en la toma de decisiones y autonomía, mejora su autoestima y confianza.

### 3.2.2.3 ELOGIANDO EL CUMPLIMIENTO

El uso de las habilidades de la IDN tiene un papel importante en esta segunda fase, sobre todo los elogios específicos. Cuando el niño o la niña cumple con la instrucción efectiva dada por el padre o la madre, este debe de dar un elogio muy específico y entusiasta para fortalecer la importancia del cumplimiento de la instrucción dada junto con la conducta, de lo contrario se debe hacer uso del tiempo fuera.

### 3.2.2.4 TIEMPO FUERA

El método disciplinar utilizado en la TIPH es “el tiempo fuera”. Su uso es recomendado sólo cuando el niño o la niña no cumplió con una instrucción efectiva dada por el padre o la madre. Si se emplea de forma correcta este método disciplinar tiene grandes beneficios para la adaptación social, para el seguimiento de reglas y respetar límites.

Este método es eficaz por 4 razones; la primera de ellas es que el niño o la niña pierde la estimulación y la atención del padre o la madre, por lo que se vuelve un momento aburrido y aversivo para ellos. La segunda razón es que puede ser aplicada al momento que se presenta la mala conducta, esto permite que sea administrada varias veces al día ayudando al padre o a la madre a tener constancia en el cumplimiento de las consecuencias. La tercera razón es que no es un método que requiera e incite la violencia física como método disciplinar, de esta forma se evitan réplicas a futuro, es decir, que los infantes no utilicen la violencia física como método disciplinar, y la cuarta razón es que es un método utilizado en la escuela en relación a la pérdida de privilegios (estímulos), como salir al recreo.

El tiempo fuera se lleva a cabo en una silla, en la cual, el niño o la niña debe de permanecer sentado por 3 minutos más 5 segundos de silencio. La misma terapia tiene una alternativa adicional si la silla no funciona, es decir, que no permanece ahí sentado en el tiempo esperado, por lo tanto se puede hacer uso de la “habitación del tiempo fuera”, aquí también debe de cumplir un tiempo determinado, tiene que permanecer 1 minuto más 5 segundos de silencio. Cuando el niño o la niña sale de la habitación debe de volver a la silla del tiempo fuera, en la cual debe cumplir con el tiempo determinado para estar ahí. Al concluir este tiempo en la silla el niño o la niña debe de cumplir con la instrucción efectiva dada por el padre o la madre.

#### Seguimiento del cumplimiento

Las habilidades del IDN también son utilizadas después de pasar un tiempo fuera, sin embargo, la habilidad que debe ser utilizada es el elogio general y poco entusiasta. El objeto de usar esta habilidad en específico es cambiar el tipo de atención que le brinda el padre o la madre a su hijo o hija después de un tiempo fuera, el cual será menor en comparación de un elogio específico y entusiasta que es usado cuando se presenta el cumplimiento tras la instrucción efectiva. Esta diferencia de atención que se brinda al niño o a la niña provocará que aumente la probabilidad de cumplir la instrucción después de darse y evitar el tiempo fuera.

### Uso de una advertencia

La advertencia es utilizada antes de que el niño o la niña llegue a la silla del tiempo fuera. Esta brinda una oportunidad adicional para llegar al cumplimiento de la instrucción sin la necesidad de pasar por el tiempo fuera, pero si el niño o la niña sigue sin cumplir con la instrucción tendrá que ir al tiempo fuera.

La advertencia de tiempo fuera no debe tomarse a la ligera. El éxito o el fracaso de este método disciplinar se basa en el seguimiento constante de esta advertencia, es decir, que cada vez que el padre o la madre de una advertencia se tiene que tener la certeza, que de no cumplirla, se tiene que ir al tiempo fuera. Se ha encontrado que los niños o las niñas cumplen después de escuchar la advertencia, ya que comenzaron a asociar que después de la advertencia siempre viene la silla de tiempo fuera, por lo tanto, se vuelve una herramienta muy efectiva.

Al culminar con la enseñanza teórica de las habilidades para dar una orden o instrucción efectiva junto con el uso del tiempo fuera, se hace un juego de rol con el padre y madre junto con los terapeutas para que practiquen estas habilidades y posibles escenarios para el uso del tiempo fuera, se les entrega material físico y electrónico para la construcción de una instrucción efectiva junto con diagramas de seguimiento del tiempo fuera. Se realiza otro juego de rol donde participa el padre o la madre, su hijo o su hija junto con los terapeutas, en el cual, con la ayuda de una figura de peluche se le enseña al pequeño cómo es el tiempo fuera, se le aclara que para las siguientes sesiones de no cumplir con una instrucción dada por su padre o su madre, tendrá que ir a la silla de tiempo fuera.

Se estima que se tendrán de 5 a 6 sesiones prácticas para el método disciplinar en la clínica antes de concluir con la terapia, sin embargo, pueden variar dependiendo del avance y particularidades de cada familia. Es importante aclarar que el uso de estas habilidades no se llevará a cabo en casa hasta que se suscite en la clínica o de no presentarse con su hijo o hija se podrá hacer uso en casa después de dos sesiones prácticas por medio del juego del rol con los terapeutas.

Cuando se libera su uso en casa, se practica durante el juego especial que ahora tendrá una duración de 15 minutos diarios. Cuando el padre o la madre tengan un mayor dominio de estas habilidades, se liberará su uso cotidiano dentro del hogar para finalmente usarlo en los espacios sociales (Centro comercial, parques, casa de algún familiar, etc.) Cada semana se realiza una evaluación para conocer el avance en el dominio de estas habilidades, al lograrlo, se realiza el cierre de la terapia con la familia.

### 3.2.3 Adaptación de la TIPH al TDAH

La TIPH es una terapia bastante flexible, esto brinda la oportunidad de adaptarse a las necesidades de cada familia. La misma terapia tiene recomendaciones y adaptaciones para trabajar con poblaciones específicas, como es el caso de niños o niñas con TDAH

Se empieza a tener evidencia de que la TIPH es adecuada para trabajar con niños y niñas diagnosticados con TDAH. Es importante conocer qué tanto saben los padres y las madres sobre este trastorno, de no conocerlo se recomienda dedicar una sesión en explicar; La etiología, los procesos biológicos y presentación de síntomas, el papel de la farmacoterapia, los mitos sobre el TDAH, planes de acomodación en el aula y la necesidad de una crianza especializada, que tiene como finalidad que los padres y madres sean más comprensivos, tolerantes y pacientes con su hijo o hija.

#### Durante la IDN

Las habilidades del IDN tienen grandes beneficiosas para mejorar los síntomas del TDAH, sin embargo, la habilidad de “describir” tiene 3 beneficios importantes para esta población. El primero es mejorar la atención, cuando se describe se mantiene la atención del niño o la niña por períodos mucho más largos ya que es muy estimulante. La segunda le ayuda a la organización del pensamiento, hacer la descripción paso por paso los mantiene en un pensamiento más lineal, por lo tanto, les permite pensar que es lo que están haciendo y así planear el siguiente paso, y el tercer beneficio es desarrollar un diálogo interno, esto inicia con la imitación de la descripción propia de forma externa hasta volverse un proceso interno.

Durante esta fase, se recomienda estrictamente, que el juego especial se realice sentados en una silla y jugando en la mesa, esto le brinda una estructura y le ayudará a mantenerse sentado por más tiempo, lo que traerá un beneficio para el ámbito escolar. Finalmente, se requiere de un ambiente estimulante para mantener su atención durante el juego, por lo tanto, el entusiasmo es esencial para trabajar los niños o niñas con TDAH.

#### Durante la IDP

Se presentan muy pocas modificaciones en esta fase para adaptarse a las necesidades de esta población. Para esta fase, se les pide a los padres y a las madres no formular instrucciones efectivas rápidas sin dar la oportunidad de obedecer, es



decir, que a pesar de que la respuesta deba ser rápida, se tiene que dar un tiempo para cumplir con la instrucción. Con el paso de las sesiones, estas instrucciones efectivas deberán ser un poco más complejas. Se les recomienda a los padres y a las madres hacer uso del tiempo fuera cuando se presentan conductas inapropiadas y demasiado agresivas para brindar la oportunidad a su hijo o hija de regularse. Por el contrario, no se recomienda hacer uso del tiempo fuera cuando se presenta un daño incidental durante un juego inapropiado.

#### 3.2.4 Cierre de la terapia

Cuando el padre y la madre cumplen con los criterios de dominio de las habilidades de la IDN y de la IDP y en la puntuación de intensidad del ICIE bajo el umbral clínico, se hace una sesión de cierre. En esta se hace una última evaluación de este conjunto de habilidades, de ser necesario se dedica un tiempo de retroalimentación en vivo para reforzar las habilidades. Se hace nuevamente la aplicación de pruebas sugeridas por la misma terapia para tener los datos pre y post tratamiento, junto con cualquier evaluación adicional que se administró en el momento de la admisión. Esto da un indicador cuantitativo del progreso del niño o la niña. Si se desea, puede otorgar un reconocimiento de culminación de la terapia a cada uno de los participantes. (McNeil y Hembree-Kigin, 2011).

### 3. Antecedentes

La TIPH ya se ha probado como estrategia terapéutica en las familias con hijos/as diagnosticados con TDAH.

Matos, M. (2009) realizó un estudio con 32 familias puertorriqueñas de preescolares de entre 4 y 6 años de edad, cuyos padres reportaban problemas de conducta e hiperactividad, que fueron diagnosticados/as con TDAH de tipo combinado (TDAH-TC) o de tipo Impulsivo-Hiperactivo (TDAH-TIH) y alcanzaron un IQ igual o mayor a 80. Las madres realizaron inicialmente la Escala de Conductas Disruptivas para Niños versión en Español (DBRS) y el Sistema de Evaluación del Comportamiento Infantil Escala de Valoración de los Padres (BASC-PRS, Kamphaus, R. y Reynolds, C. 1998). Se aplicó a los preescolares la Prueba de Vocabulario de Imágenes de Peabody (PPVT). Algunos de los criterios de inclusión fueron que no hubiera; violencia doméstica, problemas de depresión mayor, abuso de sustancias, psicopatologías o retraso mental severo en los padres. Se dividieron en dos grupos de forma aleatoria, el grupo de la PCIT y un grupo en lista de espera. A ambos grupos se les administró un módulo de dos sesiones sobre psicoeducación en TDAH. En este estudio, las madres que

concluyeron con la PCIT, expresaron mejoras significativas en la hiperactividad-impulsividad, la inatención y los problemas oposicionistas y agresivos, así como la reducción del estrés en la relación padres-hijos y un incremento en sus habilidades parentales, también encontraron que las madres tenían mejores habilidades para manejar los problemas de conducta y sentirse menos afligidas.

Por otro lado, Bobal, C. (2019) llevó a cabo un estudio con dos familias, que fueron referidas por sus escuelas; una diada madre e hijo de 7 años que contaba con un diagnóstico de TDAH combinado con conductas disruptivas y depresión, y que, sin embargo, presentaba un buen desempeño escolar. Y una segunda diada madre e hijo de 5 años con riesgo de diagnóstico de TDAH con un retraso en el desarrollo y en el lenguaje, combinados con conductas disruptivas, además, presentaba dificultades en su desempeño escolar.

Durante la intervención se realizaron modificaciones a la terapia para solventar las necesidades presentadas por las familias en relación al modelamiento de solución de problemas, tanto en el espacio clínico como en casa. Al concluir el proceso se volvió a evaluar a los participantes, obteniendo resultados que mostraban cambios significativos; los infantes disminuyeron las conductas inapropiadas, aumentaron las habilidades prosociales y bajaron los niveles de estrés, tanto en ellos como en las madres y el padre, además, estos últimos disminuyeron las conductas negativas parentales y aumentaron las conductas positivas, resultando en una mejor dinámica familiar.

Resultados similares se obtuvieron en la investigación realizada por Wagner, S. (2011) que realizó un estudio con 4 diadas, los infantes tenían entre 5 y 7 años. En los criterios de inclusión se pidió que los niños estuvieran diagnosticados con TDAH, que no estuvieran medicados y de estarlo, la dosis actual no tuviera efectos importantes dentro de la sintomatología del trastorno, 2 de los niños tenían comorbilidad con TOD. La TIPH fue aplicada de manera típica. Al concluir el proceso terapéutico, se observó una disminución en los síntomas característicos del TDAH en particular los problemas de conducta, ya que las madres reportaron observar que los niños mostraban una mejoría en sus comportamientos y de los del TOD en relación a las conductas disruptivas.

Por su parte, Eisenstadt, T. et al (1993) llevaron a cabo un estudio con 24 niños y niñas, de los cuáles: 9 tenían diagnóstico de TDAH y TOD, 6 cumplían los criterios para TOD, 5 con TDAH y TC, 3 únicamente con TDAH y 1 con TC únicamente. Se utilizó la TIPH de forma típica. Todas las familias lograron llevar a fin la PCIT. En esta investigación se encontró que el cumplimiento de los niños cuando se les daba una instrucción, pasó del 23% al 78%. Así

mismo, hubo cambios clínicos significativos en comportamientos disruptivos, y en los criterios de diagnóstico de los distintos trastornos; TDAH, TOD y TC del DSM-III-R. En pre-tratamiento, el 71% de los niños y niñas dio positivo para TDAH, 63% para TOD y 25% para TC. En el post-tratamiento, ninguno de los niños cumplió con los criterios para TOD y TC, el 15% de los niños cumplió con los criterios para TDAH y sólo el 10% los cumplió para TDAH en el seguimiento 3 meses después. Sin embargo, estos resultados son reservados, debido a que no existió un grupo control para determinar el grado y el seguimiento de los resultados obtenidos en el post-tratamiento y en el seguimiento de los casos.

En otro estudio llevado a cabo por Boggs, R. et al (2004) tomaron a 61 familias que 10 meses antes habían llevado a cabo la terapia. Se asignó a las familias de forma aleatoria en dos grupos, 33 de las familias ingresaron de manera inmediata al tratamiento y 28 familias fueron puestas en lista de espera de 4 meses. A lo largo de la investigación, sumando ambos grupos, 31 familias abandonaron la terapia, 1 familia del primer grupo antes de comenzar y 13 en el proceso del tratamiento. En el primer grupo, 21 de los participantes cumplían criterios para TOD, 15 para TDAH y 3 para TC, en el segundo grupo 23 cumplieron los criterios para TOD, 18 para TDAH y 7 para TC. No se especifica la combinación de comorbilidades en la población. Los resultados arrojaron que hay un mejor impacto a largo plazo para aquellas familias que terminaron el tratamiento, en comparación de aquellos que se salieron del tratamiento antes de terminar. En cuanto a las diferencias entre ambos grupos, los síntomas para TOD, TC y TDAH disminuyeron considerablemente en las familias que terminaron la terapia en comparación con aquellas que no lo hicieron. Las familias que terminaron el tratamiento, pudieron observar muchas mejoras en el comportamiento de los niños, en comparación con aquellas que no concluyeron y que vieron sólo un poco de mejoría que no consideraban significativa. Además, las madres que culminaron el proceso, se sentían mucho más satisfechas con la terapia que aquellas que no culminaron.

En un estudio de caso llevado a cabo por Shinn, M. M. (2013), el paciente tenía 9 años, estaba diagnosticado con TDAH-TC y tenía dificultades auditivas. Su madre tenía dificultades auditivas y el padre no tenía ninguna clase de dificultad. El diagnóstico pudo hacerse debido a reportes parentales y escolares, así como la aplicación de pruebas como CBCL (Achenbach & Rescora, 2011), PSI-SF (Abidin, R. R. 1995) y ECBI.

Se hicieron algunas modificaciones a la PCIT traduciendo a lengua de señas para asistir a esta familia. Dentro de las adaptaciones que se hicieron a la PCIT, fue que, al interpretar en lenguaje de señas, se proporcionó todo el material informativo al intérprete y se le pidió que comunicara el espíritu y metas de la CDI a la madre. Se utilizaron videos didácticos acerca de

la PCIT para proporcionar ayuda visual útil para transmitir la información necesaria. Para que la madre pudiera comunicarse con el niño, se le pidió que lo hiciera en el lenguaje de señas y que lo hiciera palabra por palabra debido a las diferencias gramaticales entre el inglés y el lenguaje de señas, por lo que se hicieron adaptaciones a la TIPH para poder transmitir la esencia de la terapia.

En sus resultados, Shinn (2013) encontró que la madre en contraste al pretratamiento se comunicaba de forma más cálida con el niño y se enfocaba más en los comportamientos positivos que en los negativos, la madre reportó un incremento en el estrés parental, debido a que el padre trabajaba más tiempo y ella debía manejar todo en casa. En cuanto a los resultados arrojados por el CBCL hubo mejoras significativas en los problemas internalizantes y externalizantes. Los resultados en el ECBI, arrojaron mejoras en la percepción de la madre acerca de las conductas del niño, así como en la intensidad de sus problemas. Los problemas relacionados con el TDAH del niño, disminuyeron al incrementarse las habilidades parentales de la madre.

Por otra parte, Nixon, R. (2001) llevó a cabo un estudio con 34 familias con niños con comportamientos disruptivos de entre 3 a 5 años, 25 niños y 9 niñas, que fueron separados en 2 grupos, el primer grupo designado a la aplicación de la PCIT y el segundo a un grupo de Lista de Espera (LE). Además, se añadió un Grupo Control de 21 niños sin problemas que fueron colocados como Validación Social para poder comparar ambos grupos.

Los niños y niñas cumplían los criterios para el diagnóstico de TOD, 8 participantes en el grupo de la PCIT y 15 participantes del grupo de LE cumplieron con los criterios de TDAH. Todos los participantes respondieron el Short Temperament Scale for Children (STSC; Prior, Sanson y Oberklaid, 1989) una escala que consta de 30 items que sirve para medir la estabilidad en el temperamento en edades de 4 a 8 años.

En los resultados se encontró que el grupo de la PCIT y el grupo de LE son significativamente diferentes del grupo control, aquellas madres que aplicaron la PCIT redujeron a puntajes considerados como normales en las respuestas del ECBI, así como los síntomas y severidad de los mismos en TDAH, en especial entre el grupo de PCIT y el grupo control. En cuanto al grupo LE, sus puntuaciones en ECBI en comparación con el grupo control, fueron significativamente más elevadas y de igual forma en los síntomas de TDAH, tanto en este grupo como en comparación con el grupo de la PCIT. Estos resultados son importantes, pues hay otras investigaciones como la de Matos, M. (2009) que reportaron que sólo por permanecer en el grupo de LE, había mejoras significativas. El autor, hizo un seguimiento a

los 2 y 6 meses después del tratamiento y no reporta cambios significativos tanto en los puntajes obtenidos en el ECBI y los síntomas de TDAH.

Por otra parte, un estudio con 17 familias, de las cuales 12 fueron hombres y 5 mujeres. 5 estaban diagnosticados con TDAH con comorbilidad de TOD, 3 con TOD, 2 con TDAH, 2 con Trastorno de Ansiedad por Separación (TSS) y 5 no tenían diagnóstico. Los resultados fueron evaluados sobre 15 de las familias. En este estudio, la ejecución de la PCIT se llevó a cabo de la forma típica (Nieter, L., Thornberry, T. & Brestan, E. 2013).

En los resultados obtenidos, los padres que llevaron a cabo la terapia completa, reportaron una mejora significativa en el incremento en los comportamientos prosociales y la disminución a los comportamientos disruptivos. En la Escala de Intensidad del ECBI, 8 familias reportaron una reducción considerable en la frecuencia de los comportamientos disruptivos en los niños y 7 familias reportaron una reducción no significativa. En cuanto a la Escala de Problemas, 8 familias reportaron una disminución significativa de las conductas problemáticas, mientras que 6 familias no reportaron un cambio significativo y 1 familia reportó un aumento considerable en las conductas disruptivas.

En cuanto a los resultados de la escala de estrés, que se evaluó sobre 14 familias, PSI-SF, 11 familias informaron de una disminución considerable en el estrés total y 3 familias no reportaron cambios considerables. Una situación considerable ha estudiarse, es el hecho de que de las 27 diadas, únicamente 17 familias completaron el tratamiento, hubo un promedio de 3.5 sesiones antes de abandonar la terapia. Los padres o cuidadores que terminaron el tratamiento, reportaron que se sentían menos estresados, con una mejoría notoria en sus habilidades parentales y la disminución del uso de comportamientos inapropiados como hacer preguntas, o hacer comentarios negativos o críticas a los niños, y se observó un incremento en el uso de conductas prosociales como los elogios y la atención positiva.

Por su parte Chronis-Tuscano, A. et al (2014) llevaron a cabo un estudio con la participación de 9 familias con un hijo o hija diagnosticado con TDAH entre los 3 y 7 años. Se llevó a cabo la Terapia de Interacción Padre-Hijo y Desarrollo Emocional (TIPH-DE) la cual es una adaptación de la TIPH para niños preescolares que padecen depresión, en la cual se incluye un módulo de 8 sesiones adicionales en la cual se trabaja el desarrollo emocional. Esta tiene como objetivo aumentar el reconocimiento emocional en el niño o la niña y enseñar habilidades a los padres y las madres para convertirse en “entrenadores de emociones” para su hijo o hija, con el fin de que desarrollen habilidades para la regulación emocional.

Chronis–Tuscano et al. (2014) reportaron cambios positivos en la relación entre Padre/Madre-Hijo, cambios en las conductas disruptivas y síntomas relacionados al TDAH. Además, los padres/madres y maestros reportan que se presentaron cambios en la regulación emocional de los niños y niñas post tratamiento y que continuaron presentes durante los 6 meses de seguimiento. Concluyeron que la TIPH-DE es una alternativa de intervención para niños y niñas preescolares que presentan un diagnóstico de TDAH con dificultades en la regulación emocional, sin embargo, los autores consideran que se necesita de una investigación con una muestra más amplia.

Al culminar el tratamiento se realizó un seguimiento de 6 meses al menos la mitad de los participantes mantuvieron los cambios positivos en los problemas externalizantes y en menor proporción en los problemas internalizantes.

Por su parte, Fernandez, M., Butter, A. y Eyberg, S. (2011) llevaron a cabo un estudio con 18 diadas Madre-Hijo(a) de ascendencia Afroamericana en desventaja socioeconómica, y donde los niños tenían de entre 3 y 6 años de los cuales 16 fueron varones y 2 mujeres. Los niños y niñas debían cumplir con diagnóstico de TOD y se dividieron en dos grupos; Grupo A= 10 diadas y Grupo B=8 diadas. El diagnóstico de TOD se llevó a cabo en el Grupo A, a través del DSM-III-R y el Grupo B a través de la Entrevista Diagnóstica para Niños (NIMH DISC-IV-P; Shaffer, Fisher, Lucas, Dulcan y Schwab-Stone, 2000). Dentro de los diagnósticos 3 resultaron con TOD, 1 con TOD y comorbilidad de TC, 6 con TOD y TDAH y 8 con TOD, TDAH y TC.

Los resultados arrojaron que en las 8 familias que terminaron el procedimiento, hubo un impacto positivo en las conductas de los niños y niñas. 5 reportaron cambios significativos y 3 reportaron que no había cambios significativos, así como 4 de los niños y niñas tuvieron cambios significativos clínicamente y 4 no tuvieron cambios considerables clínicamente. Encontraron que las diferencias hechas en el Grupo B, redujeron considerablemente los niveles de estrés parental.

#### 4. Planteamiento del Problema

El TDAH se presenta cada vez más en las poblaciones infantiles en el mundo haciendo que la prevalencia vaya en aumento y sus características principales suelen generar diversos problemas en el ámbito familiar, social y escolar de los menores, aún más en aquellos y aquellas que no han sido diagnosticados y diagnosticadas. Estas experiencias en la infancia,

repercuten considerablemente en la vida adulta provocando baja autoestima, baja permanencia laboral, problemas en las relaciones afectivas y dificultades en la socialización.

La revisión de los antecedentes de este trabajo evidenció que aún son pocos los trabajos de investigación que buscan conocer la eficacia de la TIPH en el TDAH. La mayoría de estos estudios se enfocan en la disminución de las conductas disruptivas, pero son pocos los trabajos que reportan el efecto de esta intervención en las características básicas del TDAH.

Por lo que, esta investigación tiene como objetivo, conocer la eficacia de la TIPH en la modificación de los signos característicos del TDAH.

## 5.1 Objetivo de Investigación

### 5.1.1 Objetivo General

- Conocer la eficacia de la TIPH en los signos característicos del TDAH

### 5.1.2 Objetivos Específicos

- Identificar los cambios en la Atención luego de intervenir a través de la TIPH en niños y niñas de entre 3 a 8 años con diagnóstico de TDAH.
- Identificar los cambios en la Impulsividad luego de intervenir a través de la TIPH en niños y niñas de entre 3 a 8 años con diagnóstico de TDAH.
- Identificar los cambios en la Hiperactividad luego de intervenir a través de la TIPH en niños y niñas de entre 3 a 8 años con diagnóstico de TDAH.
- Identificar los cambios en las Conductas Disruptivas luego de intervenir a través de la TIPH en niños y niñas de entre 3 a 8 años con diagnóstico de TDAH.

## 5.2 Preguntas de Investigación

- ¿Cómo cambia la atención luego de intervenir a través de la TIPH en niños y niñas de entre 3 a 8 años con diagnóstico de TDAH?
- ¿Cómo cambia la impulsividad luego de intervenir a través de la TIPH en niños y niñas de entre 3 a 8 años con diagnóstico de TDAH?
- ¿Cómo cambia la hiperactividad luego de intervenir a través de la TIPH en niños y niñas de entre 3 a 8 años con diagnóstico de TDAH?
- ¿Cómo cambian las conductas disruptivas a través de la TIPH en niños y niñas de entre 3 a 8 años con diagnóstico de TDAH?

## 5.3 Hipótesis

Hi

Los niños de entre 3 y 8 años de edad diagnosticados con TDAH que se someten a una intervención a través de la TIPH disminuirán en sus niveles de Desatención, Impulsividad, Hiperactividad y Conductas Disruptivas después de la intervención.

Hø

Los niños de entre 3 y 8 años de edad diagnosticados con TDAH que se someten a una intervención a través del TIPH no cambiarán en sus niveles de Desatención, Impulsividad, Hiperactividad y Conductas Disruptivas después de la intervención.

Ha

Los niños de entre 3 y 8 años de edad diagnosticados con TDAH que se someten a una intervención a través del PCIT aumentarán en sus niveles de Desatención, Impulsividad, Hiperactividad y Conductas Disruptivas después de la intervención.

Variables evaluadas	Definición conceptual	Definición operacional
Atención	“Un sistema complejo, dinámico, multimodal y jerárquico que facilita el procesamiento de la información en sus diferentes componentes sensoriales, cognitivos o motores” (Ramos, C. et al 2016, p. 34).	Escala Conners para Maestros y Maestras Versión Abreviada. Cuenta con 4 ítems (8, 11, 22, 39) para identificar esta variable a un nivel clínico (Conners, C.K. 1989).
Impulsividad	“Un déficit en la inhibición de la conducta, el cambio de comportamiento ante la demanda del medio ambiente y la tolerancia para el retraso de la gratificación” (Sánchez, P., Giraldo, J. J. y Quiroz, M. F. 2013, p. 244).	Escala de Conners para Padres versión Abreviada. Cuenta con 4 ítems (4, 5, 11 y 13) para identificar esta variable a un nivel clínico (Conners, C.K. 1989).
Hiperactividad	“Trastorno de Conducta de un niño que está constantemente en movimiento o que presenta tasas	Escala de Conners para Padres versión Abreviada. Cuenta con 10 ítems (4, 7, 11, 13, 14, 25, 31,



	de actividad y precipitación más elevadas de lo normal o ambas” (González, M. I. y Villamizar, D. A., 2010).	33, 37 y 38) para identificar esta variable a un nivel clínico y la Escala Conners para Maestros y Maestras Versión Abreviada. Cuenta con 10 ítems (1, 3, 5, 6, 7, 8, 13, 14, 16 y 21) para identificar esta variable a un nivel clínico (Conners, C.K. 1989).
Conductas Disruptivas	Los problemas de conducta, suelen ser de una gran preocupación especialmente para los padres y las madres y maestras y maestros, por lo que se ven afectadas distintas áreas de la vida de niños y niñas como lo social, lo escolar y lo familiar. El DSM-V (2013) define al Trastorno de Conducta (TC) como “Un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que no se respetan los derechos básicos de otros, las normas o reglas sociales propias de la edad” (APA, 2013, p. 246).	<p>Escala de Conners para Padres versión Abreviada. Cuenta con 8 ítems (2, 8, 14, 19, 20, 27, 35 y 39) para identificar esta variable a un nivel clínico y la Escala Conners para Maestros y Maestras Versión Abreviada. Cuenta con 13 ítems (15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 25, 29, 31,32, 36 y 38) para identificar esta variable a un nivel clínico (Conners, C.K. 1989).</p> <p>Inventario de Conducta Infantil de Eyberg. Cuenta con 36 ítems para identificar esta variable en un nivel clínico y el Inventario de Conducta para Maestros Sutter-Eyberg Revisado. Cuenta con 38 ítems para identificar esta variable a nivel clínico. (Eyberg y Pincus, 1999).</p>

#### 5.4 Justificación de la Investigación

La prevalencia mundial del TDAH, se encuentra entre el 5 al 7% y se ha notado un aumento en las últimas décadas en el diagnóstico del trastorno. Las comorbilidades más comunes suelen ser el TOD / TC en un 27%, Trastornos del Aprendizaje en un 47% y el Trastorno del

Espectro Autista en un 6%, entre otros (Hervás, A. y Durán, O. 2014). Debemos considerar también, que los problemas de conducta disruptiva infantil, son cada vez más comunes, lo que trae serias consecuencias negativas en la vida social, familiar y escolar en la infancia, y en la vida laboral en la adultez (NIHCE, 2006).

Existen algunas características propias del TDAH como las conductas disruptivas, la hiperactividad y la desatención que son señalamientos típicos que los padres y las madres reportan como sus principales preocupaciones en sus hijos y sus hijas. Así mismo, la falta de entendimiento acerca del trastorno, la presión social, escolar y familiar, y el constante señalamiento y la segregación, son situaciones que no sólo dejan una marca en el niño o la niña, sino en los padres y las madres. Además de repercutir en la calidad de la vida adulta cuándo no se trata durante la infancia.

La relación entre padre/madre-hijos/as se ve constantemente deteriorada por todo lo anterior, y de ahí la importancia de mejorar los vínculos parentales. Al mejorar la relación padres/madres-hijos/as, se puede contribuir a los efectos adversos que el TDAH genera. En el presente estudio, se pretende trabajar con la TIPH en esta población, buscando que haya cambios en los síntomas y características propias del trastorno. La TIPH es una terapia basada en evidencia científica, que ha mostrado que permite mejorar la relación parental con niños y niñas diagnosticados/as con TDAH y a establecer disciplina en casa que impacta en el ámbito escolar y el social.

### 5.5 Viabilidad de la Investigación

El presente trabajo de investigación para tesis fue viable gracias al acceso al campo, a causa de, que como investigadores somos estudiantes de la institución educativa donde se llevó a cabo la evaluación y el análisis de datos, que tuvo lugar en la Universidad Autónoma de Querétaro (UAQ) en la cámara de Gesell, que es parte de la Facultad de Psicología. A nivel personal, se contó con los conocimientos teóricos y prácticos para la implementación de la TIPH y el tiempo necesario para realizar la investigación, que tomó aproximadamente dos años.

A nivel poblacional, se trabajó con familias de las cuales su hijo o hija, entre los 3 y 8 años, contaban con un diagnóstico de TDAH. Para tener acceso a esta población, se contó con el contacto de una neuropsiquiatra que trabaja con varias familias con estas características. Además, se realizó una difusión por medio de flyers para contar con un mayor alcance

poblacional. Esta disposición de recursos brindó el respaldo de la participación de los sujetos de investigación.

Así mismo, se contó con los recursos económicos dado que la investigación fue beneficiaria de la beca FONDEC que brinda la misma universidad, estos recursos económicos fueron utilizados para cubrir los gastos de los materiales necesarias como; los juguetes, material impreso, artículos de papelería, artículos de audio y viáticos para el traslado al campo de investigación. Con respecto a los materiales, se contó con equipo de audio de entrada y de salida, con cámaras de video, con computadora para el registro y análisis de datos, productos de sanitización y con el manual de la TIPH.

### Cronograma de actividades

Cronograma		2020												2021												2022											
Actividad	Encero	Octubre	Noviembre	Diciembre	Encero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Encero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre												
Encuesta Bibliográfica	X																																				
Traducción y lectura del manual de la PCIT		X	X	X	X	X	X	X	X	X																											
Inspección y prueba de uso de la cámara de Gesell									X	X	X	X	X																								
Generación de material didáctico para la aplicación de la PCIT									X	X	X	X	X																								
Práctica supervisada de la PCIT de psicólogos oficiales													X	X																							
Encuesta de población												X	X	X	X	X	X	X	X	X																	
Registramiento de la PCIT													X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X											
Análisis de los datos obtenidos															X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X											
Escritura de los datos obtenidos															X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X											
Discusión																									X	X											
Encuesta final																										X											

### Materiales y espacios que se ocuparan

- Cámara de Gesell (UAQ, Facultad de Psicología)
- Manual de la TIPH
- Auriculares y micrófono
- Juguetes (legos, rompecabezas, crayones, animales de peluche)
- Laptop
- Gel Antibacterial
- Sanitarios con agua y jabón para manos
- Cubrebocas de repuesto
- Desinfectante
- Hojas de registro de tareas.
- Hojas de registro de progreso
- Pruebas: se usarán la Connors para padres y docentes para el diagnóstico de TDAH y los cuestionarios de ICIE, ICMSE-R y SCIDPH propuestos por la misma terapia de la TIPH.

- Bocina
- Silla para el tiempo fuera.
- Mesa y sillas
- Artículos básicos de papelería (lápices, lapiceros, cinta, tijeras, hojas blancas y de colores, sacapuntas, etc.).

## 5.6 Método

Se llevó a cabo una investigación cuantitativa, y se incluyó análisis de resultados cualitativos, adquiridos durante la investigación.

### 5.6.1 Alcance de la investigación

El alcance de la investigación es correlacional, ya que se busca saber si la TIPH influye en las características del TDAH en niños y niñas con edades de los 3 a los 8 años.

### 5.6.2 Diseño de investigación

Esta investigación tuvo un diseño pre-experimental con pre-prueba y post-prueba de un solo grupo. Las variables con las que se trabajaron fueron: la atención, la hiperactividad, la impulsividad y las conductas disruptivas.

### 5.6.3 Muestra

Es una muestra no probabilística. La muestra incluyó familias cuyos hijos o hijas cumplieran con las siguientes características:

- Criterios de inclusión
  - 1) Tener un diagnóstico de TDAH realizado por un neuropediatra o un paidopsiquiatra
  - 2) Tener entre 3 y 8 años.
- Exclusión
  - 1) Tener diagnóstico de otra alteración del neurodesarrollo, sensorial o motora que afecte su desempeño en el proceso terapéutico (TOD, TC y TEA no se incluyeron en este listado)

- Eliminación
  - 1) Que la familia no termine el tratamiento
  - 2) Que la familia no haya asistido a un mínimo del 80% del tratamiento.

#### 5.6.4 Procedimiento

Al iniciar con el proceso terapéutico se realiza la lectura y la firma del consentimiento informado, en el cual se les explica de manera general a los padres cómo se trabaja y cuál será el papel que realizarán tanto el padre, la madre y el hijo o hija. Tras su consentimiento de participación, se realiza una entrevista anamnésica con la finalidad de conocer la historia clínica del paciente, antecedentes y dinámica familiar.

Dentro de la recolección de datos inicial, se hace una observación con una duración de 15 minutos de la dinámica e interacción entre madre/padre e hijo o hija en una situación de juego. Esta observación está dividida en tres tiempos (Interacción dirigida por el niño, Interacción dirigida por el padre y Situación de limpieza). Además, se aplican dos cuestionarios a los padres y las madres, el Conners para padres y la ICIE, y se les solicita hacer llegar dos cuestionarios más a los docentes del niño o la niña, el Conners para maestros y la ICMSE-R.

Se continúa con una sesión teórica sobre la IDN, con una duración aproximada de dos horas, en la cual se abordan los temas de las “Habilidades por hacer” compuestas por la atención estratégica y las habilidades EPIDE, junto con la enseñanza de las “Conductas por evitar”. Se discute la importancia de la práctica de estas habilidades durante 5 minutos de juego diario en casa con su hijo o hija. Al finalizar se hace un juego de rol para que los padres practiquen dichas habilidades.

Tras la sesión teórica se dedican aproximadamente 5 sesiones prácticas, en donde el padre y la madre juegan con su hijo o hija en un espacio controlado. Durante esta interacción se les hace retroalimentación en vivo a los padres por medio de un equipo de audio. Cuando se llegan a los criterios de dominio de las habilidades EPIDE y de atención estratégica se pasa a la segunda parte de la terapia.

Se dedican dos sesiones teorías para la enseñanza de la IDP, con una duración aproximada de dos horas. En la primera sesión se le enseña a la madre y al padre a formular instrucciones efectivas, es decir, que su instrucción debe de contar con ciertos elementos, al culminar se realiza una actividad para que practiquen la elaboración de instrucciones efectivas. La segunda sesión, se les enseñan los criterios para determinar la obediencia y el seguimiento del tiempo fuera en una silla. Al finalizar se realiza un juego de rol con los padres para que

practiquen la elaboración de instrucciones efectivas junto con el seguimiento del tiempo fuera en una silla en distintas situaciones.

Una tercera sesión se dedica a realizar un juego de rol, donde se incluye al hijo o a la hija para que por medio del juego conozca el tiempo fuera. Se dedican aproximadamente 6 sesiones prácticas en donde el padre y la madre juegan con su hijo o hija en un espacio controlado. Durante esta interacción se les hace retroalimentación en vivo a los padres por medio de equipo de audio para dar instrucciones efectivas y seguimiento del tiempo fuera. Cuando se llegan a los criterios de dominio se realiza el cierre de la terapia con la familia.

Al culminar con el proceso terapéutico, se realizan nuevamente las aplicaciones de los cuestionarios del ICIE y Conners para padres, junto con el Conners para maestros y el ICMSE-R. Estos datos permiten cuantificar el progreso que se tuvo con la terapia.

## 6. Resultados

### 6.1 Descripción de los casos

Durante los meses entre febrero 2021 y marzo 2022 se captó a las familias que cumplieran con los criterios de inclusión. Se logró incluir inicialmente a 8 familias, sin embargo, dos familias no permanecieron en el proceso terapéutico. Una no fue admitida, pues en la entrevista se dio cuenta de que el niño era completamente funcional. La segunda familia no incluida decidió no asistir más después de la tercera sesión de IDN, debido a circunstancias personales. Por lo que se trabajó con 6 familias. De estas 6, cinco familias concluyeron satisfactoriamente el procedimiento terapéutico pues una última familia lo abandonó dos sesión antes de la sesión de graduación.

Las características iniciales generales de las 6 familias participantes fueron:

#### Caso 1

Niño de 7 años, cursando el segundo año de primaria. Vive con ambos padres y por períodos cortos de tiempo con la abuela materna. Los padres dicen tener una buena relación con él, aunque ellos perciben que esta relación se ha ido deteriorando a partir de la pandemia. A ambos padres se les dificulta convivir con él debido al trabajo. Exige constantemente la atención con actitudes demandantes, desafiantes, autoritarias y con amenazas autolesivas. Dentro de la sintomatología los padres destacan que tiene “vómito verbal” es decir que habla mucho, es muy inquieto, tiene problemas de socialización con sus pares y experiencias de

segregación de los mismos, es altamente opositorista, tiene baja autoestima, rituales, obsesiones, dificultad en habilidades lectoras y motoras, miedo a las actividades físicas, no tiene control de esfínteres nocturno por temor a salir al baño en la noche, impaciente e impulsivo. Las características positivas que los padres describen son, que es un niño cariñoso, creativo y un líder nato.

Durante la entrevista, los padres expresaron indirectamente sus dificultades matrimoniales, en gran medida debido a temas de economía, estilos de paternidad y por sus profesiones. En general quién más responde sobre el niño es la madre y el padre interviene pocas veces o algunos detalles los desconoce por completo. En los antecedentes familiares sobre salud mental, mencionan que la madre ha sido diagnosticada con Distimia y algunos síntomas de TDAH como inatención, impulsividad e hiperactividad sin ser de importancia clínica y sin haber sido diagnosticada y se ha atendido únicamente con psicoterapia sin ser constante. El padre menciona padecer de niveles muy altos de estrés y ansiedad, y no ha llevado ningún tratamiento para ello. El abuelo materno tiene algunos síntomas de TDAH (sin diagnosticar) y la abuela materna fue diagnosticada con depresión quien tampoco ha llevado ningún tipo de tratamiento.

El diagnóstico del niño es TDAH con dificultades en la motricidad fina, el control inhibitorio motriz y el control de la atención y con Trastorno del Desarrollo de la Coordinación Motora. Fue pre diagnosticado a los 2 años y diagnosticado a los 4 años. Fue tratado farmacológicamente, pero debido al alto índice de resistencia que tiene a los medicamentos, pronto alcanzó la dosis máxima para su edad, sin tener efectos importantes en su sintomatología. Los padres acudieron a un nutricionista que recetó una dieta libre de lácteos, de gluten, de huevo, de azúcar y de algunos aditivos como colorantes y edulcorantes. Al momento de la entrevista llevaba 6 meses en la dieta y los padres mencionan haber visto cierta mejora en su hiperactividad e irritabilidad, pero no en el resto de los síntomas.

En el ámbito escolar los padres mencionan que hay muchas dificultades debido a reportes de su maestra por interrumpir constantemente en clase, lastimar a otros compañeros/as, no respetar turnos, no compartir juguetes ni material, moverse constantemente de su lugar. La escuela solicitó que el niño fuera acompañado por una maestra sombra. Los padres también mencionan que las dificultades sociales a las que se enfrenta el niño son el ser excluido por su maestra, no tener amigos/as, exclusión en el patio de juego y en eventos sociales privados de sus compañeros/as.

Durante la entrevista, el niño se presenta con una alta exigencia de atención de los terapeutas y los padres, habla gritando y con una pronunciación atropellada por lo que en ocasiones no se entiende lo que dice. Se acerca de inmediato a los juguetes para apropiarse de algunos y

se retira con la psicóloga a jugar en otra área. En el juego muestra un alto índice de hiperactividad y demandas constantes que deben ser atendidas o comienza a gritar, tiene un juego activo, expresivo, suele elegir juegos con un alto índice de violencia, muestra mucha creatividad y un vocabulario amplio para su edad. Los padres mencionan que hay poca disciplina en casa y cuándo llega a haberla, se hace quitando privilegios.

## Caso 2

Niña de 7 años, cursando 2do de primaria. Vive con su madre y su abuelo materno, siendo ella la principal cuidadora de la niña. La madre indica que mantiene una relación cercana y con buena comunicación con su hija. La niña presenta cambios emocionales bruscos y constantemente, responde con conductas agresivas cuando no se cumplen sus demandas y responsabiliza a la madre de todos los problemas que llega a tener. Dentro de la sintomatología la madre destaca que es muy inquieta e impulsiva, demanda constantemente atención, tiene problemas de socialización con sus pares y experiencias de segregación de los mismos, conductas opositoras y desafiantes ante la autoridad, baja autoestima, malos hábitos de sueño y ciertos comportamientos autolesivos, que se manifiestan por la frustración. La madre describe a la niña, como muy amable y alegre, pero comenta “le sale el temperamento de repente y el carácter”, y resalta que sus conductas dependen mucho de la situación en la que se encuentre.

Durante la entrevista, la madre mencionó que está divorciada. Ella tiene la custodia legal de la hija, se cambió de estado para vivir con su padre (abuelo materno), por lo que las vistas del padre de la niña son esporádicas, breves e impredecibles, esto genera que mantengan una mala relación y mala comunicación. Los padres difieren en el estilo de crianza que utilizan con la niña. Además, se reporta que la paciente presencié violencia intrafamiliar física y verbal, tanto en su familia nuclear como en la familia paterna. En los antecedentes familiares sobre salud mental, la madre menciona que fue diagnosticada con distimia, y sospecha de TDAH (no diagnosticado), por un tiempo recibió un tratamiento farmacológico, que dejó. Actualmente acude a psicoterapia. El padre tiene una tendencia a la depresión y recibió un tratamiento farmacológico. Por parte de la familia paterna, una prima cuenta con un diagnóstico de trastorno bipolar y un primo de la paciente también tiene diagnóstico de TDAH. Por parte de la familia materna, el hermano menor de la madre cuenta con diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista y el abuelo materno con sospecha de TDAH.

El diagnóstico de la niña es de TDAH con presencia de conductas opositoras-desafiantes. Recibió tratamiento farmacológico a los 5 años, sin embargo, presentó efectos secundarios



que la mantenían adormilada, por lo que la madre optó por suspender el tratamiento de forma voluntaria y no lleva un seguimiento neuropsiquiátrico. La paciente acude únicamente a psicoterapia y a realizar actividades extracurriculares como Taekwondo y natación, para bajar los niveles de hiperactividad e impulsividad.

En el ámbito escolar la madre reporta algunas dificultades en el aprendizaje desde el preescolar, sobre todo en la lectoescritura y matemáticas, por lo que la niña acude con una maestra particular para regularizaciones. Durante clases le reportan que no realizaba trabajos en clase, no acataba instrucciones ni se mantenía sentada. En algunas ocasiones la madre fue llamada porque la niña tuvo conductas agresivas con sus compañeros de clase.

Durante la entrevista, la niña se presentó retraída y de mal humor, cuando se comunica lo hace con una mala actitud, con una evidente agresividad y un tono de voz elevado, se observa una tensión constante entre la madre y la niña que hace que esta reaccione con insultos y con conductas agresivas. Además, presentó mucho oposicionismo ante las demandas o intentos de la madre por mantenerla quieta junto con conductas desafiantes. La niña expresó en varias ocasiones una fuerte autocrítica, expresada por medio de insultos.

### Caso 3

Niño de 6 años, cursando 1ro de primaria. Vive con ambos padres y un hermano menor de un mes de nacido al momento de la entrevista. Ambos cuidan del niño, sin embargo, la madre es la principal cuidadora. Ambos padres son enfermeros, la madre en el turno de la noche y el padre en el turno de la tarde. Los padres indican que mantiene una buena relación con su hermano, sin embargo, en ocasiones se presentan escenas de celos ya que el niño manifiesta que no se le brinda tanto afecto ni atención como lo hacen con su hermano. Por el contrario, mantiene una mala relación con el padre, pasan poco tiempo de calidad, y describen que el padre es impaciente y muy autoritario con él. Con la madre mantiene una relación cercana ya que está involucrada en todas sus actividades cotidianas y es más paciente con él, sin embargo, la madre manifestó que en ocasiones se siente indispuesta para recibir y brindar afecto, lo que genera un deterioro en su relación.

Dentro de la sintomatología, los padres reportan que el niño es muy inquieto, demanda constantemente atención, presenta problemas de socialización con sus pares y experiencias de segregación de los mismos, es oposicionista e impulsivo, tiene baja autoestima, malos hábitos de sueño, conductas desafiantes ante la autoridad, comportamientos autolesivos que se manifiestan ante la frustración, dificultades en el aprendizaje y el lenguaje. Lo describen

como paciente y noble, sin embargo, en ocasiones presenta cambios drásticos de emociones, estos se manifiestan cuando no se hace lo que él quiere o no le salen las cosas como esperaba, pero la mayor parte del tiempo está estable. Además, reportan que el niño ha presenciado violencia intrafamiliar.

Durante la entrevista, los padres expresaron indirectamente algunas dificultades maritales debido a la dinámica familiar. El estilo de crianza se caracteriza por una comunicación deficiente entre ambos padres y por la poca interacción que tienen con el niño, en gran parte, porque los dos padres poseen trabajos altamente demandantes. En los antecedentes familiares sobre salud mental, la madre relata que durante el embarazo, presentó cambios emocionales constantes, y estados depresivos que persisten en la actualidad, además, que estos estados depresivos, han ocasionado que tenga dificultades para expresar afecto al niño. La madre ha optado por no tener ningún tipo de tratamiento para esta situación. En antecedentes familiares, el niño tiene un primo con diagnóstico de TDAH y otro primo cuenta con un diagnóstico de Trastorno de Espectro Autista.

El diagnóstico principal del niño es de Epilepsia multifocal autonómica, motora y conductual. Como diagnóstico secundario TDAH con comorbilidad de Trastorno de la Conducta, Retraso en el desarrollo del lenguaje mixto y cefalea postraumática remitida. Cuenta con un tratamiento farmacológico tanto para la epilepsia y como para el TDAH. Tiene seguimiento neuropediátrico. Más adelante los padres nos informaron que el médico sugirió suspender el antiepiléptico debido a que no se ha presentado ningún episodio recientemente. Además, un neurólogo lo diagnosticó con un retraso en el desarrollo ligero. Acudieron con una neuropsicóloga que les suspendió la ingesta de ciertos alimentos que aumentaban la hiperactividad como los lácteos, azúcares o alimentos procesados. El niño acudía a terapia de lenguaje junto con sesiones de psicoterapia, sin embargo, por cuestiones económicas y problemas de salud se suspendieron ambos procesos. Los padres procuran que el niño realice actividades físicas para bajar los niveles de hiperactividad.

En el ámbito escolar, los padres reportan haber recibido reportes de mala conducta desde la guardería hasta la actualidad. En la educación primaria, reportan que no quiere realizar las actividades o no las termina, presenta poca atención, tiene dificultad para aprender, presenta mala conducta y no sigue las instrucciones dadas. Durante las clases presenciales la maestra lo mantenía apartado del grupo dadas sus conductas y problemas de inatención. Los padres reportan que, tras la pandemia, el niño estuvo casi dos años sin interacción con otros infantes, además, manifiestan que los problemas de aprendizaje y la indisposición de realizar actividades relacionadas a la educación persisten.

Durante la entrevista el niño se presentó emocionado y con buena actitud. Fue hiperactivo y hablaba con frecuencia, en algunas ocasiones no era comprensible el mensaje que quería transmitir debido a los problemas de articulación. Se presentó con una alta exigencia de atención de los terapeutas y los padres, generando la molestia de los últimos por las interrupciones que se propiciaban. Durante el juego se mostró muy efusivo y en varias ocasiones salían a relucir autocríticas fuertes a sus capacidades, sobre todo cuando se presentaban respuestas negativas de sus padres, se identificó que algunas de las conductas disruptivas del niño eran resultado de la crítica y la atención negativa que le prestaban los padres.

#### Caso 4

Niña de 8 años, cursando primero de primaria. Vive con ambos padres y su hermana menor de 5 años. Los padres mencionan que llevan una buena relación con la niña, su madre dejó de trabajar para cuidar a las niñas, el padre no convive mucho con ellas debido al trabajo. De la misma forma, tiene una buena relación con su hermana, aunque esta última tiende a manipularla constantemente. Los padres reportan que, dentro de la sintomatología, lo que más destaca es la hiperactividad, el retraso en el lenguaje, lo rápido que pierde el interés en las actividades que realiza, los constantes accidentes como caerse a causa de su desatención, algunos rasgos oposicionistas, de impulsividad y poca tolerancia a la frustración. Los padres la describen como una niña en constante movimiento, con baja autoestima, alegre y buena hermana.

Durante la entrevista los padres expresaron indirectamente llevar una relación de pareja de mucha comunicación y empatía, con facilidad llegan a acuerdos en su ejercicio parental y en general tienen una relación cordial y respetuosa. La madre tiende a la sobreprotección y usualmente hace las cosas por la niña para que esta no se frustre. El padre suele ser muy estructurado en las actividades que realiza con la niña. En los antecedentes familiares sobre salud mental, mencionan que el abuelo paterno tiene epilepsia y el abuelo materno padece de psoriasis nerviosa y sin antecedentes familiares de trastornos del neurodesarrollo.

El diagnóstico de la niña es de TDAH con comorbilidad con Retraso del Lenguaje y Trastorno del Aprendizaje secundario. Los tratamientos que ha llevado hasta ahora han sido farmacológicos, así como terapia cognitivo-conductual, de la cual reportan no haber observado cambios significativos en su sintomatología. Ha tomado terapia de lenguaje y regularización académica, aunque tampoco han visto avances significativos. Algunos profesionales de la salud mental, les han comentado que muestra ciertos rasgos del espectro

autista, pero no ha sido diagnosticada. Algunos de los síntomas del espectro autista que pudimos observar fueron; la falta de espontaneidad, nula tolerancia a sonidos fuertes, sonrisa forzada, sin capacidad de mantener conversaciones y falta de contacto ocular.

En el ámbito escolar, los padres mencionan que ha tenido dificultades para el aprendizaje, por lo que hicieron que repitiera primero de primaria y están pensando en que repita nuevamente, porque consideran que no está preparada para cursar 2do grado. Han tenido reportes de la maestra por su desatención, su hiperactividad y por altos niveles de frustración por la falta de comprensión en sus actividades escolares, por lo que la mayoría de las veces estas quedan inconclusas. En lo social, no suele tener actividades con sus pares, debido en gran parte a que los demás la apartan.

Durante la entrevista, la niña se presentó retraída, sin mucha interacción con los psicólogos, con un juego muy ordenado, separando por formas, tamaños y colores antes de llevar a cabo su construcción. Guarda silencio cuando su hermana impone sus ideas y suele seguirlas sin cuestionarlas. En cuanto a la parte disciplinar, sus padres mencionan que han aplicado ya durante un buen tiempo, “el rincón”, donde colocan a las niñas con tiempos impuestos por ellos, de acuerdo a la falta que hayan cometido. En su experiencia, las niñas responden bien a esta estrategia, incluso manifiestan cierto miedo a que se les envíe a este lugar.

#### Caso 5

Niño de 8 años, cursando el 3er año de primaria. Vive con ambos padres, un hermano mayor de 14 años y una hermana mayor de 15 años. Los padres mencionan que llevan una buena relación con el niño al igual que su hermano y hermana mayores. El niño suele tener diferencias con su hermano, suele convivir con la madre y no tanto con el padre por cuestiones de trabajo. Los padres reportan que dentro de la sintomatología que más destaca se encuentra la impulsividad, la hiperactividad, su desatención, dificultades en la lecto-escritura, inseguro de sus propias ideas, altos niveles de frustración, explosivo y perfeccionista. Los padres lo describen como obediente, con baja autoestima, metódico, amable, calmado y noble.

Durante la entrevista, los padres expresaron que llevan una relación de pareja de apoyo, pero constantemente están en desacuerdo sobre cómo se ejerce la parentalidad con el niño. El padre menciona que la madre es demasiado sobreprotectora y ella dice que se ha dado cuenta de ello, pero no sabe cómo evitarlo. No tienen problemas de comunicación. En los antecedentes sobre salud mental, la madre ha sufrido de ansiedad y depresión mayor por la que tuvo que ser medicada y atendida psicológicamente. Un tío materno padece de alcoholismo que no ha sido tratado. La abuela materna también padeció ansiedad y depresión

mayor sin tratar. Una prima paterna fue diagnosticada con depresión y fue atendida con tratamiento psicológico y un primo paterno con esquizofrenia con tratamiento psiquiátrico.

El diagnóstico del niño es de TDAH con comorbilidad con Trastorno del Espectro Autista, retraso de desarrollo de dos años y problemas de motricidad gruesa. Los padres reportan que por algún tiempo sufrió de epilepsia. El niño ha sido medicado con metilfenidato con buenos resultados sobre la sintomatología del TDAH, ha acudido a períodos de regularización con avances pobres y los padres están pensando en llevar al niño a terapia de lenguaje y de aprendizaje.

En el ámbito escolar, los padres mencionan que ha tenido dificultades en el aprendizaje general, algunos profesores han recomendado trasladarlo a alguna escuela adecuada a sus particularidades, pero los padres consideran que no es necesario, pues están enfocados en que se solucione la parte de la autoestima y su falta de socialización y no están preocupados por la parte del conocimiento escolar. No suele terminar sus deberes y mamá le ayuda a terminarlos para cumplir en lo escolar. En lo social suele ser segregado por sus pares por su impulsividad y su dificultad para compartir sus ideas.

Durante la entrevista, el niño se presentó retraído, tímido, con poco intercambio de palabras y las pocas que hubo apenas eran audibles. No tiene problemas en comenzar a jugar con los psicólogos y en el juego se presenta tranquilo y sin gusto por las actividades motrices. Los padres mencionan que usualmente no hay disciplina en casa y las pocas veces que la hay, se hace a través de quitar privilegios.

#### Caso 6

Niño de 8 años, cursando 3ro de primaria. Vive con ambos padres y con su hermana mayor (13 años), siendo la madre la principal cuidadora de ambos niños. Se cuenta con una muy buena dinámica familiar. Con su hermana lleva una buena relación, la cual fue ligeramente deteriorada cuando ella entró a la adolescencia ya que la dinámica entre ambos cambió. Con el padre mantiene una relación cercana, sin embargo, dado el trabajo demandante que tiene este, puede pasar muy poco tiempo de calidad con él, lo cual ha generado, en ciertas ocasiones, problemas entre ellos. Con la madre mantiene una relación estrecha y con muy buena comunicación, dado el acompañamiento que le brinda en todas sus actividades.

Dentro de la sintomatología los padres reportan que es impulsivo, con problemas de socialización con sus pares. El niño prefiere estar con niños más pequeños o más grandes que él ya que ha experimentado segregación por parte de sus compañeros junto con las

familias de los mismos dados sus comportamientos. El niño presenta ciertos rasgos oposicionistas y desafiantes ante la autoridad, baja autoestima, obsesiones y perfeccionismo en las cosas que hace, presenta ciertos comportamientos autolesivos que se manifiestan ante la frustración, tiene movimientos estereotipados, es intolerante a ciertas texturas o sonidos y tiene problemas con la regulación emocional. Los padres lo definen como muy creativo, relatan que “toma las cosas de forma literal” y es muy cariñoso, sin embargo, puede cambiar su estado de ánimo con mucha facilidad, teniendo conductas muy agresivas y autolesivas.

Durante la entrevista los padres expresaron tener una buena relación de pareja, hay una constante comunicación entre ellos y con el resto de la familia, además, se presenta una coherencia en el estilo de crianza. En los antecedentes familiares sobre salud mental, mencionan que el padre padeció de depresión por un tiempo, por lo que tomó psicoterapia, la cual suspendió después de un tiempo, además manifiesta que hay días que presenta síntomas de ansiedad. La madre, manifiesta que a veces se siente afligida por la actividad del día, por el peso emocional y hay momentos en los cuales se siente muy sensible. La madre acudió a psicoterapia, que posteriormente suspendió, además, padece de migraña, la cual puede dejarla indispuesta por varios días. Por parte de la familia materna, una hermana de la madre está diagnosticada con depresión y ansiedad, una de las primas del niño está diagnosticada con TDAH con comorbilidad Oposicionista-Desafiante y otro primo está diagnosticado con TDAH, además, la abuela padece de depresión por lo que lleva un tratamiento farmacológico. Por parte de la familia paterna, el padre manifiesta que tanto su madre como algunos de sus hermanos y hermanas presentan síntomas de depresión, aunque no están diagnosticados.

El diagnóstico del niño es TDAH. Recibe tratamiento farmacológico, al principio recibió fármacos estimulantes para los síntomas del TDAH, pero presentó varios efectos secundarios, por lo que se acudió a fármacos alternativos. Actualmente, el niño recibe un antidepresivo, en dosis bajas, para los síntomas de depresión manifestados con la baja autoestima, y un antipsicótico, que le ayuda con el autocontrol del enojo. La neuropsiquiatra les recomendó suspender la ingesta de lácteos y mantener una dieta balanceada. Recientemente los padres informaron que el niño fue diagnosticado como comorbilidad del TDAH con el Trastorno del Espectro Autista, en niveles funcionales. Además, lleva un seguimiento neuropsiquiátrico, el cual les suspendió el consumo de los antidepresivos por los cambios en su autoestima. La madre lo lleva a natación tres veces a la semana como una actividad extracurricular, para bajar los índices de hiperactividad.

En ámbito escolar, a nivel académico no tiene problemas en el aprendizaje, sin embargo, en lo socioemocional, se presenta mucha segregación social, los niños lo separan y en algunas ocasiones los docentes realizan la misma conducta para evitar conflictos. No tiene amigos ni amigas en la escuela y no lo invitan a eventos sociales constantemente, debido a sus comportamientos “explosivos del enojo”, es decir, perder el autocontrol y por conductas relacionadas con la comprensión literal que tiene en el lenguaje. Llegó a presentar conductas agresivas con sus compañeros como respuesta a esta exclusión y burlas que le propiciaban por conductas estereotipadas o por ejercicios de regulación emocional que realiza.

Durante la entrevista se presentó un poco molesto debido a un accidente previo a la sesión, además, se presentaba tímido y reservado con todos lo que interactuaron con él ya que no intercambió mucho diálogo y no realizó contacto visual. Durante el juego, se presentó muy tranquilo, sin embargo, algo que se destacó fue un movimiento constante de una de sus piernas, habló en muy pocas ocasiones y se paró un par de veces para acercarse al vidrio para intentar ver al otro lado de la sala o nos hacían señales indicando que nos observaba.

Tabla de Características Demográficas y Clínicas de la Población						
	C1	C2	C3	C4	C5	C6
<b>Edad</b>	7 años	7 años	6 años	8 años	8 años	8 años
<b>Sexo</b>	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Masculino
<b>Diagnóstico Principal</b>	TDAH	TDAH	TDAH	TDAH	TDAH	TDAH
<b>Comorbilidad</b>	TDC	TOD	TC y TL	Retraso del Lenguaje y TAS	TEA y Problemas de Motricidad Gruesa	TEA
<b>Padres participantes</b>	Mamá / Papá	Mamá	Mamá / Papá	Mamá / Papá	Mamá / Papá	Mamá / Papá
<b>Estado Civil de los Padres</b>	Casados	Divorciada	Casados	Casados	Casados	Casados

Tabla 1. Características Demográficas y Clínicas de la población de la investigación. Trastorno del Desarrollo de la Coordinación Motora (TDC), Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), Trastorno Oposicionista Desafiante (TOD), Trastorno de Conducta (TC), Trastorno del Lenguajes (TL), Trastorno del Aprendizaje Secundario (TAS) y Trastorno del Espectro Autista (TEA).

## 6.2 Resultados Cuantitativos

- Resultados del Inventario de Conductas Infantiles de Eyberg (ICIE).
- Habilidades por Hacer y Conductas por Evitar de la Interacción Dirigida por el Niño o niña.
- Resultados de la Actividad Disciplinar en la Interacción Dirigida por el Padre o la Madre
- Resultados de la Escala de Connors para Padres versión Abreviada
- Resultados del Inventario de Conducta para Maestros Sutter-Eyberg Revisado
- Resultados de la Escala Connors para Maestros y Maestras Versión Abreviada

### 6.2.1 Resultados del Inventario de Conductas Infantiles de Eyberg (ICIE)

Las seis familias que participaron en este estudio disminuyeron sus puntajes tanto en el número como en la intensidad de los problemas de conducta. El promedio pre-tratamiento para la intensidad de los problemas (PTPIP) fue de  $146.64 \pm 34.70$  y el promedio post-tratamiento fue de  $82.75 \pm 26.12$  esta diferencia fue significativa ( $t= 5.94$  g.l.=10  $p<0.01$ ). Para los puntajes de la PTPIP individuales, se identificó una disminución importante, especialmente en los casos C1 (Madre: 195 en pre-tratamiento y 119 en post-tratamiento y Padre: 195 en pre-tratamiento y 87 en post-tratamiento), C2 (Madre: 137,107), C3 (Madre: 176, 50 y Padre: 176, 92) y C6 (Madre: 148, 94 y Padre:148,126), en los que la evaluación inicial mostró puntajes por arriba del umbral clínico (mayor a 131) y la evaluación final era menor a este, acercándose más al puntaje asociado a una conducta típica (menor a 131). Para los casos C4 (Madre: 107, 62 y Padre: 107, 61) y C5 (Madre: 112, 89 y Padre: 112, 53), si bien los puntajes iniciales en la primera evaluación arrojaron resultados por debajo del umbral clínico, se logró una disminución considerable a tomar en cuenta. Tabla 2 y Figuras 1 a 7.



Tabla Resultados del ICIE.															
Sesión		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Familias															
C1 Madre	PTPIP	195	216	206	188	139	164	117	122	131	123	125	107	119	
	PTPNP	30	34	34	33	25	27	22	7	10	5	6	6	3	
C1 Padre	PTPIP	195	174	171	158	151	152	130	100	93	80	85	92	87	
	PTPNP	30	34	34	34	34	28	24	18	13	15	17	14	16	
C2 Madre	PTPIP	137	170	180	109	120	96	120	104	96	102	94	85	107	
	PTPNP	27	24	25	23	22	21	20	19	17	22	16	22	22	
C3 Madre	PTPIP	176	184	118	109	88	89	86	98	103	69	70	62	50	
	PTPNP	30	30	28	8	23	21	29	25	26	22	19	17	10	
C3 Padre	PTPIP	176	101	103	106	116	103	107	116	128	86	94	93	92	
	PTPNP	30	16	20	16	18	8	13	18	12	11	12	9	8	
C4 Madre	PTPIP	107	134	133	102	118	112	95	84	85	85	71	75	62	
	PTPNP	12	15	18	0	0	0	2	6	6	3	0	0	4	
C4 Padre	PTPIP	107	101	96	91	93	89	82	82	73	67	70	71	61	
	PTPNP	12	10	8	9	0	10	6	4	8	6	4	5	5	
C5 Madre	PTPIP	112	132	142	104	115	112	94	89	100	90	115	100		
	PTPNP	20	6	24	21	22	23	17	22	29	19	24	19		
C5 Padre	PTPIP	112	132	115	98	89	77	72	67	69	67		66		
	PTPNP	20	6	14	18	12	8	5	6	3	4		5		
C6 Madre	PTPIP	148	135	130	113	101	94	97	104	100	93	97	99	96	94
	PTPNP	19	19	17	13	9	8	8	8	9	12	14	10	12	7
C6 Padre	PTPIP	148	140	153	124	119	132	120	127	127	128	121	124		126
	PTPNP	19	17	17	21	19	20	20	10	16	19	23	21		19

Tabla 2. Resultados del ICIE (Inventario de Conducta Infantil de Eyberg). PTPIP (Puntuación Total de la Percepción de la Intensidad de los Problemas) y PTPNP (Puntuación Total de la Percepción del Número de Problemas). Aplicado a los padres y madres antes de cada sesión de coaching de los casos C1 al C6.

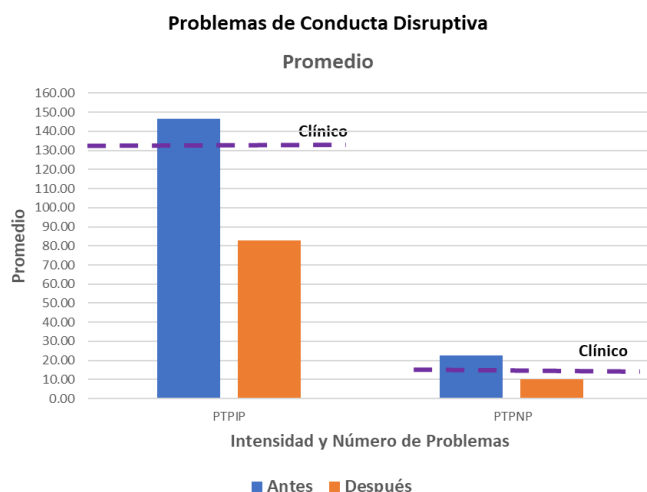


Figura 1. Promedio de la Intensidad y Número de Problemas del Inventario de Conducta Infantil de Eyberg (ICIE) de los casos participantes.

En lo referente a los problemas de conducta, se observa que el porcentaje de padres y madres que registraron puntajes clínicos en el ICIE, fue de un 81.81% para el PTPIP, tomando en cuenta la segunda medición, y de un 0% en el post-tratamiento y de un 81.81% pre-tratamiento y de 63.63% en el post-tratamiento. Tabla 3.

**Porcentaje de Padres/Madres con Puntajes Clínicos Pre y Post-Tratamiento de los Problemas de Conducta**

Intensidad y Número de Problemas de Conducta	% Padres/Madre con Puntaje Clínico Pre-Tratamiento	% Padres/Madres con Puntaje Clínico Post-Tratamiento
PTPIP	81.81%	0%
PTPNP	81.81%	63.63%

Tabla 3. Porcentaje de Padres y Madres con Puntaje Clínico Pre y Post-Tratamiento de los Problemas de Conducta.

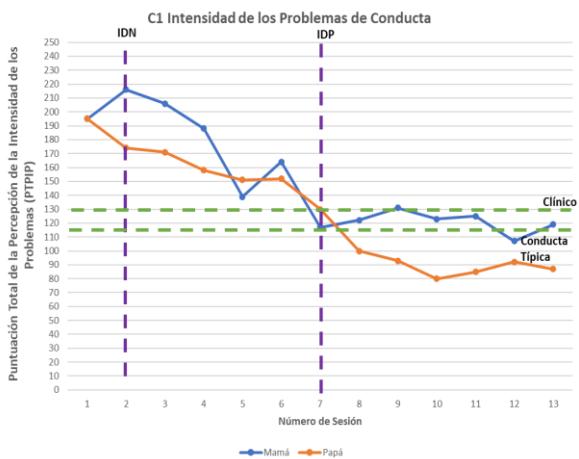


Figura 2: C1

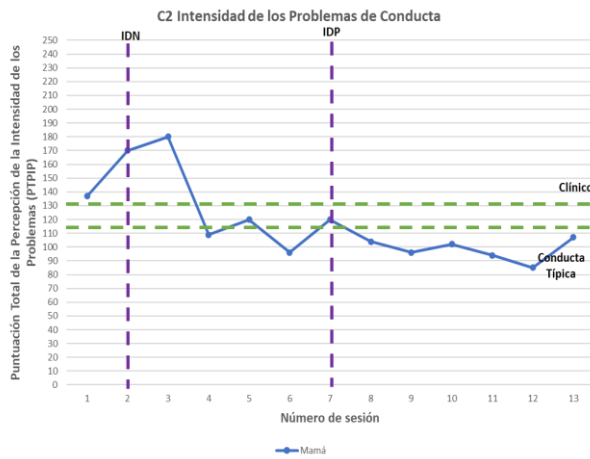


Figura 3: C2

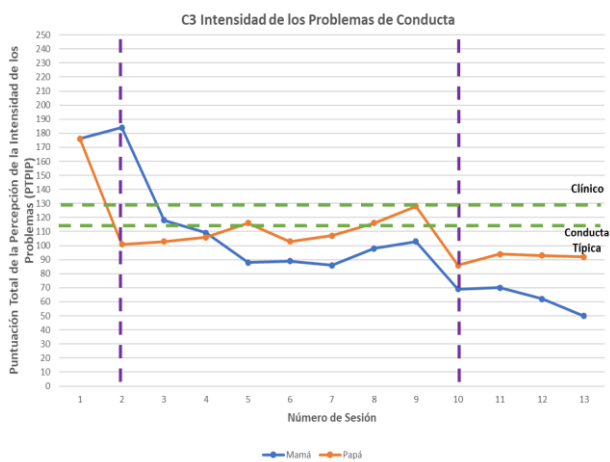


Figura 4: C3

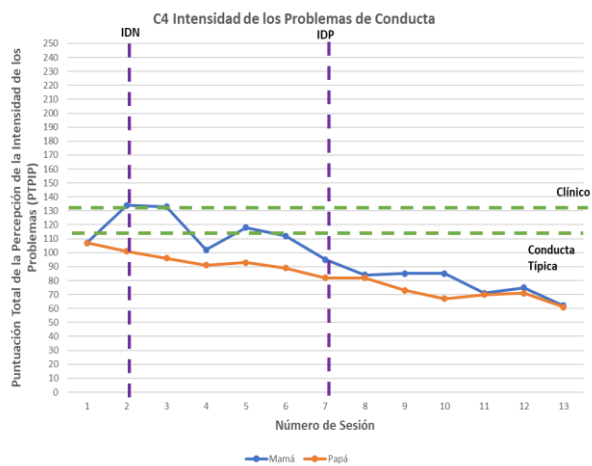


Figura 5: C4

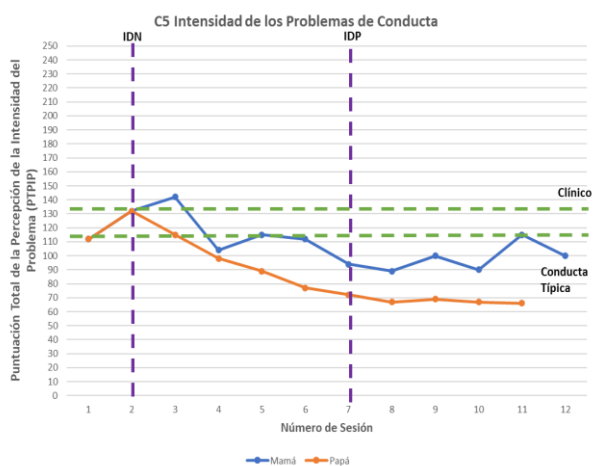


Figura 6: C5

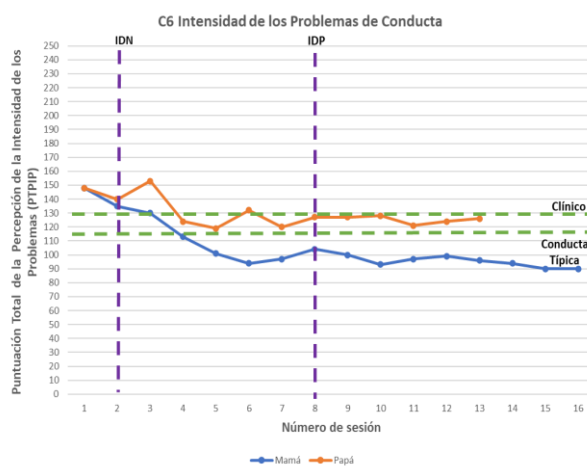


Figura 7: C6

Figura 2 - 7. Resultados de la Puntuación Total de la Percepción de la Intensidad del Problema (PTPIP) del Inventario de Conducta Infantil Eyberg (ICIE) del C1 al C6.

Para el número de problemas (PTPNP), el promedio pre-tratamiento fue de 22.64 con una desviación estándar de 7.09 y el promedio post-tratamiento fue de  $10.27 \pm 6.84$  esta diferencia fue significativa ( $t=4.85$  g.l.=10  $p<0.001$ ). En los puntajes para los PTPNP individuales, se identificó una disminución considerable en los casos C1 (Madre: 30, 3), C3 (Madre: 30,10 y Padre: 30, 8) C4 (Madre: 12, 4 y Padre: 12, 5), C5 en el caso del padre (Padre: 20, 3), y C6 en el caso de la madre (Madre: 19, 7). Tomando en cuenta que las evaluaciones iniciales arrojaron puntajes por arriba del umbral clínico (igual o mayor a 15) y las evaluaciones finales en su mayoría arrojaron puntajes asociados a una conducta típica (igual o menor a 14). Para el C1 (Padre: 30, 16) y C6 por parte del padre (Padre: 19, 19), y en los C2 (Madre: 27, 22) y C5 (Madre: 20, 16) por parte de la madre, mantuvieron un puntaje por encima de lo clínico en la evaluación post-tratamiento. Figura 1 y 8-13.

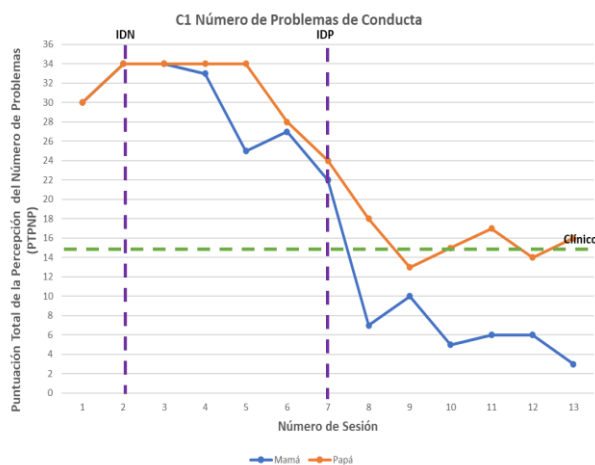


Figura 8: C1

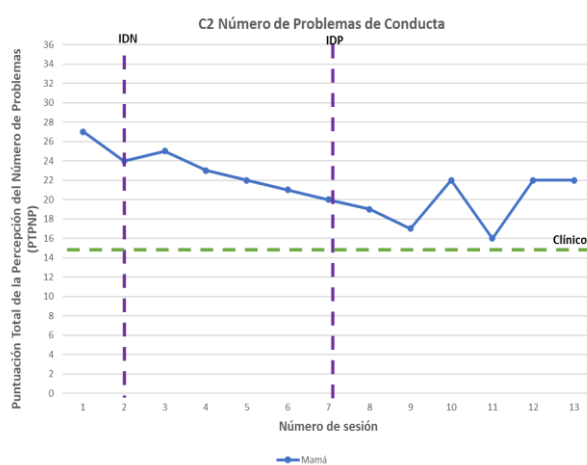


Figura 9: C2

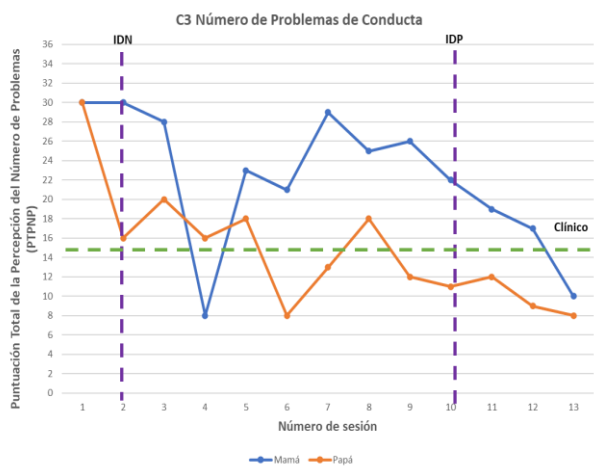


Figura 10: C3

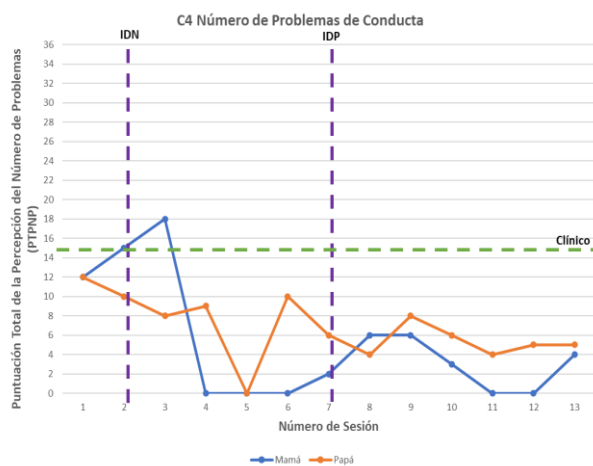


Figura 11: C4

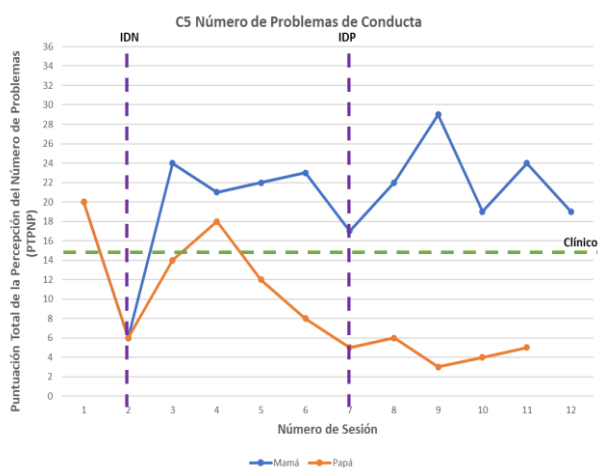


Figura 12: C5

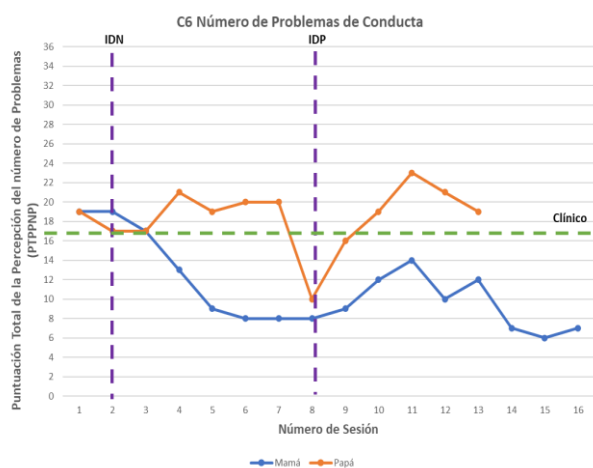


Figura 13: C6

Figuras 8 - 13. Resultados de la Puntuación Total de la Percepción del Número de Problemas (PTPNP) del Inventario de Conducta Infantil Eyberg (ICIE) en los casos C1-C6.

### 6.2.2 Habilidades por Hacer y Conductas por Evitar de la Interacción Dirigida por el Niño

En cuanto al trabajo de las familias durante el tratamiento, se buscaba obtener niveles de dominio en las distintas Habilidades por Hacer, siendo que el dominio se logra, obteniendo 10 Elogios Específicos (EE), 10 Descripciones (D) y 10 Parafraseos (P) durante los 5 minutos previos al entrenamiento en cada sesión, donde se aplicó el formulario del Sistema de Codificación de Interacción Diádica entre Padres-Hijos - III (SCIDPH-III). En las Conductas por Evitar el dominio se logra, obteniendo un puntaje igual o menor a 3, en Preguntas (P), Instrucciones (I) y/o Crítica y Sarcasmo (CS).

Para las Habilidades por Hacer, el promedio pre-tratamiento para los EE, fue de  $2.20 \pm 2.22$  y el promedio post-tratamiento fue de  $8.7 \pm 2.78$  esta diferencia fue significativa ( $t = -6.56$  g.l. = 10

$p < 0.001$ ). El promedio pre-tratamiento para las D, fue de  $0.59 \pm 0.71$  y el promedio post-tratamiento fue de  $7.09 \pm 4.01$  esta diferencia fue significativa ( $t = -5.14$  g.l.=10  $p < 0.001$ ). El promedio pre-tratamiento para los P, fue de  $0.48 \pm 0.53$  y el promedio post-tratamiento fue de  $8.64 \pm 3.58$  esta diferencia fue significativa ( $t = -7.57$  g.l.=10  $p < 0.001$ ). En cuanto a las Conductas por Evitar, el promedio para las P, fue de  $18.07 \pm 4.82$  y el promedio post-tratamiento fue de  $0.58 \pm 0.61$  esta diferencia fue significativa ( $t = 11.43$  g.l.=10  $p < 0.001$ ). El promedio pre-tratamiento para las I fue de  $19.39 \pm 14.01$  y un promedio post-tratamiento de  $0.14 \pm 0.23$  esta diferencia fue significativa ( $t = 4.52$  g.l.=10  $p < 0.001$ ). En cuanto a las CS, el promedio pre-tratamiento fue de  $5.39 \pm 5.16$ , y el promedio post-tratamiento fue de  $0.27 \pm 0.65$ , esta diferencia fue significativa ( $t = 3.2$  g.l.=10  $p < 0.009$ ). Tabla 4 y Figura 14.

Tabla de Resultados Habilidades EPIDE																										
Sesiones		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Familias		Habilidades por Hacer												Conductas por Evitar												
C1 Madre	EE	0	4	14	8	14	7.5	9	9.5	12	12	5.5	8	P	12.5	7	5.25	0.5	1.5	2.5	0	1	2	2	1.5	1
	D	0.25	1.5	4.5	2.5	3.5	2	6	2.5	5.5	3	3.5	6	I	24.25	3	0.75	0	0	0	0.5	0	0	0	0.5	0
	P	0.5	1.5	2.25	6	2.5	7	7	9	9	5.5	5	7.5	CS	5.25	3.5	0.25	0	1	0	0	0	1	0	0	0
C1 Padre	EE	0	5.5	3.5	10	9.5	8	9	10	13	10.5	6.5	8	P	18	7	9	1	1.5	1	0	1	2.5	1	1.5	0
	D	0	1	1.25	5.5	7.5	2	6.5	6	8	5.5	5	9	I	16	4	3	0	0	0.5	0	0	0	0	0.5	0
	P	0.75	2	1.75	2.5	3	5.5	4.5	9	8	5	6.5	7	CS	4.5	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C2 Madre	EE	1	8.5	8	12	12.5	12.5	8.5	5	9	10.66			P	19.5	1.5	0	0	0	1.5	1.5	1	0	0	0	0
	D	0	5	4	5.5	10	9.5	9.5	8	0.5	5	1		I	15.5	1	1.5	0	0	0	0	0	0	0	0.5	0
	P	0	1	0.5	3	5	3.5	3.5	0.5	0.5	1.5	10.33		CS	8.5	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0
C3 Madre	EE	0.5	2.5	1	3.33	2.5	6	6.5	9.5	7	8.5			P	23	5	3.5	2.66	1	1.5	0	0.5	0	0	0	0
	D	1	0	1	5	4.5	5	3.5	6.5	10.5	5.5			I	50	2.5	2	1	0.5	1	0	0.5	0	0	0	0
	P	1.5	2.5	4	6.33	0	8	10	7	18	4			CS	17.5	4	0	0	1.5	2	0	0	0	0	0	0
C3 Padre	EE	2.5	0	0	1	3.5	9.5	11	5.5	5	6			P	17	13	10	8.3	2	7.5	2.5	6	2.5	0.5		
	D	1.5	0	0.5	3.6	0.5	2.5	8	4	3	0.5			I	41	8	2.5	1.6	3	1.5	0.5	2.5	0.5	0		
	P	0	1	0	4	5	5.5	4.5	7	11	7			CS	11	1.5	2.5	0	0.5	0	0	1	0	1		
C4 Madre	EE	3.75	6	9	13	11	14.5	9	14	9.66	9			P	10	2	1.5	0	0	0	0	0.25	0.33	1		
	D	0.5	4.5	2.5	6	4	13	7	6	7.5				I	6.25	0	1.5	0	0	0	0	1	0.25	0	0	0
	P	1	1	1.5	2.5	3.5	5	9	4.8	13	12.7			CS	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C4 Padre	EE	7	12	16	13	9.5	9	15	16	10.33	9			P	16.25	0	0	0	1	0	0	0	0.66	0		
	D	1.75	9	9	10.5	8	9.5	13.5	7	8	10			I	18.25	1	1.5	0	0	0	0	0	0.5	0	0	0
	P	0.5	7.5	3.5	4.5	7.5	8.5	6	9.5	12.33	15			CS	4	1	0	0	0	0	0	0.5	0.66	0		
C5 Madre	EE	1.5	2	9.5	6.6	9.3	16	11	8					P	19	3	6	1.66	0	1	1.66	1				
	D	0	2	8.5	5.66	10	10.3	8	4.5					I	13	2	0	0	0	0	0	0.33	0			
	P	0	5	0	1.33	0	7	1.66	2.5					CS	3	3	1	0	0	0.33	1	0				
C5 Padre	EE	1	3.5	12	8.5	8.66	7.66	17.5	9.5					P	16	4	5.5	6.25	4.5	3	2.66	3				
	D	0	4.5	5.5	6.25	8	9.66	9.33	13					I	12	4.5	0	1.75	0.33	3	0	0.5				
	P	0	0	2.5	0	0	1.6	0.66	2					CS	0.5	1	0	1	0	1	0.33	0				
C6 Madre	EE	5	8.3	14.5	8	9.5	14	18.5	21	11	9	13		P	28	3	2	2.66	1	0.5	1	0	0	1	0.5	
	D	1.5	4.5	4.5	5.66	6	7.6	11	8.5	7.5	10	8		I	9.5	0	0	1.66	0	0	0	0	0	0	0	0.5
	P	1	2.3	5	3	8.5	7.5	14	7.5	7.5	7.5	12		CS	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C6 Padre	EE	2	1	9	1.33	3	4	7	4.5	2.5				P	19.5	3	2	3.66	3	2	0	2	0			
	D	0	2	4	1	7.5	2.5	6	1.5	5.5				I	7.5	0	0	0.33	0	0	0	0	0	0		
	P	0	0.5	0.5	2.66	2	7.5	5	6	6				CS	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2		

Tabla 4: Tabla de Resultados de Habilidades EPIDE. Habilidades por Hacer: Elogio Específico (EE), Descripción (D) y Parfraseo (P). Y Conductas por Evitar: Preguntas (P), Instrucciones (I) y Crítica y Sarcasmo (CS).

Promedio de las Habilidades por Hacer y Conductas por Evitar de la Interacción Dirigida por el Niño

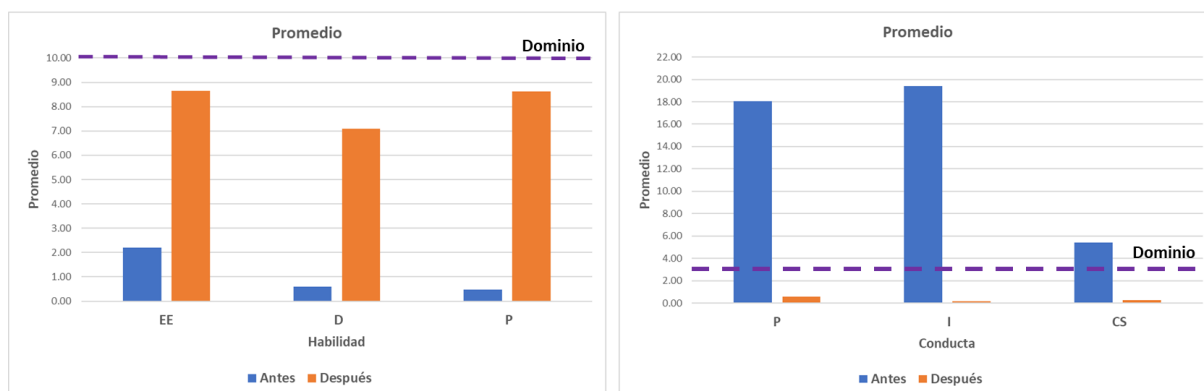


Figura 14: Promedio de las Habilidades por Hacer. EE (Elogios Específicos), D (Descripción) y P (Parfraseo) y Conductas por Evitar de la Interacción Dirigida por el Niño (IDN). P (Preguntas), I (Instrucción) y CS (Crítica y Sarcasmo).

El dominio de estas habilidades puede observarse en el porcentaje de padres y madres que alcanzaron el dominio a lo largo del tratamiento, podemos observar que para los EE, el 81.81% de los padres y madres logró el objetivo de aprendizaje de esta habilidad. En las D, el 63.63% de los padres y madres logró el dominio y en el P, sólo el 54.54% de los padres lo logró. En cuanto a las conductas por evitar, el 90.90% de los padres y madres logró niveles de dominio tanto en las P, las I y la CS. Tabla 5.

Porcentaje de Padres/Madres con Dominio Post-Tratamiento

Habilidades por Hacer			Conductas por Evitar		
Habilidad	% Padres/Madre con Dominio Pre-Tratamiento	% Padres/Madres Con Dominio Post-Tratamiento	Conducta	% Padres/Madre con Dominio Pre-Tratamiento	% Padres/Madres Con Dominio Post-Tratamiento
EE	0%	81.81%	P	0%	90.90%
D	0%	63.63%	I	0%	90.90%
P	0%	54.54%	CS	0%	90.90%

Tabla 5. Porcentaje de Padres y Madres con Dominio Pre y Post-Tratamiento de las Habilidades por Hacer, EE (Elogios Específicos), D (Descripción) y P (Parfraseo) y de las Conductas por Evitar, P (Preguntas), I (Instrucciones) y CS (Crítica y Sarcasmo) de la Interacción Dirigida por el Niño (IDN).

En el C1, el primer dominio se observó en los EE, para ambos padres. En el caso de las D y los P, ninguno de los padres alcanzó el puntaje deseado para el dominio de las habilidades. La dificultad que encontraron los padres al momento de hacer uso de estas habilidades fue, en el caso de las D, la constante molestia que le provocaba al niño la descripción de sus actividades, teniendo el mismo efecto en el parfraseo, además de que en muchas de las ocasiones su lenguaje expresivo era acelerado, dificultando su comprensión, sin embargo, se tomó en cuenta el desempeño de los padres durante el tiempo de entrenamiento, para no exigir los puntajes de dominio en estas habilidades. En las Conductas por Evitar, para la cuarta

sesión los padres alcanzaron puntajes de dominio y se mantuvieron así hasta el final de la intervención. Figura 15 y 16.

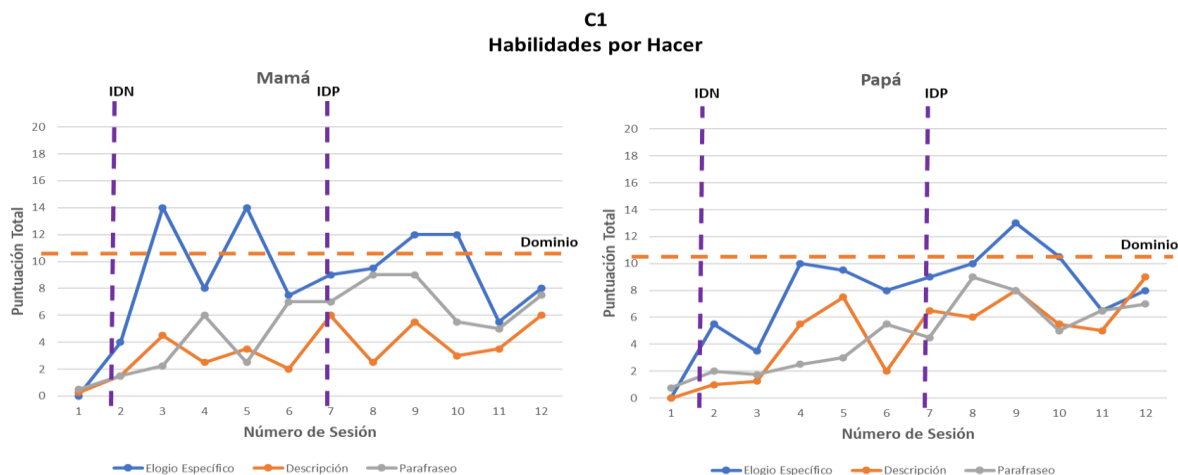


Figura 15. Puntuación Total de las Habilidades EPIDE Por Hacer a lo largo de la intervención del C1.

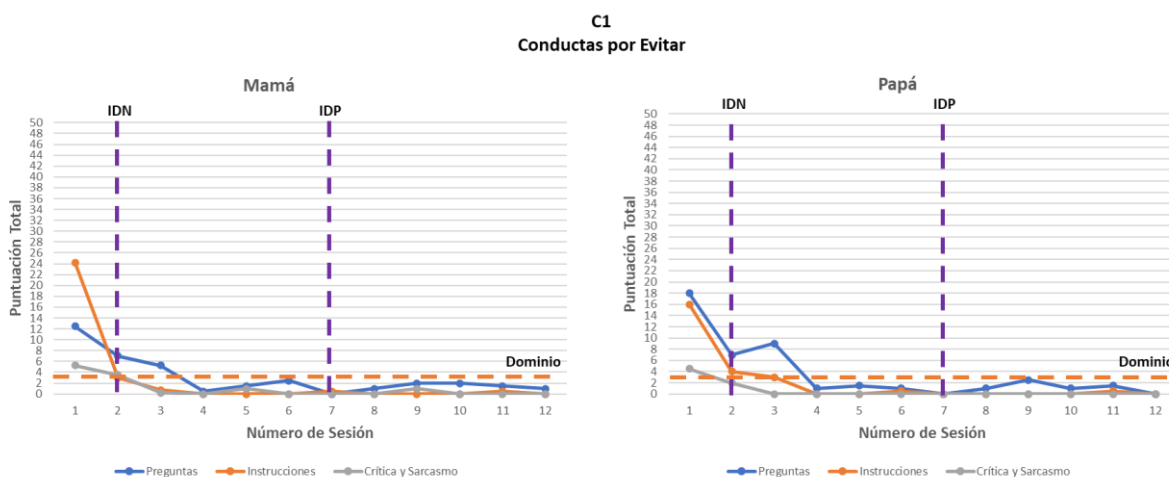


Figura 16. Puntuación Total de las Conductas por Evitar a lo largo de la intervención del C1.

En el C2, se observó que la madre logró alcanzar puntajes de dominio en los EE y en la D, pero no así en el P. Desde el comienzo del tratamiento, la niña mostró rechazo absoluto por los EE, reaccionando negativamente a estos a lo largo de la intervención. La dificultad para encontrar el dominio de P, fue debido a que la niña, para no perder la concentración en la actividad del momento, procuraba no hablar con frecuencia, porque al hacerlo se distraía y perdía la concentración en el juego, dificultando que la madre hiciera uso del parafraseo. En las Conductas por Evitar, la madre alcanzó el dominio desde la tercera sesión y se mantuvo así hasta el final de la intervención. Figura 17.

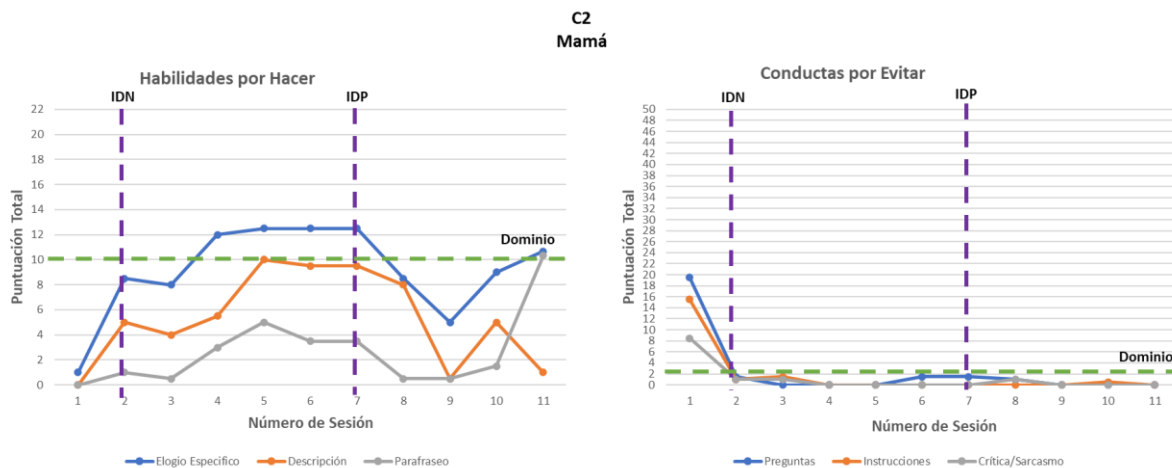


Figura 17. Puntuación Total de las Habilidades EPIDE Por Hacer y Puntuación Total de las Conductas por Evitar a lo largo de la intervención del C2.

En el C3, en este caso se requirió de 9 de las 5 sesiones sugeridas para el trabajo de la IDN, para lograr el dominio de algunas de las habilidades. El primer dominio alcanzado, fue en los EE para ambos padres en la sesión 7. En el caso de las D, la madre logró el dominio hasta la sesión 9 y el padre no alcanzó estos puntajes. Para el caso del P, el dominio se logró hasta la sesión 9 por parte del padre y la madre no logró alcanzar este objetivo, sin embargo, se tomó en cuenta el trabajo realizado durante el entrenamiento. En las sesiones posteriores, los padres no lograron mantener el dominio de las habilidades. En las Conductas por Evitar, la madre alcanzó en la cuarta sesión puntajes de dominio, mientras que el padre lo logró hasta la décima sesión y se mantuvieron así hasta el final. Figura 18 y 19.

Es importante mencionar que se observó un declive, tanto en las Habilidades por hacer como en las Conductas por Evitar, como resultado del estado anímico de los padres, ya que en las últimas sesiones la madre mostró señales de síntomas de depresión y cansancio extremo por su actividad laboral.

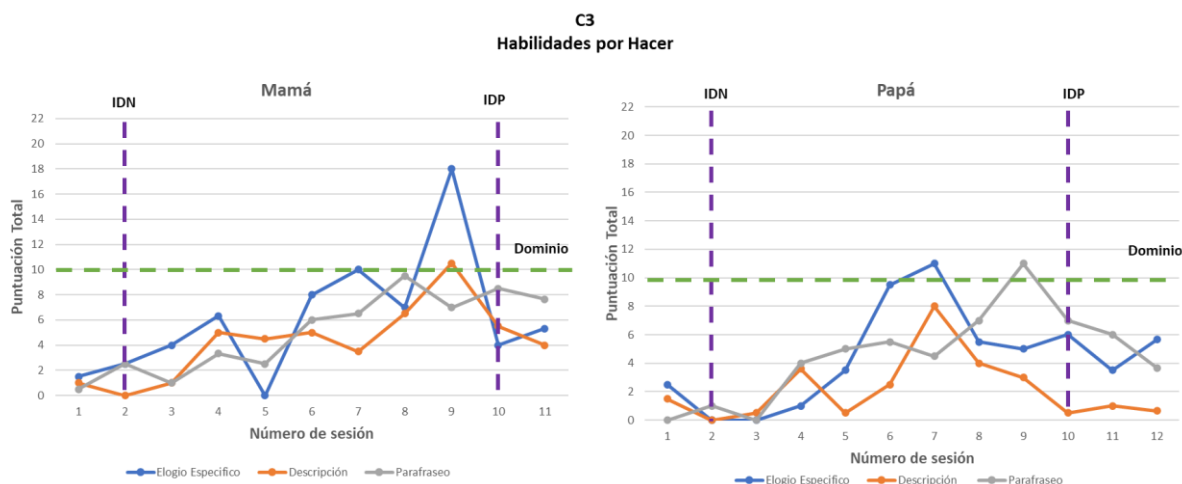




Figura 18. Puntuación Total de las Habilidades EPIDE Por Hacer a lo largo de la intervención del C3.

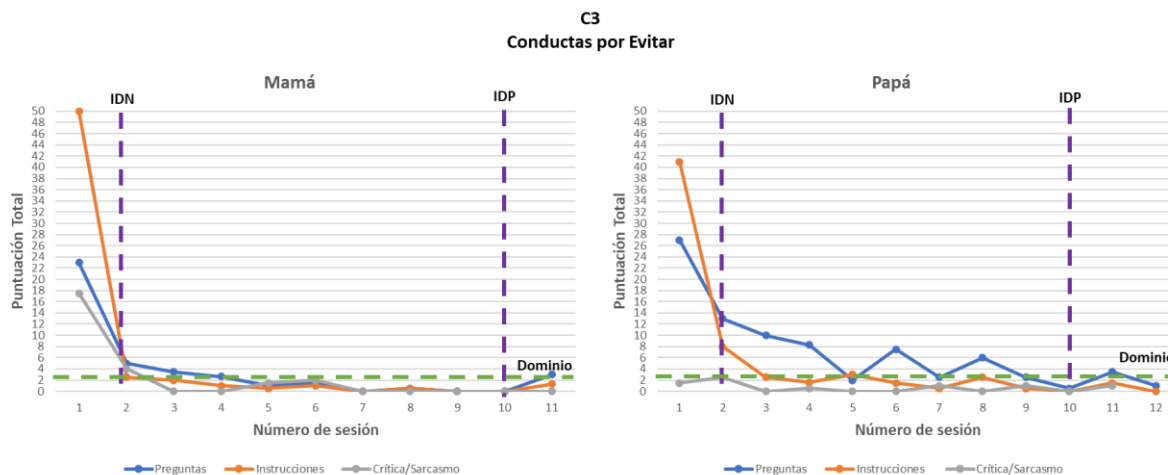


Figura 19. Puntuación Total de las Conductas por Evitar a lo largo de la intervención del C3.

En el C4, el primer dominio alcanzado por ambos padres fueron los EE, en caso de la madre en la sesión 4 y en caso del padre en la sesión 3. En las D, el padre logró el dominio en la sesión 4, mientras que la madre lo hizo hasta la sesión 7. En el P, ambos padres lograron el dominio hasta la sesión 9, sin embargo, se tomó en cuenta el trabajo realizado durante el entrenamiento. La dificultad para encontrar el dominio del P, fue debido a las dificultades del lenguaje expresivo en la niña, ya que la pronunciación resultaba incomprensible, dificultando así la tarea de los padres para hacer uso de esta habilidad. En cuanto a las Conductas por Evitar, ambos padres alcanzaron el dominio rápidamente, desde la segunda sesión, y se mantuvieron así hasta el final. Figura 20 y 21.

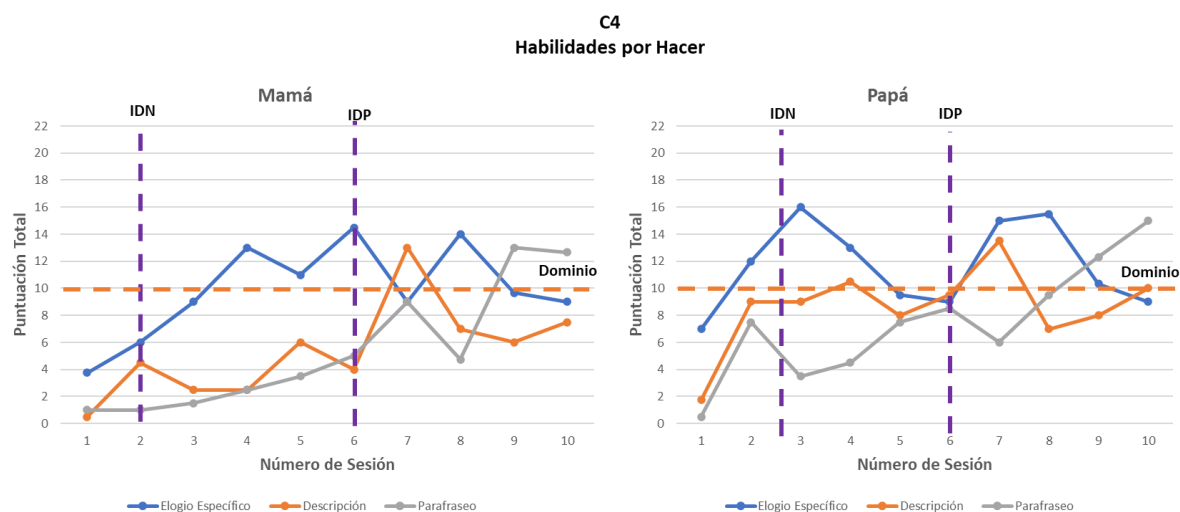


Figura 20. Puntuación Total de las Habilidades EPIDE Por Hacer a lo largo de la intervención del C4.

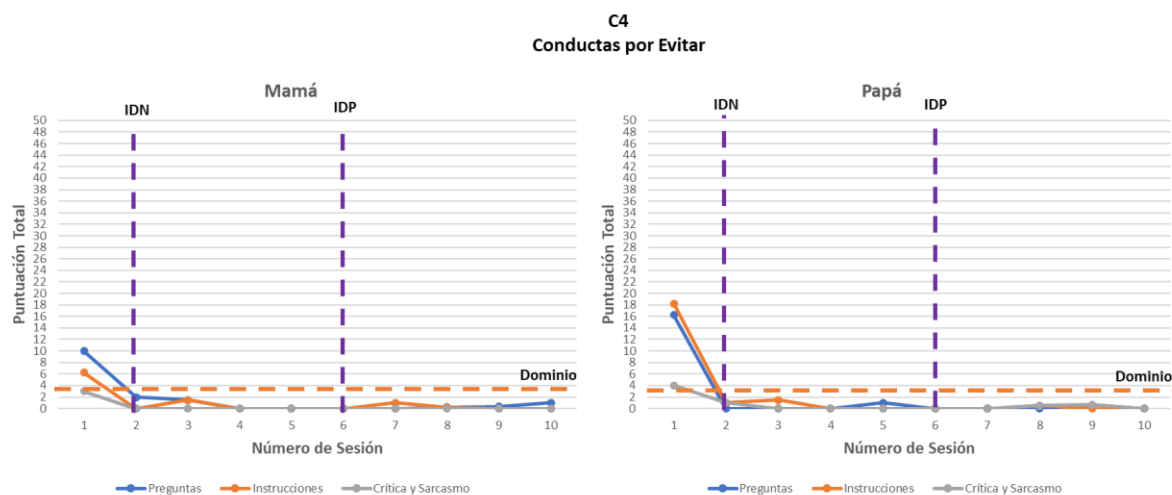


Figura 21. Puntuación Total de las Conductas por Evitar a lo largo de la intervención del C4.

En el C5, la madre alcanzó el dominio de los EE hasta la sexta sesión, mientras que el padre lo logró en la tercera. En cuanto a las D, la madre alcanzó el dominio en la quinta sesión y el padre hasta la sexta. Para el parafraseo resultó más difícil a ambos padres alcanzar los puntajes de dominio, debido en gran medida a que el niño no hablaba con frecuencia, durante el juego tenía pocas verbalizaciones, debido a que así mantenía la atención en el juego y lograba niveles de ésta, mucho más prolongados. Las pocas veces que verbalizó, lo hizo en un tono de voz muy bajo, apenas perceptible, por lo que a los padres se les dificultó seguirlo. Esto cambió al final de la terapia, pues el niño comenzó a hablar más, pero los padres no lograron alcanzar el dominio de esta habilidad. Los padres no lograron mantener los puntajes de dominio en todas las sesiones. En cuanto a las Conductas por Evitar, la madre logró el dominio de estas habilidades en la cuarta sesión, pero el padre nunca logró el dominio, sin embargo, se tomó en cuenta el desempeño de ambos padres durante el proceso de entrenamiento. Figura 22 y 23.

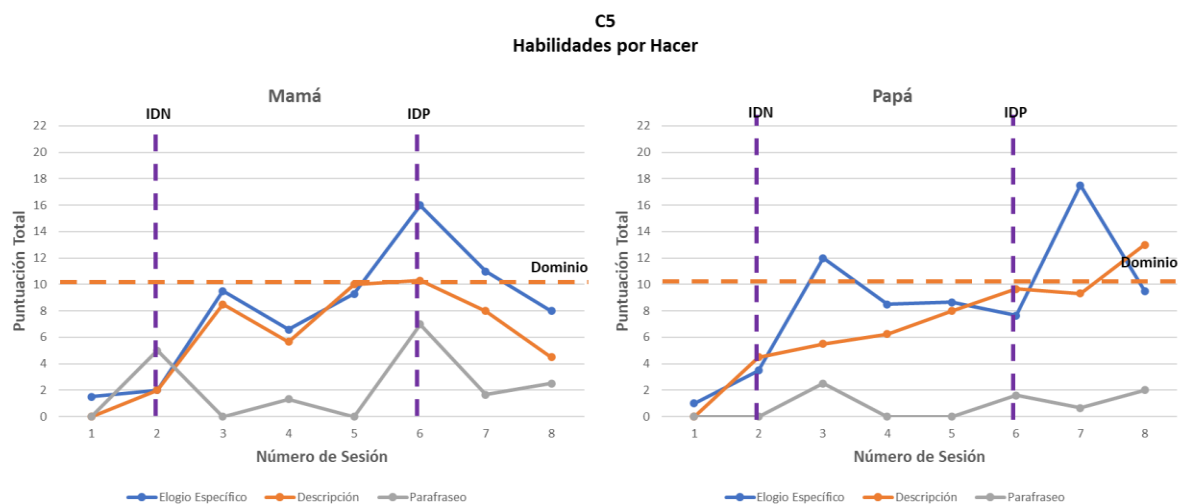


Figura 22. Puntuación Total de las Habilidades EPIDE Por Hacer a lo largo de la intervención del C5

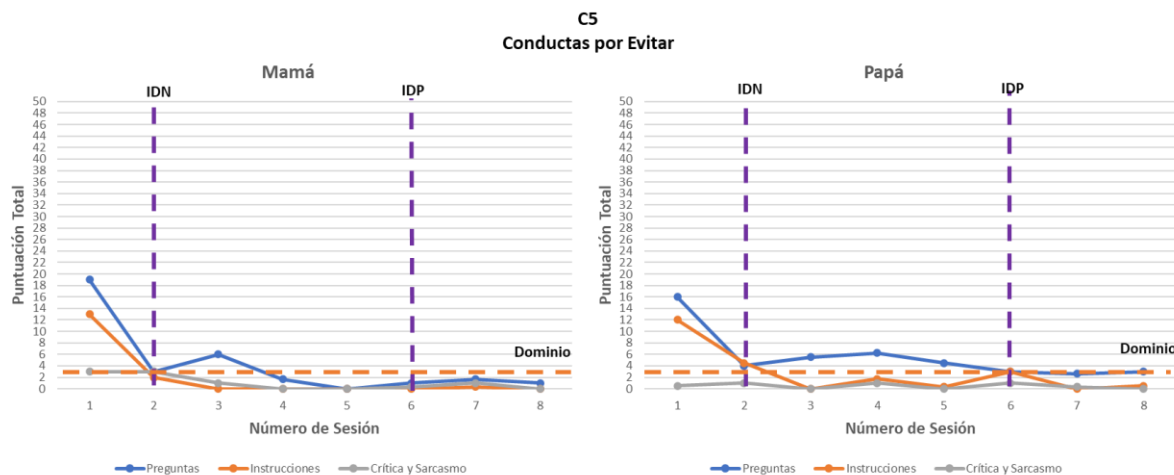


Figura 23. Puntuación Total de las Conductas por Evitar a lo largo de la intervención del C5.

En el C6, se observó que la madre logró el dominio de los EE en la tercera sesión, mientras que en las habilidades de la D y el P llegó a su dominio hasta la sesión 7, sin embargo no se mantuvo a lo largo de la intervención. En el caso del padre, no se llegó al dominio de las habilidades a lo largo de la intervención, pero se tomó en cuenta su desempeño en el tiempo de entrenamiento. Se identificó que el padre no alcanzó los niveles de dominio.. En cuanto a las Conductas por Evitar, ambos padres lograron los niveles de dominio de estas habilidades en la segunda sesión, sin embargo, ambos padres se elevaron un poco en el puntaje de la cuarta sesión, para posteriormente alcanzar nuevamente el dominio y mantenerlo a lo largo de la intervención. Figura 24 y 25.

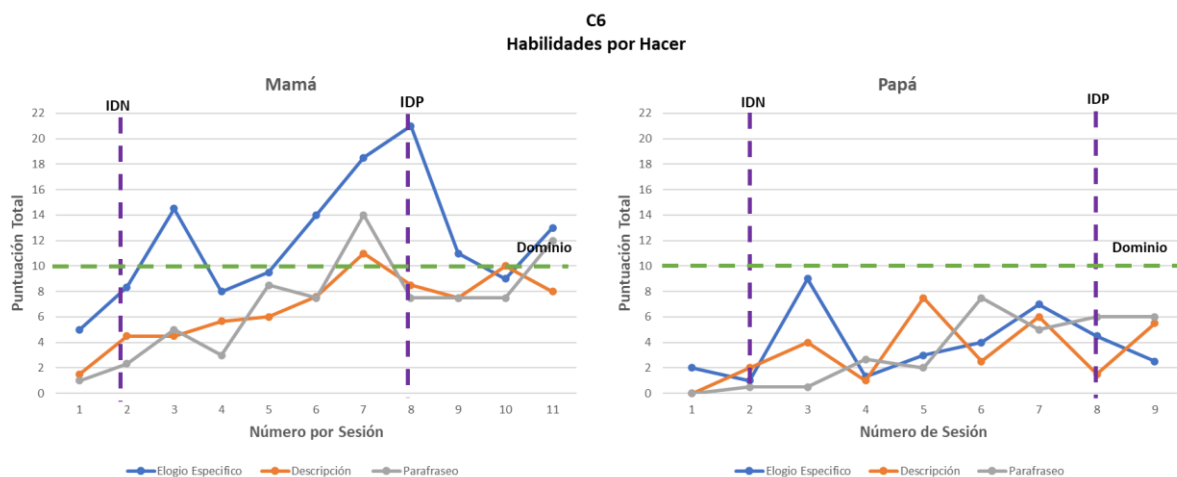


Figura 24. Puntuación Total de las Habilidades EPIDE Por Hacer a lo largo de la intervención C6.

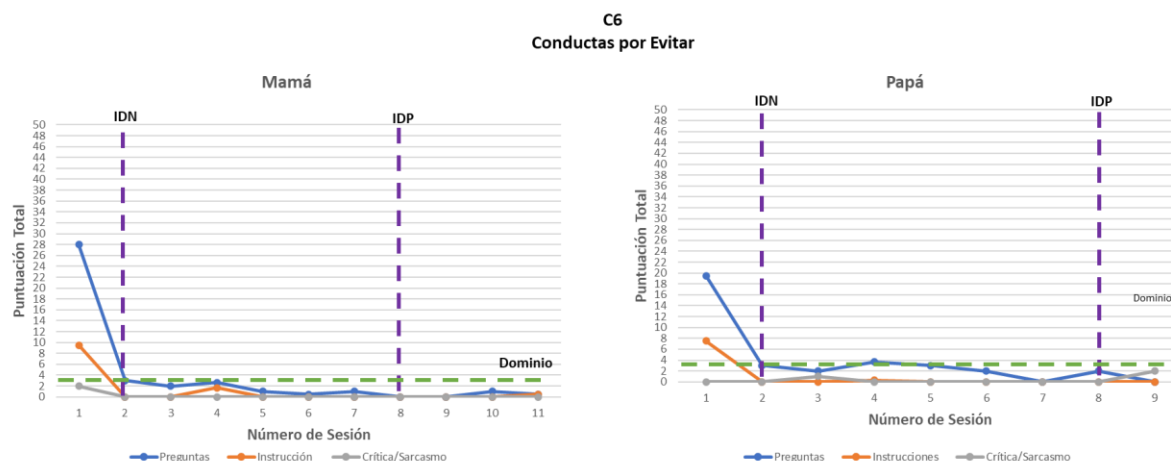


Figura 25. Puntuación Total de las Conductas por Evitar a lo largo de la intervención C6.

### 6.2.3 Resultados de la Actividad Disciplinar en la Interacción Dirigida por el Padre o la Madre

Durante la segunda etapa de la TIPH se busca que el padre y/o la madre, lideren la interacción con el niño o niña a través de una secuencia de disciplina. La secuencia inicia con una Instrucción Eficaz (IE), compuesta por una Razón, palabras de amabilidad y respeto, en este caso “Por Favor” y una Instrucción Específica. Se busca que en los 5 minutos previos al entrenamiento los padres logren dar un Número de Instrucciones (NI) en este caso 4 con la estructura mencionada, seguida de un Elogio Específico (EE), en caso de que el niño o niña llegue al Cumplimiento (C) con lo que se le ha solicitado. En caso de que el niño o niña no cumpla con la instrucción que se le ha dado, la secuencia de Seguimiento (SE) que se le pide al padre o a la madre es una Advertencia, seguida de un tiempo para que el niño o niña cumpla. De cumplir, se espera que los padres den un EE, de no ser así, se le llevará a la Silla del Tiempo Fuera donde deberá permanecer 3 minutos más 5 segundos de silencio, al salir, será llevada/o a cumplir la instrucción. De escapar de la Silla del Tiempo Fuera, será llevado a la Habitación del Tiempo Fuera, donde deberá permanecer 1 minuto más 5 segundos de silencio, una vez pasado este tiempo, será llevado nuevamente a la Silla del Tiempo Fuera y finalmente al cumplimiento. El objetivo de dominio de esta segunda etapa es que los padres y madres cumplan al menos con un 75% del NI, y un 75% de las IE. Que después del C haya al menos un 75% de EE y un 75% de SE sobre toda la secuencia disciplinar, que va acompañada de diálogos específicos que se les enseñan a los padres en esta segunda parte. Los resultados obtenidos por la muestra se presentarán en números decimales en lugar de porcentajes siendo el 1.0 el 100%. Los resultados en la IDP, son evidencia de la comprensión tanto del niño o niña como de la madre o el padre, de que hay momentos en los que el niño o niña puede dirigir, pero hay otros momentos en los que debe atender.

Para la Actividad Disciplinar el promedio del NI pre-tratamiento es de  $0.80 \pm 0.19$ , para el post-tratamiento se obtuvo un promedio de  $0.93 \pm 0.25$ , esta diferencia no fue significativa estadísticamente ( $t = -1.74$  g.l.=10  $p = 0.111$ ). El promedio pre-tratamiento de las IE, fue de  $0.87 \pm 0.11$  y el promedio post-tratamiento fue de  $1.0 \pm 0.4$ , esta diferencia no fue significativa estadísticamente ( $t = -2.65$  g.l.=10  $p = 0.024$ ). El promedio de C pretratamiento es de  $0.97 \pm 0.10$  y el promedio post-tratamiento fue de  $0.98 \pm 0.08$ , esta diferencia no fue significativa estadísticamente ( $t = -0.18$  g.l.= 10  $p = 0.857$ ). El promedio de los EE junto con el S es de  $0.56 \pm 0.34$ , para el final del tratamiento tanto para los EE y el S se obtuvo  $0.70 \pm 0.18$ , esta diferencia no fue significativa estadísticamente ( $t = -1.17$  g.l.=10  $p = 0.266$ ). Tabla 6 y Figura 26.

Resultados Actividad Disciplinar IDP C1-C6													
Sesiones		1	2	3	4	5	Sesiones		1	2	3	4	5
Familias	%					Familias	%						
C1 Madre	NI	75%	100%	100%	75%	50%	C1 Padre	NI	100%	75%	100%	50%	75%
	IE	89%	83.50%	100%	89%	100%		IE	75.25%	77.33%	100%	83.50%	88.66%
	C	100%	100%	100%	100%	100%		C	100%	100%	100%	100%	75%
	EE	66.66%	50%	100%	66.66%	50%		EE	75%	33.33%	100%	100%	66.66%
	SE	66.66%	50%	100%	66.66%	50%		SE	75%	33.33%	100%	100%	66.66%
C2 Madre	NI	50%	75%	75%	75%								
	IE	83.50%	100%	100%	100%								
	C	100%	100%	67%	100%								
	EE	50%	66.66%	100%	100%								
	SE	50%	66.66%	100%	100%								
C3 Madre	NI	75%	75%	75%			C3 Padre	NI	50%	100%	100%		
	IE	89%	77.66%	100%				IE	66%	91.50%	100%		
	C	67%	100%	100%				C	100%	100%	100%		
	EE	100%	33.33%	66.66%				EE	0%	50%	50%		
	SE	100%	33.33%	66.66%				SE	0%	50%	50%		
C4 Madre	NI	75%	50%	100%	100%	100%	C4 Padre	NI	100%	100%	100%	100%	100%
	IE	78%	100%	100%	100%	100%		IE	91.75%	100%	100%	100%	91.75%
	C	100%	100%	100%	100%	100%		C	100%	100%	100%	100%	100%
	EE	0%	100%	75%	75%	100%		EE	50%	0%	100%	100%	75%
	SE	0.00%	100%	75%	75%	100%		SE	50%	0.00%	100%	100%	75%
C5 Madre	NI	100%	100%	100%			C5 Padre	NI	100%	100%	150%		
	IE	100%	91.75%	100%				IE	100%	91.75%	94.50%		
	C	100%	100%	100%				C	100%	100%	100%		
	EE	75%	50%	75%				EE	100%	50%	66.66%		
	SE	75%	50%	75%				SE	100%	50%	66.66%		
C6 Madre	NI	75%	75%	100%	75%	100%	C6 Padre	NI	75%	25%	100%	100%	
	IE	100%	89%	91.75	100%	100%		IE	89%	100%	100%	91.75%	
	C	100%	100%	100%	100%	100%		C	100%	100%	100%	100%	
	EE	66.66%	66.66%	50%	66.66%	75%		EE	33.33%	0%	25%	50%	
	SE	66.66%	66.66%	50%	66.66%	75%		SE	33.33%	0%	25%	50%	

Tabla 6. Resultados de la Actividad Disciplinar IDP de los casos C1 al C6. IE (Instrucción Eficaz), NI (Número de Instrucciones), C (Cumplimiento), EE (Elogio Específico) y SE (Seguimiento).

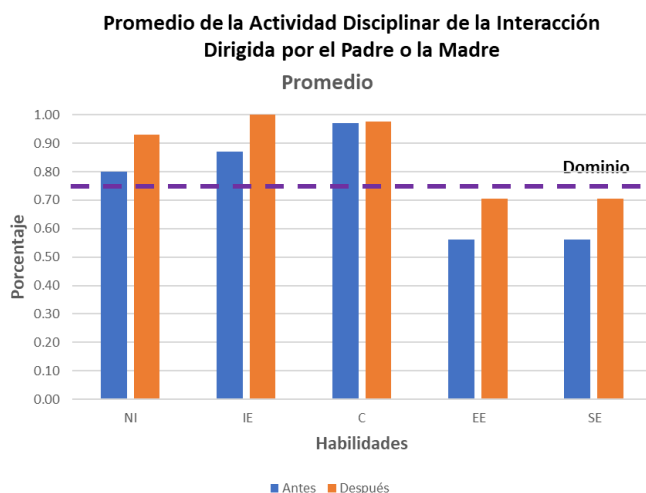


Figura 26: Promedio de la actividad disciplinar IDP de los casos C1 al C6. IE (Instrucción Eficaz), NI (Número de Instrucciones), C (Cumplimiento), EE (Elogio Específico) y SE (Seguimiento).

Dentro del porcentaje de dominio durante la actividad disciplinar, los padres y madres tuvieron un inicio alto en las NI con un 81.8% de dominio inicial y un 90.9% de dominio final, en las IE un inicial de 90.9% de dominio inicial y 100% de dominio final, en el C, un inicial de 90.9% y un final de 100%. Con porcentajes menores se observan los EE y el SE, con un inicial de 36.36% y un final de 63.63%. Tabla 7.

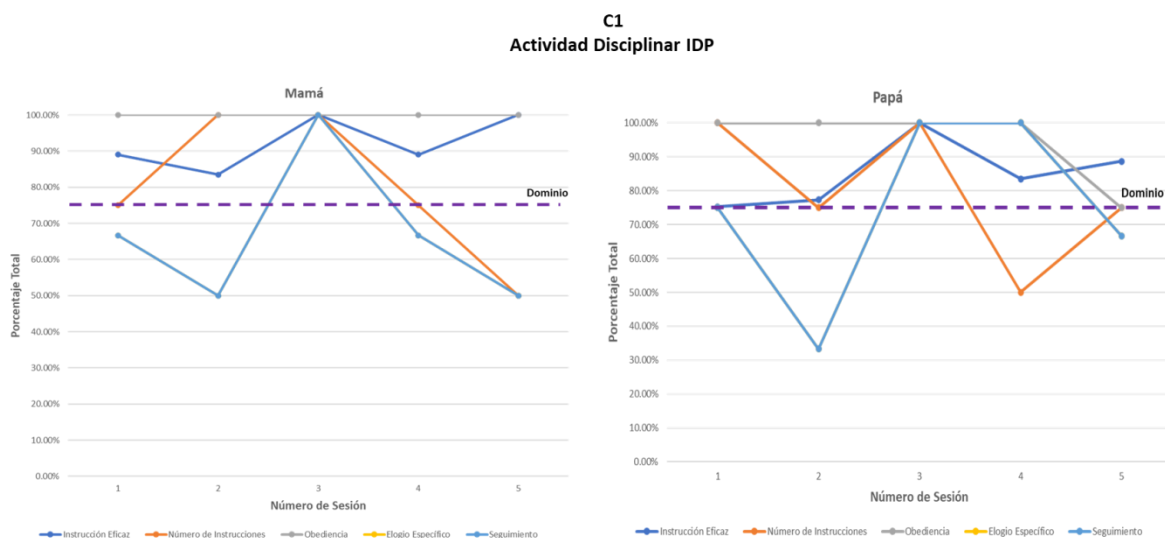
**Porcentaje de Dominio de la Intervención Disciplinar**

Habilidad	% Padres/Madre con Dominio Post-Teoría PDI	% Padres/Madres Con Dominio Post-Tratamiento
NI	81.81%	90.90%
IE	90.90%	100%
C	90.90%	100%
EE	36.36%	63.63%
SE	36.36%	63.63%

Tabla 7. Porcentaje de Dominio de la Intervención Disciplinar de la Interacción Dirigida por el Padre o Madre (IDP). NI (Número de Instrucciones), IE (Instrucción Específica), C (Cumplimiento), EE (Elogio Específico) y SE (Seguimiento).

En el C1, para el dominio del NI, la madre alcanzó el dominio con un 75% inicial y se mantuvo hasta la última sesión, donde bajó al 50%. En el padre hubo un comienzo del 100% y en la última sesión, alcanzó el 75%. Desde la primera sesión, los padres lograron dominar las IE, ambos padres, lograron mantener porcentajes de dominio desde el inicio. La madre comenzó con un 89% y al final con un 100%, en el caso del padre, al inicio comenzó con 75.25% y culminó con un 88.66%. En el caso del C, el niño no tuvo mayores problemas, pues sólo en algunas ocasiones llegó a la advertencia, después de la cual cumplía con la IE. En cuanto a los EE, es donde menor desempeño se puede observar, en el caso de la madre sólo en una ocasión, alcanzó el dominio de estos y en el caso del padre comenzó con un 75% en su primera sesión, y aunque mantuvo por algunas sesiones porcentajes de dominio, en la última sesión bajó hasta 66.66%. En el caso

del SE, la madre comenzó con 66.66%, sólo alcanzó el dominio en una ocasión pero después de ahí no logró mantenerse en el resto de las sesiones. El padre comenzó con un dominio del 75%, se mantuvo durante dos sesiones en el 100%, pero en la última no alcanzó los niveles de dominio. Figura 27.



Figuras 27. Resultados de la actividad disciplinar en la IDP (Interacción Dirigida por el Padre) del C1. NI (Número de Instrucciones), Porcentajes de IE (Instrucción Eficaz), C (Cumplimiento), EE (Elogio Específico) y SE (Seguimiento).

En el C2, para el dominio de las NI, la madre lo logró el 75% en la segunda sesión y se mantuvo así hasta el final del proceso. Desde la primera sesión, la madre logró dominar las IE, manteniendo su dominio a lo largo de las sesiones de la IDP. En el caso del C, solo en dos ocasiones la niña hizo caso omiso a la instrucción dada por la madre, por lo tanto, se llevó a cabo el circuito completo de la IDP, pasando de la Silla al Cuarto de Tiempo Fuera, hasta lograr que la niña cumpliera la instrucción dada. En este caso, se presentaron distintas problemáticas, la niña tuvo una gran resistencia a la Silla del Tiempo Fuera, lo que la llevaba a tener berrinches que podían durar un tiempo prolongado (hasta 90 minutos) y aunque en ambos casos se llevó a la niña al C, se tuvieron que adaptar dos de las sesiones incluidas en la parte del IDP, orientadas al reconocimiento y manejo de las emociones, donde se utilizaron ejercicios prácticos como *El Control del Enojo*, *Señales de Alarma*, *El Termómetro del Enojo*, *¿Qué siento en este momento?* y *¿Dónde siento el enojo?* del libro *Terapia Cognitiva con Niños y Adolescentes* (Bunge, E., Gomar, M. y Mandil, J. 2009). En cuanto a los EE, la madre tuvo un proceso progresivo a lo largo de las sesiones de la IDP, iniciando con un 50% logrando un 100% hasta la tercera sesión, manteniendo su dominio hasta el final de la terapia. El mismo fenómeno se presenta en el caso del SE, iniciando con un 50% logrando su dominio en la tercera sesión, manteniéndolo hasta el final de la terapia. Figura 28.

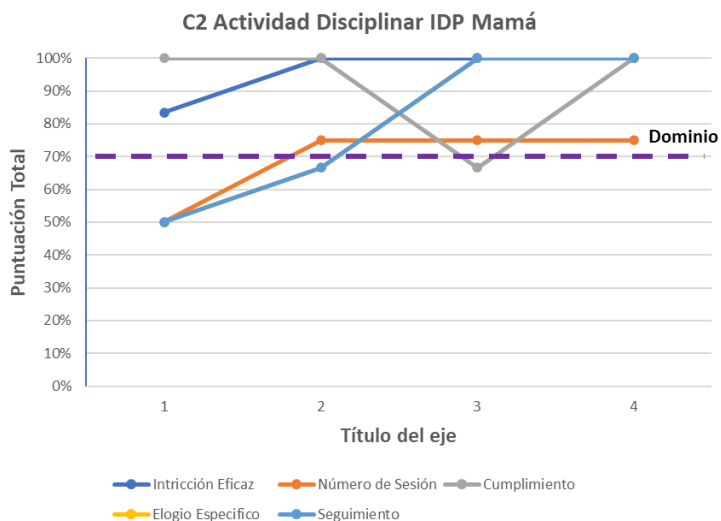


Figura 28. Resultados de la Actividad Disciplinar en la IDP (Interacción Dirigida por el Padre) del C5. Porcentajes de NI (Número de Instrucciones), IE (Instrucción Eficaz), C (Cumplimiento), EE (Elogio Específico) y SE (Seguimiento).

En el C3, para el dominio del NI, desde la primera sesión la madre alcanzó el dominio del 75% manteniéndolo hasta la última sesión, en cuanto al padre, llegó al dominio hasta la segunda sesión con el 100% manteniéndolo hasta la última sesión. Desde la primera sesión la madre logró el dominio de las IE con un 89%, mientras que el padre lo logró hasta la segunda sesión con un 91.5%, ambos padres mantuvieron su dominio hasta su última sesión. En el caso del C, el niño no tuvo mayores problemas, pues en una sola ocasión se llegó a la advertencia, y después de ella se cumplió con la IE. En cuanto a los EE, la madre alcanzó el porcentaje de dominio en la primera sesión con 100%, sin embargo, no logró mantenerse y en su última sesión logró un 66.66%. En cuanto al padre, nunca logró el dominio de los EE, iniciando con un 0%, y al final sólo un 50%. En los resultados del SE, la madre sólo alcanzó el dominio en la primera sesión, mientras que el padre, nunca logró su dominio iniciado con un 0%, y culminando con un 50%. Figura 29.

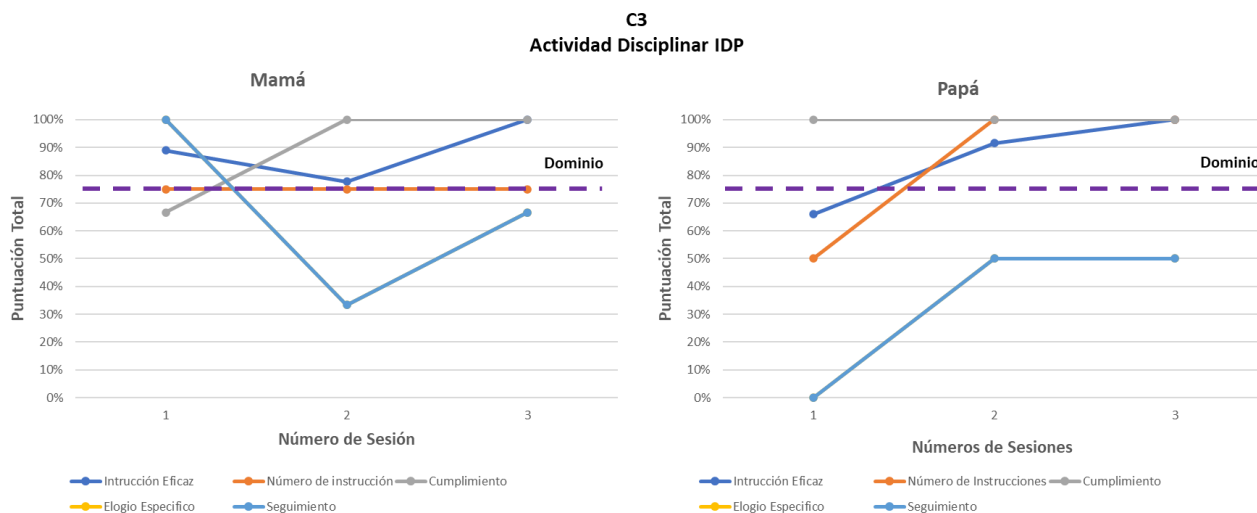




Figura 29. Resultados de la Actividad Disciplinar en la IDP (Interacción Dirigida por el Padre) del C5. Porcentajes de NI (Número de Instrucciones), IE (Instrucción Eficaz), C (Cumplimiento), EE (Elogio Específico) y SE (Seguimiento).

En el C4, la madre alcanzó el dominio desde la primera sesión con un 78% en las IE, y se mantuvo en 100% hasta el final. En el caso del padre mantuvo el dominio con un 91.75% inicial y final. En el NI, la madre inició con un dominio del 75% y culminó con un 100%, el padre mantuvo el dominio con un 100% de principio a fin. La niña se mantuvo en 100% del C durante todas las sesiones, sólo en un par de ocasiones los padres tuvieron que hacer el uso de la advertencia, después de la cual cumplía la IE. En los EE, la madre comenzó con un 0% y al final logró el 100%. En el caso del padre comenzó con un 50% y en la sesión final mantuvo un porcentaje de dominio del 75%. En cuanto al SE, la madre comenzó con un 0% y en la última sesión con 100%. En el caso del padre comenzó con 50% y culminó con 75%. Figura 30.

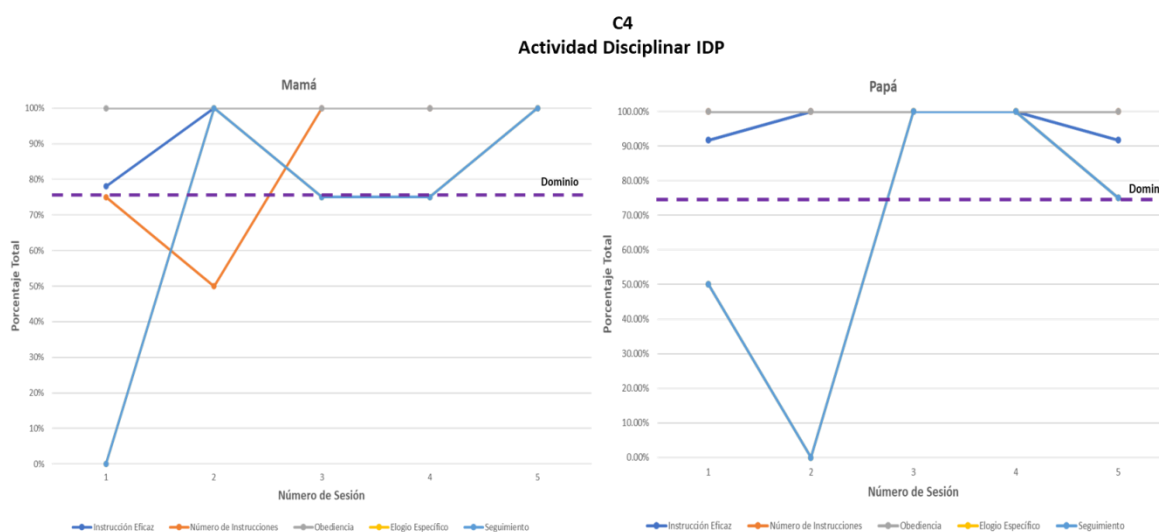


Figura 30. Resultados de la Actividad Disciplinar en la IDP (Interacción Dirigida por el Padre) del C4. Porcentajes de NI (Número de Instrucciones), IE (Instrucción Eficaz), C (Cumplimiento), EE (Elogio Específico) y SE (Seguimiento).

En el C5, en los porcentajes del NI, el padre alcanzó desde el inicio el dominio con el 100%, en la última sesión dio 6 instrucciones, elevando su porcentaje hasta 150%. Esto no es aconsejable debido a que tantas instrucciones en tan poco tiempo, pueden llevar al niño a manifestar malestar como enojo o frustración, el niño lo tomó bien y no hubo este tipo de consecuencias. Ambos padres alcanzaron el dominio en las IE desde el inicio, y se mantuvieron así en las 3 sesiones que pudimos tener con ellos. En una implementación típica, suele haber 5 mediciones, pero debido a dificultades familiares, no les fue posible asistir a dos de las 5 sesiones donde debía hacerse una medición de la IDP. En cuanto al C, el niño no tuvo problemas y sólo en un par de ocasiones fue necesario el uso de la advertencia, tras la cual el niño llegó al cumplimiento de la IE. En cuanto a los EE, la madre alcanzó el dominio

con un 75 % en la primera y última sesión. En el caso del padre, sólo en la primera sesión alcanzó el dominio. Así mismo en el SE, la madre obtuvo un 75% en la primera y última sesión. En el caso del padre, sólo alcanzó el dominio en la primera sesión. Figura 31.

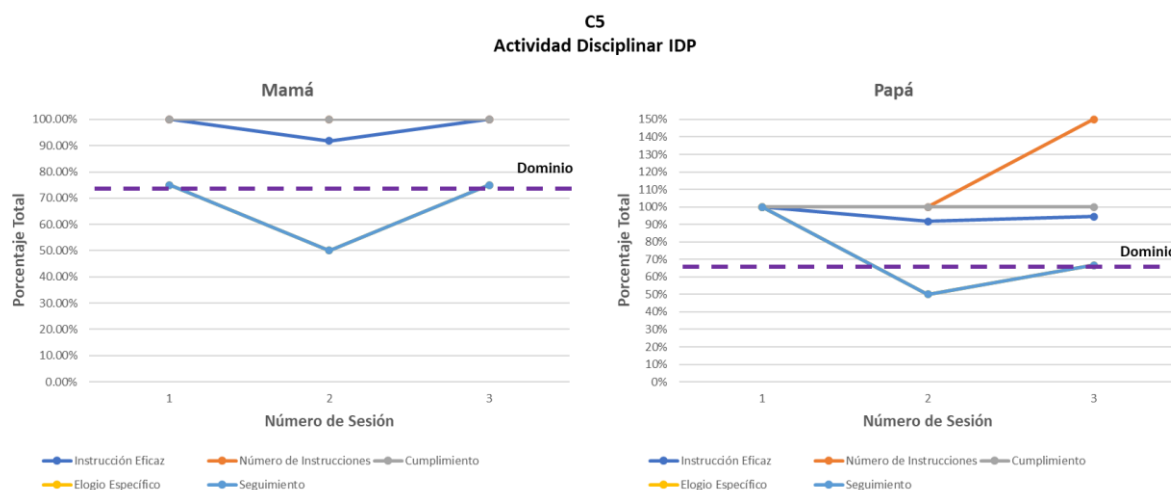


Figura 31. Resultados de la Actividad Disciplinar en la IDP (Interacción Dirigida por el Padre) del C5. Porcentajes de IE (Instrucción Eficaz), NI (Número de Instrucciones), C (Cumplimiento), EE (Elogio Específico) y SE (Seguimiento).

En el C6, para las NI, ambos padres alcanzaron un 75% inicial y mantuvieron el dominio hasta el final con 100%. Desde la primera sesión, ambos padres lograron el dominio de las IE, y mantuvieron estos resultados por el resto de las sesiones de la IDP. El niño no tuvo dificultades en el C, manteniéndose en un 100%, sólo en una ocasión los padres tuvieron que hacer el uso de la advertencia, después de la cual se llevó a cabo el cumplimiento. En cuanto a los EE, la madre alcanzó el porcentaje de dominio hasta el final de la terapia con un 75%, en el caso del padre, nunca alcanzó el dominio de los EE. En los resultados del SE, la madre comenzó con un 66.66%, llegando al dominio hasta la última sesión con un 75%. El padre nunca logró llegar al dominio del SE, iniciando con un 33.33% y terminando con un 50%. Figura 32.

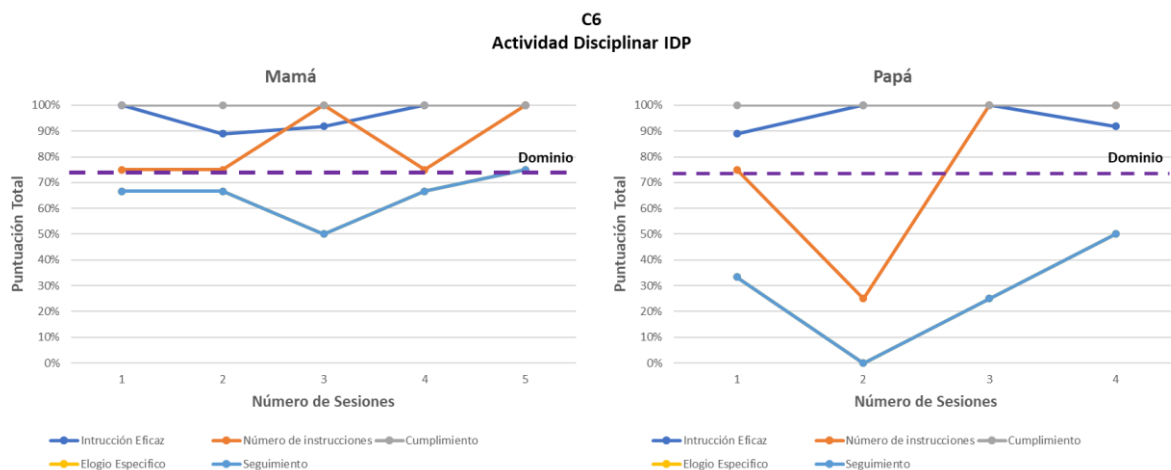


Figura 32. Resultados de la Actividad Disciplinar en la IDP (Interacción Dirigida por el Padre) del C5. Porcentajes de NI (Número de Instrucciones), IE (Instrucción Eficaz), C (Cumplimiento), EE (Elogio Específico) y SE (Seguimiento).

#### 6.2.4 Resultados de la Escala de Conners para Padres versión Abreviada

Previo a la implementación de la TIPH y posterior a esta, se pidió a los papás y las mamás que respondieran la Escala de Conners para Padres Versión Abreviada (Conners, 2008). Esta escala, sirve para identificar distintas características del TDAH, las subescalas que evalúa son Problemas de Conducta (PC), Problemas de Aprendizaje (PA), Psicossomático (PS), Impulsividad-Hiperactividad (IMH), Ansiedad (A) e Índice de Hiperactividad (IH). Para el promedio y la desviación estándar de cada factor, se considera una puntuación natural de los resultados y no la puntuación T.

Para los factores que mide la escala de Conners, se tomaron en cuenta las puntuaciones naturales para calcular el promedio y la desviación estándar. El promedio para los PC pre-tratamiento fue de  $9.33 \pm 6.87$  y el promedio post-tratamiento fue de  $4.20 \pm 3.96$ , esta diferencia no fue significativa estadísticamente ( $t= 3.57$  g.l.= 4  $p=0.23$ ). Para los PA, el promedio pre-tratamiento fue de  $7.40 \pm 1.34$  y el promedio post-tratamiento fue de  $5.20 \pm 2.49$  esta diferencia no fue significativa estadísticamente ( $t= 2.55$  g.l.= 4  $p=0.63$ ). En cuanto a lo PS, el promedio pre-tratamiento fue de  $0.80 \pm 0.84$  y un promedio post-tratamiento de  $0.00 \pm 0.00$  esta diferencia no fue significativa estadísticamente ( $t= 2.13$  g.l.= 4  $p=0.99$ ). Para la IMH, el promedio pre-tratamiento fue de  $9 \pm 2.92$  y un promedio post-tratamiento de  $7.40 \pm 2.30$  esta diferencia no fue significativa estadísticamente ( $t= 1.96$  g.l.= 4  $p=0.12$ ). En cuanto a la A, el promedio pre-tratamiento fue de  $3.20 \pm 1.48$  y un promedio post-tratamiento de  $1.80 \pm 0.84$  esta diferencia no fue significativa estadísticamente ( $t= 2.74$  g.l.= 4  $p=0.52$ ). Finalmente en el IH, el promedio pre-tratamiento fue de  $18.40 \pm 6.11$  y el promedio post-tratamiento fue de  $13.00 \pm 4.30$  esta diferencia no fue significativa estadísticamente ( $t= 2.68$  g.l.= 4  $p=0.55$ ). Tabla 8 y Figura 33.

Resultados de la Escala de Conners para Padres versión Abreviada												
Conners para padres	PRE											
	Caso 1		Caso 2		Caso 3		Caso 4		Caso 5		Caso 6	
	Puntuación	Puntuación T	Puntuación	Puntuación T	Puntuación	Puntuación T	Puntuación	Puntuación T	Puntuación	Puntuación T	Puntuación	Puntuación T
Problemas de Conducta	18	94	14	98	13	78	7	67	0	38	10	69
Problemas de Aprendizaje	8	80	9	97	10	91	6	78	6	69	8	80
Psicosomático	0	44	1	52	2	66	0	43	1	55	2	66
Impulsividad-hiperactividad	12	85	11	81	12	85	7	64	5	55	10	76
Ansiedad	5	65	3	53	5	65	3	53	1	45	4	60
Índice de Hiperactividad	24	87	23	99	22	83	14	73	10	57	21	81
Conners para padres	POST											
	Caso 1		Caso 2		Caso 3		Caso 4		Caso 5		Caso 6	
	Puntuación	Puntuación T	Puntuación	Puntuación T	Puntuación	Puntuación T	Puntuación	Puntuación T	Puntuación	Puntuación T	Puntuación	Puntuación T
Problemas de Conducta	10	69	5	58			1	40	0	38	5	53
Problemas de Aprendizaje	3	52	9	97			3	58	5	64	6	67
Psicosomático	0	44	0	43			0	43	0	44	0	43
Impulsividad-hiperactividad	8	68	11	81			6	59	5	55	7	64
Ansiedad	2	50	1	45			2	49	1	45	3	57
Índice de Hiperactividad	11	59	19	87			10	62	9	55	16	71

Tabla 8. Resultados de la Escala de Conners para Padres versión Abreviada: Problemas de Conducta (PC), Problemas de Aprendizaje (PA), Psicosomático (PS), Impulsividad-Hiperactividad (IMH), Ansiedad (A) e Índice de Hiperactividad (IH). Las puntuaciones sombreadas con verde, son puntuaciones consideradas como clínicas.

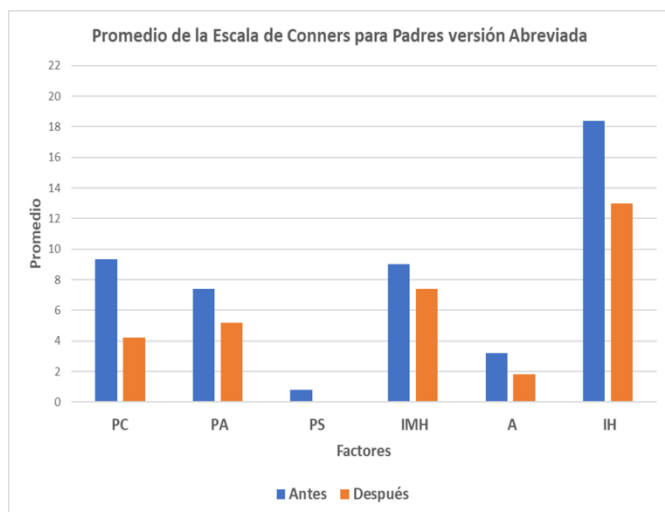


Figura 33: Promedio Escala Conners para Padres Versión Abreviada (ECPVA) de los casos C1 al C6. PC (Problemas de Conducta), PA (Problemas de Aprendizaje), PS (Psicosomático), IMH (Impulsividad-Hiperactividad), A (Ansiedad) e IH (Índice de Hiperactividad).

En el C1, se obtuvieron puntuaciones T por encima de lo considerado como Clínico en; los PC que inicialmente arrojaron una puntuación de 94 T y posterior a la terapia obtuvieron 69 T, los PA con un inicio de 80 T y posterior de 52 T, también a la IMH con un inicial de 85 T y un post de 68 T y finalmente el IH de un 87 T inicial y un 59 T posterior. En cuanto a lo PS se mantuvo en 44 T en ambas mediciones y la A, de un puntaje inicial de 65 T a 50 T en la medición posterior a la terapia, en estas últimas siempre se mantuvieron en puntuaciones consideradas como típicas. Figura 34.

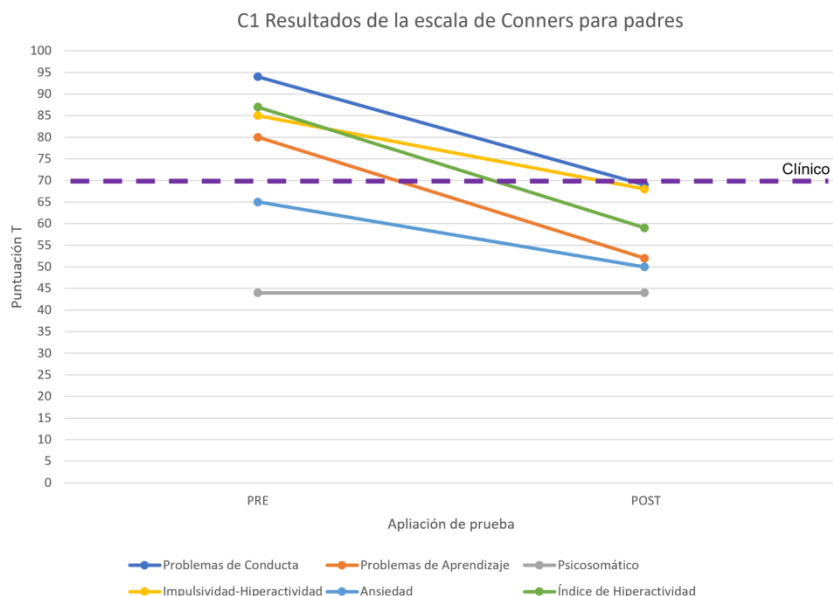


Figura 34. C1 Resultados de la Escala de Conners para Padres versión Abreviada: Problemas de Conducta (PC), Problemas de Aprendizaje (PA), Psicosomático (PS), Impulsividad-Hiperactividad (IMH), Ansiedad (A) e Índice de Hiperactividad (IH).

En el C2, se obtuvieron puntuaciones T por encima de lo considerado como Clínico en; los PC que inicialmente arrojaron una puntuación de 98 T y posterior a la terapia de 58 T, los PA con un inicio de 80 T y posterior de 52 T, también a la IMH con un inicial de 85 T y un post de 68 T y finalmente el IH de un 87 T inicial a un 59 T posterior. En cuanto a lo PS se mantuvo en 44 T en ambas mediciones y la A, de un puntaje inicial de 65 T a 50 T posterior a la terapia, en estas últimas siempre se mantuvieron en puntuaciones consideradas como típicas. Figura 35.

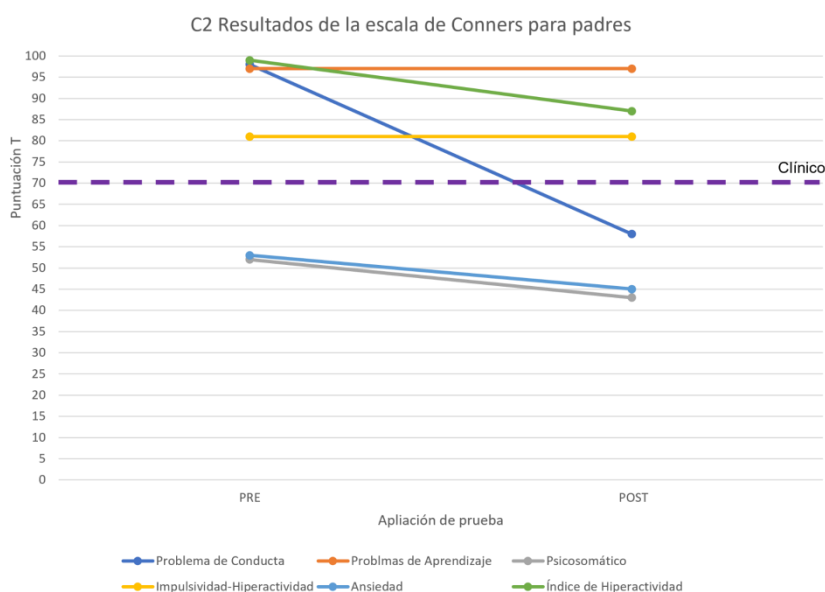
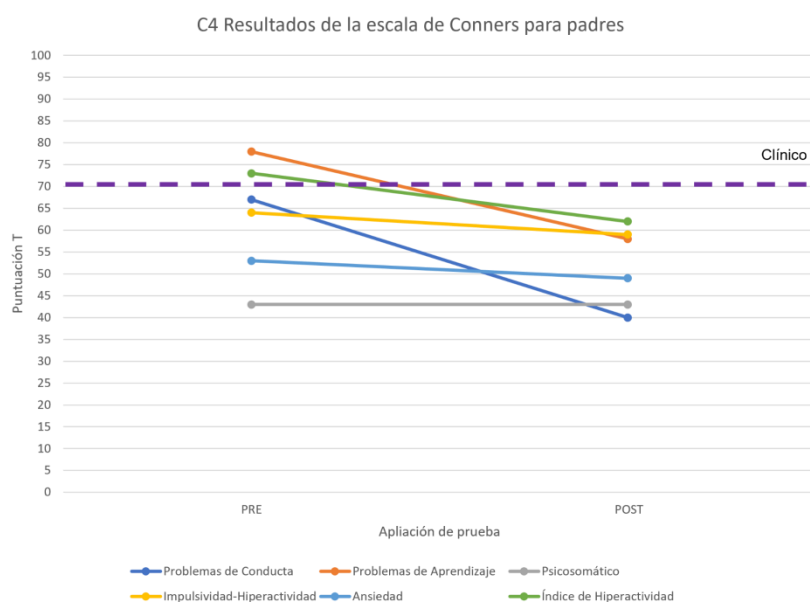


Figura 35. Resultados de la Escala de Conners para Padres versión Abreviada del C2. Problemas de Conducta (PC), Problemas de Aprendizaje (PA), Psicosomático (PS), Impulsividad-Hiperactividad (IMH), Ansiedad (A) e Índice de Hiperactividad (IH).

En el C3, por haber abandonado la terapia dos sesiones previas a la culminación, sólo se pudieron obtener los resultados iniciales. En puntajes T considerados como clínicos, se

encontró que los PC (78 T), los PA (91 T), la IMH (85 T) y la IH (99 T) cumplían con dichos puntajes y en puntajes considerados como típicos, únicamente lo PS (66 T) y la A (65 T).

En el C4, sólo se encontraron en puntajes T considerados como clínicos a los PA con un 78 T y posterior de 58 T y la IH con un pre de 73 T y post de 62 T. Como puntajes considerados como típicos se encontraron los PC con un inicial de 67 T y post de 40 T, los PS con un pre y post de 43 T, los IMH con un pre de 64 T y un post de 59 T, y finalmente la A, con un pre de 53 T y un post de 49 T. Figura 36.



En el C5, los resultados arrojaron que ninguna de las puntuaciones T se encontraba en puntajes considerados como clínicos. En cuanto a los PC, en pre y post se obtuvo 38 T. En cuanto a los PA una puntuación pre de 69 T y post de 64 T. Para lo PS, una puntuación pre de 55 y post de 44. En la IMH, una puntuación de 55 T, para lo pre y post. En la A, una puntuación de pre y post de 45 T. Y finalmente para el IH, una puntuación pre de 57 T y post de 55 T. Figura 37.

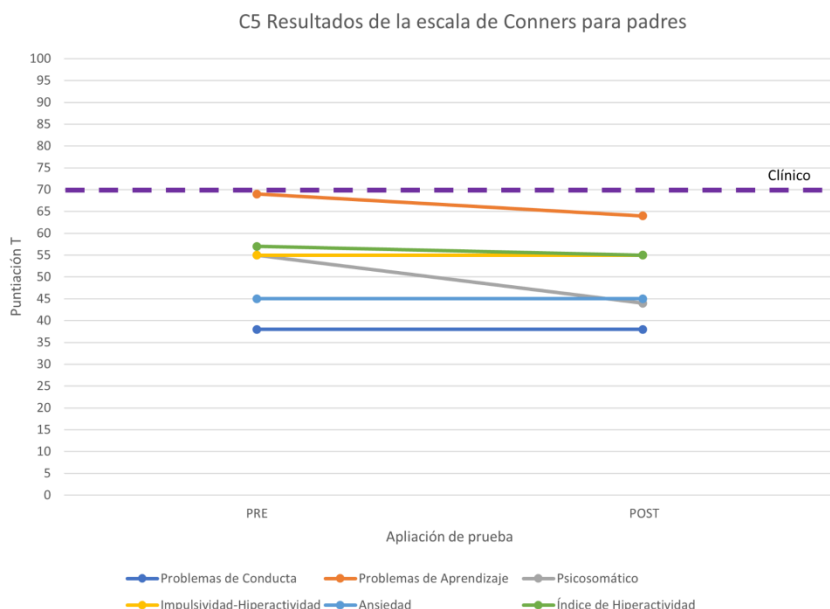


Figura 37. Resultados de la Escala de Conners para Padres versión Abreviada del C5. Problemas de Conducta (PC), Problemas de Aprendizaje (PA), Psicosomático (PS), Impulsividad-Hiperactividad (IMH), Ansiedad (A) e Índice de Hiperactividad (IH).

En el C6, los PA tuvieron una puntuación pre-tratamiento de 80 T y post-tratamiento de 67 T. La IMH inicialmente con un 76 T y posteriormente de 64 T. Otro de los factores donde se observó una diferencia y aunque no pudo pasar a una puntuación considerada como típica fue el IH con un 81 T inicial y 71 T después del tratamiento. Aunque desde el inicio no se obtuvo una puntuación considerada como clínica, la PC pre-tratamiento con un 69 T y post-tratamiento de 53 T, lo PS con una puntuación pre-tratamiento de 66 T y post-tratamiento de 43 T y finalmente la A, con una puntuación inicial de 60 T y final de 57 T, también disminuyeron considerablemente. Figura 38.

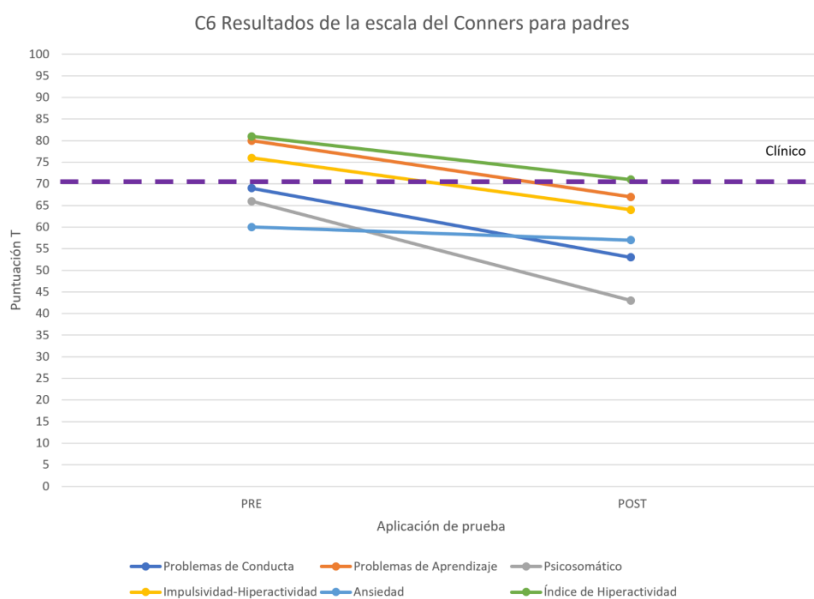


Figura 38. Resultados de la Escala de Conners para Padres versión Abreviada del C6. Problemas de Conducta (PC), Problemas de Aprendizaje (PA), Psicosomático (PS), Impulsividad-Hiperactividad (IMH), Ansiedad (A) e Índice de Hiperactividad (IH).

En la variable de los problemas de atención, la prueba Conners para Padres, no tiene una subescala para medir la atención, pero podemos encontrar en el *item 31 ¿Es distraído/a o tiene un problema de lapso de atención?* que en el pre-tratamiento los padres calificaron en una escala de Likert del 0 al

3, el promedio de las puntuaciones fue de 2.6 manteniéndose muy cerca de la puntuación más elevada y el promedio post-tratamiento fue de 1.6, manteniéndose más cerca de la media de puntuación. Sólo el C2 pasó de una puntuación de 2 en el pre-tratamiento y subió a 3 en el post tratamiento el C1 (2-1), el C4 (3-1), el C5 (3-1) y el C6 (3-2). Estos resultados nos permiten observar que ante la mirada de los padres y las madres, se dio una modificación positiva en la mayoría de los casos en cuanto los problemas de inatención.

En los resultados obtenidos en la escala de Conners para padres, si bien no se encontraron resultados estadísticamente significativos, se encontró que en algunas subescalas hubo mejoras importantes en las mediciones pre y post-tratamiento, específicamente en los Problemas de Conducta, donde el C1 y el C2 pasaron de puntuaciones consideradas como clínicas a puntuaciones consideradas típicas, en los Problemas de Aprendizaje donde sucedió lo mismo en el C1, el C4 y el C6, en la Impulsividad-hiperactividad que bajó a puntajes típicos en el C1 y el C6 y el índice de hiperactividad en el C1, C4 y C6. En dos de los casos, C1 y C4 en la medición post-tratamiento, no se obtuvieron mediciones para considerar que el niño y la niña dieran puntajes para TDAH, y en el C6, sólo se obtuvieron puntajes clínicos en el Índice de hiperactividad. Se puede considerar entonces que el 80% de los y las participantes en las mediciones pre-tratamiento, dieron puntajes clínicos para considerar el TDAH a través de varias subescalas y en los resultados post-tratamiento, sólo el 20% obtuvo puntajes considerados como clínicos para TDAH.

#### 6.2.5 Resultados del Inventario de Conducta para Maestros Sutter-Eyberg Revisado

En cuanto a lo escolar, se solicitó a los maestros y maestras de las niñas y los niños, que respondieran el Inventario de Conducta para Maestros Sutter-Eyberg Revisado (ICMSE-R), con el objetivo de detectar las problemáticas de los niños y las niñas en el ámbito escolar. Este inventario fue respondido Pre y Post tratamiento y califica dos escalas, la PTPIP (Puntuación Total de la Percepción de la Intensidad de los Problemas) y la PTPNP (Puntuación Total de la Percepción del Número de Problemas). Se considera dentro del PTPIP que los puntajes clínicos deben ser superiores a 151 T y puntuaciones por debajo de estas se consideran más cercanas al comportamiento típico en los niños y niñas. En cuanto a las puntuaciones del PTPNP, se consideran como clínicos, aquellos casos que superan puntajes igual o por encima de 19, mientras que puntajes menores a estos, se entienden como más cercanos a comportamientos típicos de niños y niñas.

En cuanto al promedio pre-tratamiento de la PTPIP fue de  $129.67 \pm 58.17$  y post-tratamiento se obtuvo  $112.20 \pm 25.84$  esta diferencia no fue significativa estadísticamente ( $t = 1.032$  g.l. = 4



$p=0.36$ ), mientras que el promedio pre-tratamiento de la PTPNP fue de  $10.67 \pm 14.17$ , para el final del tratamiento se obtuvo  $8.5 \pm 7.40$  esta diferencia no fue significativa estadísticamente ( $t= 0.346$  g.l.= 4  $p=0.747$ ). Tabla 9 y Figura 39.

Resultados del Inventario de Conducta para Maestros y Maestras Sutter-Eyberg Revisado			
Caso	Percepción	PRE	POST
C1	PTPIP	231	93
	PTPNP	35	5
C2	PTPIP	126	114
	PTPNP	10	21
C3	PTPIP	74	0
	PTPNP	0	0
C4	PTPIP	93	108
	PTPNP	0	2
C5	PTPIP	94	91
	PTPNP	0	10
C6	PTPIP	160	155
	PTPNP	19	13

Tabla 9. Resultados de la PTPIP (Puntuación Total de la Percepción de la Intensidad del Problema) y de la PTPNP (Puntuación Total de la Percepción del Número de Problemas del ICMSE-R (Inventario de Conducta para Maestros Sutter-Eyberg Revisado) del C1 al C6.

Promedio de la Intensidad y Número de Problemas del Inventario de Conducta para Maestros Sutter-Eyberg Revisado

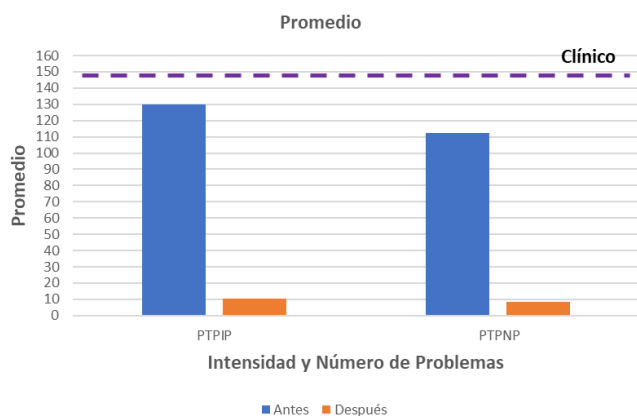


Figura 39: Promedio del Número de Problemas del Inventario de Conducta para Maestros y Maestras Sutter-Eyberg Revisado (ICMSE-R) de los casos C1 al C6.

Es importante mencionar que existió un sesgo en los resultados, debido a que cuando fue aplicado este inventario en la etapa pre-tratamiento, los niños y las niñas aún acudían a clases de manera virtual y sólo dos veces por semana, por lo que ciertos problemas no eran tan evidentes para los profesores y profesoras, como lo fueron al regreso a clases presenciales. En cuanto al C1, su regreso a clases ocurrió 3 semanas después de iniciado el tratamiento, en el C2, C4 y C5 un mes después de iniciado el tratamiento, en el C3 el niño no volvió a clases presenciales durante todo el proceso terapéutico, y el C6, tuvo un regreso paulatino pues no iba a tiempo completo, porque no toleraba permanecer tanto tiempo en clases y poco a poco se incorporó a tiempo completo al final del proceso terapéutico.

En cuanto a los resultados, en el C1 hubo una disminución considerable ya que las puntuaciones obtenidas en el PTPIP, en la aplicación del pre-tratamiento alcanzaron un puntaje total de 231 T y disminuyeron a 93 T, ubicándose en puntuaciones típicas. En los casos, C2 (126 T y 114 T), C4 (93 T y 108 T) y C5 (94 T y 91 T), las puntuaciones pre y post-tratamiento, no salieron por encima de lo considerado clínico, pero consideramos que fue por el tema de la virtualidad. En el caso de C3 (74 T), los padres dejaron de asistir en la penúltima sesión y por distintos motivos no desearon concluir el tratamiento, por lo que no fue posible aplicar el inventario post-tratamiento. En la situación de C6 (160 T y 155 T), aunque sí hubo una disminución en su puntuación pre y post, no alcanzó puntajes que lo llevaran por debajo de lo clínico. Figura 40.

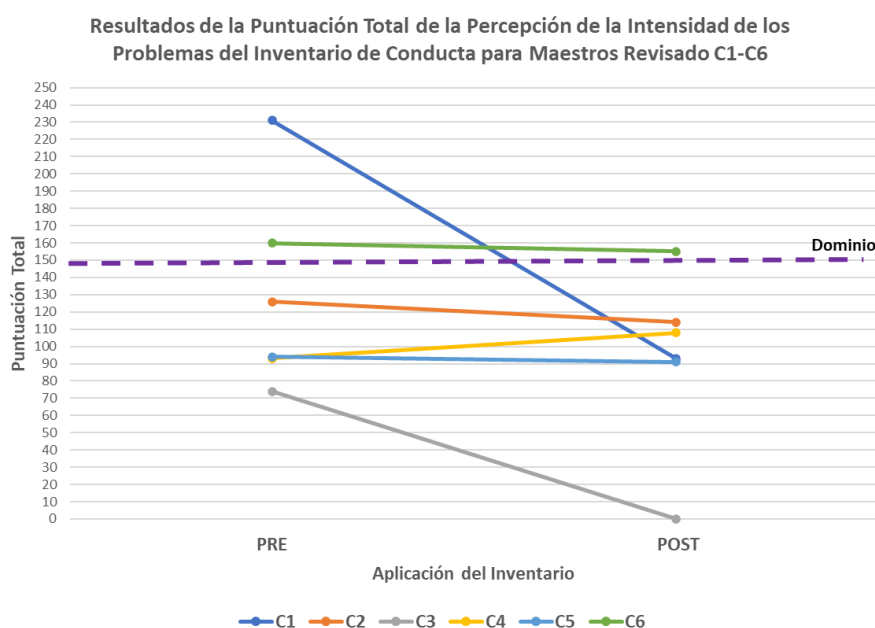
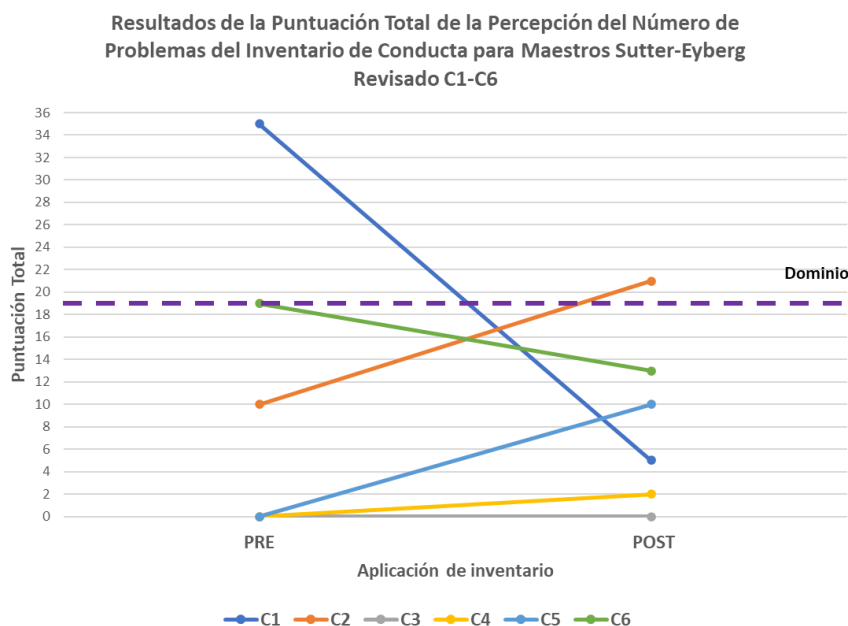


Figura 40. Resultados de la Puntuación Total de la Percepción de la Intensidad de los Problemas (PTPIP) del Inventario de Conducta para Maestros Revisado (ICMSE-R) pre y post-tratamiento de los casos C1 al C6.

En cuanto a las PTPNP, podemos observar en el C1 una disminución considerable, había iniciado con una puntuación de 35 problemas de 36 y disminuyó hasta 5. En el caso de C2, inició con un puntaje de 10 y aumentó hasta 21, en este caso fue bastante evidente el cambio de lo virtual a lo presencial y a distintos problemas emocionales que la niña fue manifestando, después de la segunda mitad de la terapia, su puntaje final se considera dentro de lo clínico. Fue el único caso que culminó el tratamiento y terminó en puntajes clínicos. En el C3, la maestra calificó con 0, aunque era evidente que el pequeño tenía diversos problemas escolares y el proceso no pudo terminarse, por lo que no pudo aplicarse el inventario en el post-tratamiento. Para el caso C4, el número de problemas pre-tratamiento fue de 0 y en el post-tratamiento de 2, generando un pequeño incremento. La maestra de la niña comprendía la situación de su trastorno y mostraba mucha empatía por el trabajo escolar con ella. En el C5, hubo una puntuación de 0 inicialmente y de 10 problemas en el post. Finalmente, para el

C6, se comenzó con una puntuación de 19 y disminuyó a 13, pasando por debajo de lo clínico. Figura 41.



#### 6.2.6 Resultados de la Escala Conners para Maestros y Maestras Versión Abreviada

Previo al tratamiento y posterior a este, se solicitó a los Maestro y Maestras de niñas y niños, que respondieran la Escala de Conners versión Abreviada para Profesores (Conners, 2008). Esto, con el fin de obtener los parámetros sobre el diagnóstico de TDAH. Esta escala tiene las siguientes subescalas; Hiperactividad (H), Trastorno de Conducta (TC), Sobreindulgencia Emocional (SIE), Ansiedad-Pasividad (AP), Asocial (A), Ensoñación y Problemas de Atención (EPA) y un Índice de Hiperactividad (IH). Para el promedio y la desviación estándar de cada factor, se considera una puntuación natural de los resultados y no la puntuación T.

Es importante mencionar, que en todos los casos, existió la variable de la educación a distancia y lo presencial, es decir, que los niños y niñas aún tomaban clases en línea, al momento de que los maestros y maestras respondieron previo a comenzar la terapia, y paulatinamente se incorporaron a la asistencia presencial, por lo que algunos aspectos sobre las conductas de los niños y de las niñas, no eran tan perceptibles para las y los docentes antes de iniciar la TIPH, y en la evaluación posterior, algunas conductas y percepciones sobre la situación de los niños y las niñas eran más evidentes.

En cuanto a los factores que mide la escala de Conners para maestros, el promedio pre-tratamiento de HI es de 20 con una  $\pm 12.59$ , para el post-tratamiento el promedio bajó a  $17.8 \pm 5.02$  esta diferencia no fue significativa estadísticamente ( $t=0.48$  g.l.= 4  $p=0.65$ ). El Promedio pre-tratamiento del TC fue de  $12.80 \pm 10.96$  y el promedio post-tratamiento fue de  $7.6 \pm 17.09$  esta diferencia no fue significativa estadísticamente ( $t= 1.37$  g.l.= 4  $p=0.24$ ). Para el SE se obtuvo un promedio pre-tratamiento de  $9.00 \pm 14.18$ , para el final del tratamiento se obtuvieron un promedio de  $6.80 \pm 3.77$  esta diferencia no fue significativa estadísticamente ( $t= 0.87$  g.l.= 4  $p=0.432$ ). El promedio de la AP pre-tratamiento es de  $6.00 \pm 3.99$  y un promedio post-tratamiento de  $5.80 \pm 2.77$  esta diferencia no fue significativa estadísticamente ( $t= 0.16$  g.l.= 4  $p=0.88$ ). Para la A se obtuvo un promedio pre-tratamiento de  $4.80 \pm 1.79$ , para el final del tratamiento se obtuvo un promedio de  $3.00 \pm 1.87$  esta diferencia no fue significativa estadísticamente ( $t= 2.44$  g.l.= 4  $p=0.7$ ). El promedio pre-tratamiento para la EPA fue de  $3.40 \pm 2.30$ , para el post-tratamiento se observó, un ligero aumento, obteniendo un promedio final de  $4.0 \pm 9.92$  esta diferencia no fue significativa estadísticamente ( $t=-0.39$  g.l.= 4  $p=0.71$ ), mientras que para el IH se obtuvo un promedio pre-tratamiento de  $12.60 \pm 7.99$ , con un promedio post-tratamiento de  $11.4 \pm 3.78$  esta diferencia no fue significativa estadísticamente ( $t=0.45$  g.l.= 4  $p=0.675$ ). Tabla 10 y Figura 42.

Resultados de la Escala de Conners para Maestros y Maestras Versión Abreviada C1-C6												
Conners para Maestros	PRE											
	C1		C2		C3		C4		C5		C6	
	Puntuación	Puntuación T	Puntuación	Puntuación T	Puntuación	Puntuación T	Puntuación	Puntuación T	Puntuación	Puntuación T	Puntuación	Puntuación T
Hiperactividad	40	78	13	59	10	49	8	52	15	54	24	62
Trastorno de Conducta	28	88	5	57	5	51	5	57	5	51	21	78
Sobreindulgencia Emocional	17	86	8	68	2	48	5	55	4	53	11	71
Ansiedad-Pasividad	8	63	4	51	7	60	6	57	6	57	6	57
Asocial	6	73	5	71	3	59	3	60	3	55	7	70
Ensoñación y Problemas de Atención	5	66	1	49	7	76	1	49	6	70	4	60
Índice de Hiperactividad	26	83	8	60	5	49	7	58	8	54	14	63
Conners para Maestros	POST											
	C1		C2		C3		C4		C5		C6	
	Puntuación	Puntuación T	Puntuación	Puntuación T	Puntuación	Puntuación T	Puntuación	Puntuación T	Puntuación	Puntuación T	Puntuación	Puntuación T
Hiperactividad	22	60	22	67			11	56	14	53	20	59
Trastorno de Conducta	9	58	9	64			2	50	0	43	18	73
Sobreindulgencia Emocional	5	55	7	63			6	62	3	50	13	76
Ansiedad-Pasividad	5	54	3	48			7	57	10	70	4	51
Asocial	3	59	1	48			2	55	3	55	6	67
Ensoñación y Problemas de Atención	1	46	6	75			2	55	8	80	3	56
Índice de Hiperactividad	15	65	13	71			6	55	9	55	14	61

Tabla 10. Resultados de la Escala de Conners para Maestros y Maestras versión Abreviada, Pre y Post tratamiento de los casos del C1 al C6.

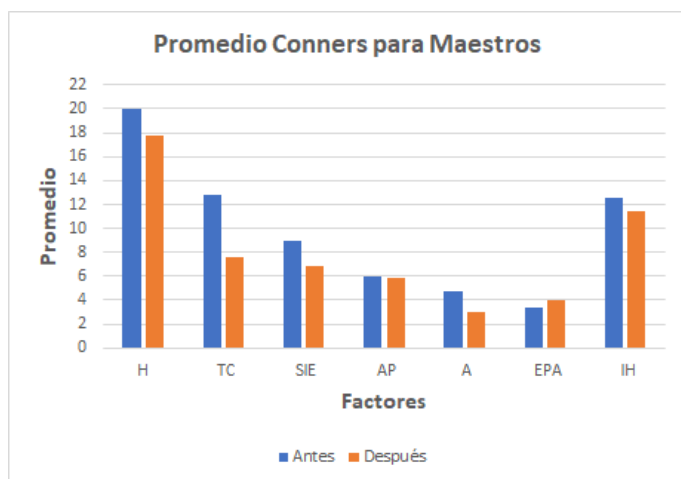


Figura 42: Promedio de la Escala de Conners para Maestros y Maestras Versión Abreviada de los casos C1 al C6. H (Hiperactividad), TC (Trastorno de Conducta), SIE (Sobreindulgencia Emocional), AP (Ansiedad-Pasividad), A (Asocial), EPA (Ensoñación y Problemas de Atención) e IH (Índice de Hiperactividad).

En cuanto al C1, podemos observar una mejora considerable en todos los factores. En H inició con 78 T y en el post-tratamiento de 60 T. Para el TC, una puntuación pre-tratamiento 88 T y 58 T en la medición post-tratamiento. En el caso de la SIE, inicial de 86 T y una final de 55 T. En la AP, 63 T en el pre-tratamiento y 54 T en post-tratamiento. En cuanto al factor A, inicial de 73 T y final de 48 T. En la EPA, inicial de 66 T y final de 46 T y finalmente en el IH, una puntuación pre-tratamiento de 83 T y una final de 65 T. Como podemos observar, 5 de los 7 factores que mide la prueba, inicialmente arrojaron una puntuación T considerada como clínico, y una vez concluido el proceso terapéutico, estas puntuaciones alcanzaron niveles de comportamiento típico en el niño. Incluso aquellos factores que no fueron clínicos al inicio como la AP y la EPA, redujeron su puntuación considerablemente. Figura 43.

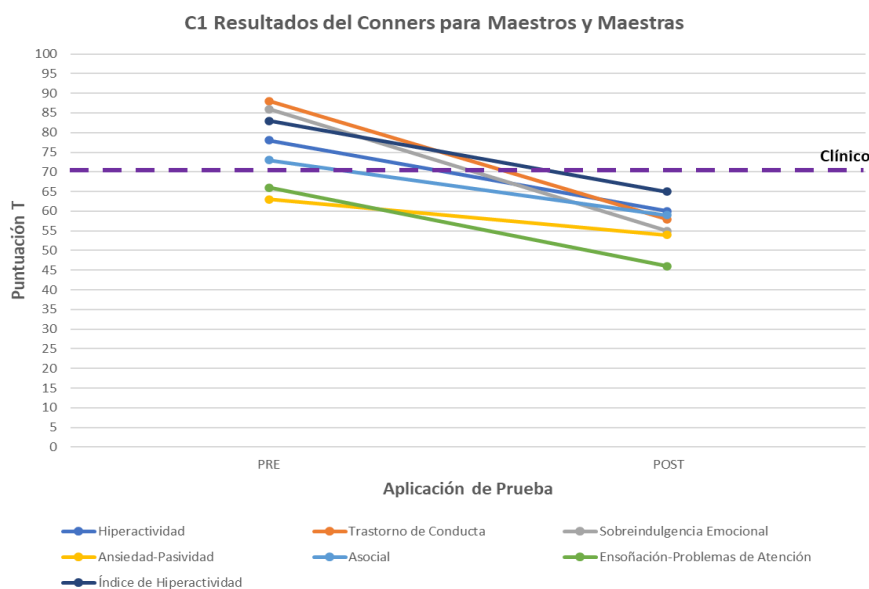


Figura 43. Resultados del Conners para Maestro y Maestras pre y post-tratamiento, C1.

En el C2, inicialmente sólo obtuvo un puntaje considerado como clínico en A. En la prueba post-tratamiento, la EPA (49 T y 75 T) y el IH (60 T y 71 T) alcanzaron puntuaciones T consideradas clínicas. También hubo un incremento en las puntuaciones de los factores; H (59 T y 67 T) y TC (57 T y 64 T), sin que alcanzaran puntuaciones por encima de 70 T. Consideramos que al llegar la parte disciplinar, la niña estaba atravesada por circunstancias familiares que le afectaban considerablemente y que fueron una constante que llevó los resultados a esto. El padre no deseaba tener una relación cercana con ella y cada vez se fue ausentando más. Cuando la niña cuestionaba a la madre, esta no decía nada y eso la mantenía en un constante estado de frustración, esto afectaba todas las esferas de su vida, en especial la escolar y la familiar. Figura 44.

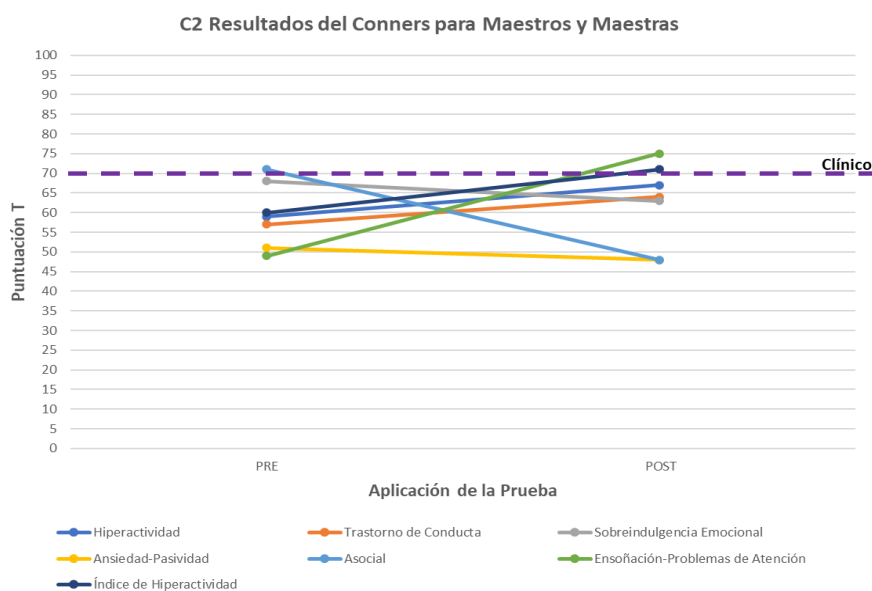


Figura 44. Resultados del Conners para Maestros y Maestras del C2.

En cuanto al C3, los padres abandonaron la terapia en la última sesión, por lo que no pudimos aplicar la prueba y obtener resultados post-tratamiento. En los resultados obtenidos en el pre-tratamiento, en general las puntuaciones T estuvieron por debajo de lo clínico. H (49 T), TC (51 T), SIE (48 T), AP (60 T), A (59 T) e IH (49 T). El único factor que obtuvo puntajes considerados como clínicos fue la EPA (76 T).

Los resultados obtenidos en el C4, ninguno de los factores alcanzó una puntuación considerada como clínica. Algunos tuvieron un aumento muy ligero como la H con una puntuación pre-tratamiento de 52 T y post-tratamiento de 56 T, la SIE con una puntuación pre-tratamiento de 55 T y post-tratamiento de 62 T, la EPA con una puntuación pre-tratamiento de 49 T y post-tratamiento de 55 T. El resto de los factores tuvo una ligera disminución, los TC con una puntuación pre-tratamiento de 57 T y post-tratamiento de 50 T, lo A con una puntuación inicial de 60 T y post-tratamiento de 55 T, la IH con una puntuación inicial de 58 T

y post-tratamiento de 55 T. En cuanto a la AP, una puntuación pre y post-tratamiento de 57 T. Figura 45.

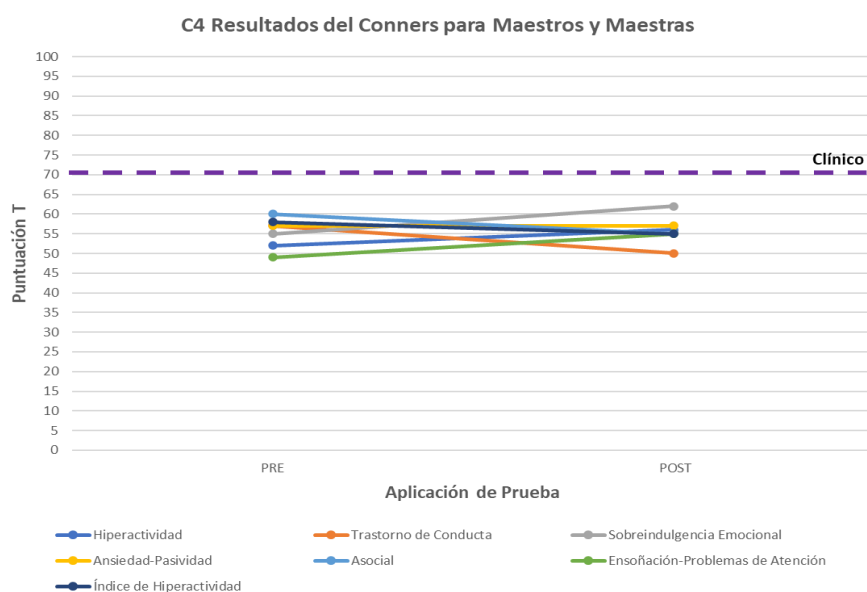


Figura 45. Resultados de la Escala de Conners para Maestros y Maestras del C4.

Los resultados obtenidos en el C5, el único factor que obtuvo una puntuación considerada como clínica, fue la EPA con una puntuación pre-tratamiento de 70 T y post-tratamiento de 80 T. Al igual que esta, la AP obtuvo una puntuación pre-tratamiento de 57 T y post-tratamiento de 70 T, el IH una puntuación pre-tratamiento de 54 T y post-tratamiento de 55 T teniendo un incremento en estas. En cuanto a la H, tuvo una puntuación pre-tratamiento de 54 T y post-tratamiento de 53 T, los TC, una puntuación pre-tratamiento de 51 T y post-tratamiento de 43 T, para la SIE, una puntuación pre-tratamiento de 53 T y post-tratamiento de 50 T. En cuanto a lo A, mantuvo una puntuación de 55 T pre y post-tratamiento. Figura 46.

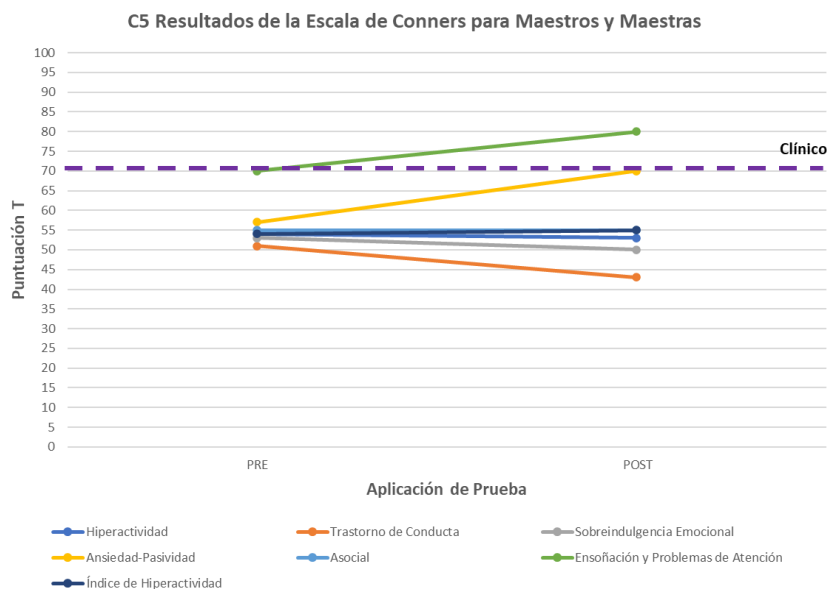


Figura 46. Resultados de la Escala de Conners para Maestros y Maestras del C5.

En cuanto al C6, los factores que alcanzaron una puntuación considerada como clínica fueron los TC, con una puntuación pre-tratamiento de 78 T y post-tratamiento de 73 T, la SIE con una puntuación pre-tratamiento de 71 y post-tratamiento de 76 T, y lo A, con una puntuación pre-tratamiento de 70 T y post-tratamiento de 67 T. El resto de los factores no alcanzó una puntuación clínica al inicio y disminuyó en los resultados obtenidos en el post-tratamiento. La H, con una puntuación pre-tratamiento de 62 T y post-tratamiento de 59 T, la AP, con una puntuación pre-tratamiento de 57 T y post-tratamiento de 51 T, la EPA con una puntuación pre-tratamiento de 60 T y post-tratamiento de 56 T y finalmente el IH con una puntuación pre-tratamiento de 63 T y post-tratamiento de 61 T. Figura 47.

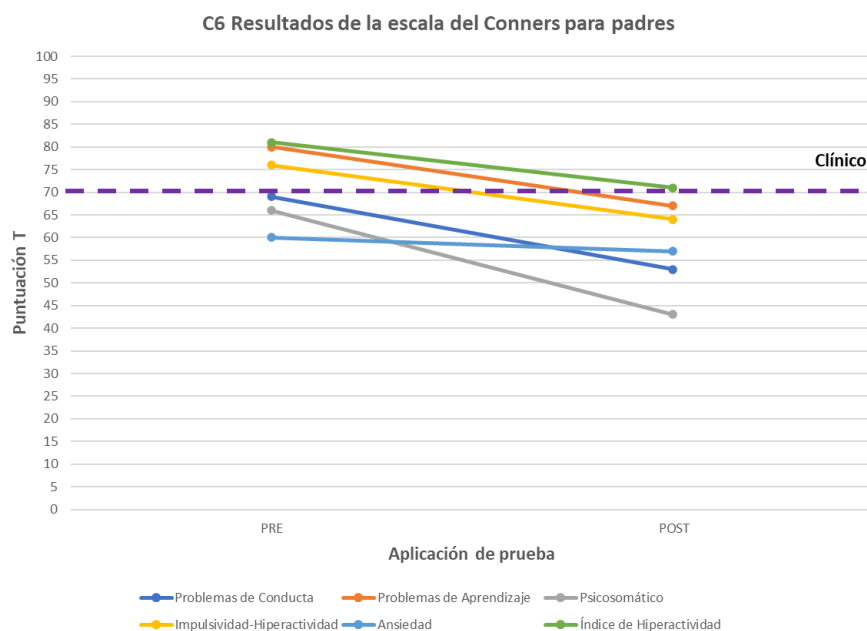


Figura 47. Resultados del Conners para Maestros y Maestras del C6.



### 6.3 Resultados Cualitativos

#### Caso 1

Uno de los primeros cambios que se observó en el niño, fue una mejora en los vínculos parentales, especialmente con la madre. Se notó un incremento de su autoestima, mejores herramientas de socialización y buenas relaciones con sus pares, una mayor concentración en relación con las y los docentes. Los padres trabajaron con el control de esfínteres nocturno con ayuda de las habilidades aprendidas, por lo que comenzó con el proceso de dejar el pañal por las noches. En la observación durante las sesiones de entrenamiento, pudimos dar cuenta también, de una mejora del control de los impulsos y de las actitudes desafiantes y autoritarias. También, una mejor expresión de sus emociones que le permitían controlar sus arrebatos y disminuyeron las amenazas de autolesionarse.

Un aspecto importante a mencionar es que el niño contaba con un lenguaje muy extenso, manejando palabras complejas para su edad y a los padres se les dificultaba incluir nuevo vocabulario porque había palabras que no alcanzaban a comprender, y el niño sentía muy invasivo el P. Para atenuar esto, se hizo una modificación en esta habilidad, al hacer que los padres dieran información más amplia sobre el objeto, animal o palabra en general que el niño mencionara (por ejemplo; el pulpo tiene 8 brazos, puede cambiar de color y textura su cuerpo y arrojar tinta para protegerse de otros animales). En cuanto a la disciplina, el niño atendía las peticiones de sus padres durante el entrenamiento parental como en casa, y se ajustó muy bien a las reglas que comenzaron a colocar en casa los padres.

En los diarios de campo y notas elaboradas al momento de calificar el DPICS, se observó que el niño manifestó rechazo por los EE, esto se solucionó al sugerir que el vocabulario ocupado, incluyera palabras que usualmente utilizaban para que sintiera estos EE más naturales. Las descripciones fueron un problema pues se tomaba a mal que sus padres estuvieran pronunciando en voz alta lo que hacía, y expresaba que se sentía espiado, sin embargo, estas funcionaban para que lograra mantener su atención de manera mucho más prolongada en actividades regulares así como en actividades escolares.

Se observó también una disminución importante en cuanto a la hiperactividad al momento del juego en la cámara de Gesell, pero sobre todo en la impulsividad, factores importantes para que, de acuerdo a lo contado por sus padres, lograra mantenerse sentado en el salón de clases sin el impulso de levantarse e interrumpir a otros niños y niñas y para que el trato hacía sus pares fuera menos agresivo e invasivo.

## Caso 2

La niña mostró varios cambios importantes a la largo de la terapia, uno de los primeros que fueron observados fue la mejora en el vínculo con la madre. Aunque la madre mencionó, durante la entrevista, que tenían buena relación, durante las intervenciones, la niña se mostraba con conductas muy desafiantes y opositoras, las cuales fueron disminuyendo con el paso de las sesiones, además, una de las principales preocupaciones de la madre era que la niña no lograba mantener relaciones con sus pares, debido a que a la menor provocación ella respondía con agresiones físicas y verbales, por lo que la madre en muchas ocasiones evitó que la niña se relacionara con otros niños y niñas. Sin embargo, esta situación cambió, en los últimos diarios de campo los investigadores dan cuenta de que la madre comentó que la niña mantenía una buena relación con los niños y niñas que vivían en el mismo condominio, además, de que lograba lidiar con las situaciones que le disgustaba durante la interacción con sus pares haciendo uso de las mismas habilidades aplicadas en ella, en este caso, el ignorar selectivamente.

Durante los primeros SCIDPH, la niña mostró un rechazo a los elogios específicos que le proporcionaban su madre. La madre mencionó que esta conducta que repetía en los proporcionados por el abuelo materno, mostraba gestos de molestia o manifestaba verbalmente el desagrado que le generaban. Este mismo fenómeno se percibió con las descripciones, sin embargo, en sesiones posteriores, estas conductas fueron disminuyendo, logrando un aumento en su autoestima, que se vio reflejado debido a que la niña ya no realizaba autocríticas severas y se mostraba más abierta al uso de estas habilidades en ella. En cuanto al parafraseo, no se presentaron complicaciones durante la intervención, ya que la niña casi no hablaba durante el juego. En pocas ocasiones conversaba con terapeutas. Sin embargo, la madre manifestó que usaba con su hija esta habilidad con frecuencia en otros espacios, esto se vio reflejado, ya que para la mitad del proceso terapéutico, la niña mantenía conversaciones mucho más largas con las personas con las cuales interactuaba.

La madre destacó que un cambio relevante en la niña fue la cantidad de berrinches que tenía. Estos eran constantes y duraban mucho tiempo, al finalizar, estos disminuyeron considerablemente, sin embargo, estos esporádicos berrinches que se tenían eran intensos, con conductas agresivas y prolongados, ya que a la niña se le complicaba regular su enojo.

### Caso 3

Uno de los primeros cambios que se observó en el niño fue el incremento de su autoestima. Esto se vio reflejado en la disminución de las conductas autocríticas ante la incapacidad de hacer algo, además, se desesperaba con facilidad cuando las cosas no quedaban como él deseaba. Estas conductas fueron sustituidas por un diálogo externo en el cual el mismo niño se animaba a hacer las cosas, así mismo, buscaba obtener los EE de sus padres o se los brindaba él mismo ante los logros de sus objetivos, los cuales se observaron durante el SCIDPH y el entrenamiento parental. Es importante mencionar que el niño presentaba una alteración en el lenguaje expresivo, lo que provocaba que parte de su diálogo fuera incomprensible, esto fue una de las preocupaciones que ambos padres expresaron al inicio del proceso, ya que mencionaron que esto tenía repercusiones en su interacción social y escolar, por lo que las habilidades que le fueron de ayuda con su desfase en el lenguaje fueron la descripción y el parafraseo, que le permitieron una mejor articulación, así mismo, mejoró su autoestima y sus relaciones con sus pares.

En los primeros diarios de campo, se identificó que el niño constantemente cambiaba de un juego a otro, pero para los últimos diarios de campo, estas conductas fueron cada vez menos visibles, ya que se mantenía en un mismo juego por períodos más largos dentro de la cámara de Gesell, manteniendo una mejora en sus periodos de atención. Así mismo en sus actividades escolares, la madre comentó que lograba mantenerse más tiempo en las clases virtuales y al momento de realizar sus actividades/tareas. También los padres argumentaron que comenzaron a observar mejoras en su impulsividad e hiperactividad, factores importantes para que lograra mantenerse enfocado en sus actividades. Sin embargo, para las últimas sesiones en las cuales la familia asistió, se manifestó un cambio anímico significativo negativo en la familia, por lo que varias conductas que el niño ya no realizaba volvieron a presentarse, una de ellas, fue perder el interés por las clases.

En cuanto a la disciplina, el niño mostró miedo hacía la idea de la silla de tiempo fuera, por lo que, atendía las peticiones de sus padres durante el entrenamiento parental en la cámara de Gesell y en casa. Una de las dificultades que se encontró con esta familia fue el uso constante de esta herramienta, y en ciertas ocasiones era utilizada como un mecanismo de amenaza sin respetar todo el seguimiento de la IDP. En varias ocasiones, durante las observaciones del SCIDPH y en el entrenamiento parental, el padre mantenía conductas retadoras con el niño, por lo que volvía displacentera la interacción de juego. Esto se presentó tanto en la IDN como en la IDP.

#### Caso 4

La niña mostró muchos cambios a lo largo de la terapia, uno de los primeros que pudo observarse, fue el del aumento de la autoestima, ya que tendía a golpearse o lastimarse cuándo sentía que no comprendía las cosas, en especial las escolares. A través de herramientas como los EE, los padres reportaron, observar que la niña se sentía más valorada y se decía a sí misma en voz alta “yo puedo”, “no te des por vencida”, “eres lista”, a diferencia de las primeras anotaciones en los DPICS y en comparación con los diarios de campo finales, comenzó a sentirse más valorada y capaz de resolver no sólo situaciones escolares y dentro del juego en la cámara de Gesell, si no en su día a día.

Los padres estaban dudosos de permitir que pasara de 1er año a 2do año de primaria, pero al final de la terapia y con los cambios que se dieron, decidieron que podía continuar a 2do año. Las habilidades que funcionaron para ayudar con su problema de retraso en el lenguaje, fueron la descripción y el parafraseo, que le permitieron una mejor articulación de lo que decía. En los primeros diarios de campo, la forma en que se expresaba verbalmente no era comprensible y se fue observando un avance, en los diarios de campo intermedios, su lenguaje expresivo era mejor articulado y más pausado, y al final de la terapia lograba tener conversaciones fluidas, con entendimiento total de sus padres, que además tenían larga duración. Si bien, sus padres y maestras no veían su situación como un problema, sino como características que podían atenderse desde ambos flancos, el aprendizaje mejoró a través de las estrategias de las habilidades EPIDE. Otro aspecto que se observó durante el entrenamiento, y que los padres reportan haber visto en casa, es la mejora en los niveles de atención durante el juego y al realizar actividades de cualquier tipo.

Durante el tratamiento, se observó una mejora en sus habilidades pro-sociales, pues sus padres relataron que comenzó a hacer amigos y a interactuar con ellos constantemente. En cuanto a la disciplina, la niña mostró miedo hacía la idea de la silla de tiempo fuera, pues sus padres ya usaban esta estrategia antes de la intervención, con la modificación de usar el rincón del tiempo fuera, por lo que se mantuvo esta modificación en la cámara de Gesell. Se adaptó muy bien a las instrucciones específicas de los padres y a las reglas que se fueron imponiendo en casa. Los padres llegaron a usar la estrategia disciplinar en distintos sitios como, el automóvil, el cine, la casa de sus abuelos y en la calle, reportando buenos resultados tanto en la niña, como en su hermana menor.

Otros de los cambios que pudimos observar, fue que podía tener contacto visual con los psicólogos y psicólogas, y con los padres. Mientras compartía tiempo de juego, su sonrisa ya

no parecía forzada y más bien parecía natural. Cuando la niña se sentía menospreciada por algún comentario de papá o mamá o cuando no podía llevar a cabo alguna actividad, aparecía un pato formado por su propia mano, que la atacaba en el rostro, para lo que, los padres utilizaron el ignorar selectivo y los elogios específicos para dirigir hacia otra conducta esa agresión.

#### Caso 5

Uno de los principales síntomas que preocupaba a los padres y que se observó en la cámara de Gesell, fue el de la autoestima, siempre mostraba inseguridad al compartir sus ideas porque se sentía criticado, pero en las últimas sesiones de la terapia, se observaron cambios, pues compartía sus ideas sin ningún problema. A pesar de que los padres reportaban impulsividad e hiperactividad, ni en las escalas aplicadas ni al interactuar con el niño en persona, se observó este tipo de comportamiento. No le gustaban las actividades en las que hubiera movimiento y prefería estar sentado jugando. Sus niveles de atención, afectaban principalmente a las tareas escolares, pero se observó que estos niveles de atención aumentaron a través del uso de las distintas habilidades EPIDE, llevando al niño a que realizara sus deberes escolares por sí mismo y no con la ayuda constante de su mamá. Tenía problemas para la comprensión de distintos materiales escolares, para lo que las maestras sugerían que fuera cambiado de escuela a una escuela especial para trastornos como los del niño, pero los padres se rehusaron al cambio. Al final de la terapia las maestras reportaron una mejoría en la comprensión de los materiales académicos y una mejor actitud al momento del aprendizaje.

El principal problema con esta familia, tenía que ver con la falta de consistencia en las actividades sugeridas y a la sobreprotección materna. La disciplina fue particularmente compleja, pues en las oportunidades que los padres tuvieron para llevar a cabo el circuito de disciplina en casa, no se arriesgaron a ponerlo en práctica, pues su intención, era que el niño no se sintiera abrumado con este estilo de disciplina. En la última sesión, los padres reportaron que se llevó al niño al tiempo fuera y este comentó que por qué le daban una advertencia si no estaban jugando, no obedeció, y la madre lo llevó al tiempo fuera. Esto llevó a los padres a la comprensión de que el niño debía vivir esta experiencia en casa para que quedará mejor aprendida la parte disciplinar.

## Caso 6

Durante la entrevista, la preocupación principal de estos padres era el problema de la baja autoestima que el niño presentaba, esta tenía repercusiones tanto en su vida social como en la escolar, además, expresaba autocríticas ante su apariencia física y la incapacidad de hacer algo (por conductas perfeccionistas), así mismo, de manera constante demeritaba sus esfuerzos o logros. En los últimos diarios de campo, se observó que con la ayuda de los EE proporcionados por sus padres, estas conductas fueron cambiando, las conductas de autocrítica negativa fueron sustituidas por positivas, elogiando su apariencia, y los pequeños logros que obtenía en sus actividades tanto académicas como extracurriculares.

Durante los primeros SCIDPH, el niño mostró cierta incomodidad cuando sus padres usaban los EE y las D durante el juego. Un par de ocasiones cuestionaba a sus padres por su uso, sin embargo, estas conductas cambiaron, el niño recibía y usaba las estas habilidades EDIPE con sus padres. En cuanto al parafraseo, la complicación que se identificó durante la intervención fue que el niño casi no hablaba durante el juego, además, en pocas ocasiones conversaba con los terapeutas o con los colegas que participaban en la investigación. Sin embargo, los padres mencionaron que hacían uso esta habilidad con frecuencia en otros espacios, esto se vio reflejado, ya que para las últimas sesiones del proceso terapéutico, el niño mantenía conversaciones mucho más largas con las personas con las cuales interactuaba.

En el caso de esta familia, ambos padres lograron hacer un buen uso de las habilidades EPIDE y de la atención estratégica, las cuales utilizaron con maestría para resolver distintas problemáticas en relación a las conductas de su hijo. El niño presentaba ira de forma brusca, dificultades para la integración sensorial y conductas perfeccionistas, por lo que, cuando se presenta un episodio de esta clase de conductas los padres las afrontaron y superaron con éxito con la ayuda de estas habilidades, además, de ayudarlo a lidiar con la frustración.

## 7. Discusión

El objetivo general de esta investigación fue conocer la eficacia de la TIPH en población con diagnóstico de TDAH en niños y niñas de entre 3 y 8 años, específicamente en cuatro variables; las conductas disruptivas, la inatención, la hiperactividad y la impulsividad. Se incluyeron 6 familias con hijos/as con diagnóstico de TDAH de entre 6 a 8 años. Los principales resultados fueron que la TIPH es efectiva en esta población, para disminuir las Conductas Disruptivas y mejorar las habilidades parentales. En las características de

inatención, hiperactividad e impulsividad, se observaron tendencias al cambio favorable, que no alcanzaron a ser estadísticamente significativas.

Con los resultados obtenidos se puede afirmar que la TIPH, ha resultado ser eficaz en el abordaje de los problemas de conductas disruptivas para la mayoría de las familias, siendo los padres y madres, los verdaderos agentes del cambio. Se pudieron observar cambios comportamentales y de la actitud en la mayoría de los niños y las niñas, como en los padres y las madres participantes.

Se identificó una disminución estadísticamente significativa en el número y la intensidad de los problemas de conducta, en las puntuaciones reportadas por los padres y las madres en la prueba ICIE que respondieron en cada sesión. Siendo que hubo una mayor disminución en la Intensidad que en el Número de problemas. Los padres y las madres reportaron al momento de responder la prueba, que seguían observando algunas de las mismas conductas, pero que ahora ya no les molestaban como lo hacían antes de la TIPH. En los diarios de campo, se encontró, que los padres y las madres expresaban, que cada día se sentían en mayor control en los momentos en que las conductas disruptivas aparecían y la utilidad de las habilidades que aprendieron para poder manejar las mismas. Resultados parecidos, obtuvo Matos, M. (2009), donde las madres expresaron una mejora en sus habilidades parentales y por lo tanto, mejores estrategias para manejar los problemas de conducta y sentirse menos afligidas al momento de que estas aparecían.

En cuanto al uso de las Habilidades por Hacer, hubo mejoras significativas en el uso de los EE, la D y el P, siendo el P, una de las habilidades con mayores dificultades para lograr alcanzar niveles de dominio, la mayoría de los padres y las madres expresaron que no entendían muy bien el habla de los niños y niñas y por esta razón les resultaba complejo el uso del parafraseo. La habilidad que más se les facilitó, fue el uso de los EE. Referente a las Conductas por Evitar, hubo mejoras significativas en el uso de las P, las I y la CS. Los padres y las madres, comentaron que la habilidad más compleja de dominar, fueron las P, esto coincide con lo que McNeil y Hembree-Kigin (2011), reportan en el manual de la PCIT, sobre la complejidad que suele conllevar el no uso de preguntas mientras los padres y las madres interactúan con los niños/as.

Se observó una mejora en sus habilidades parentales. Cortes, A., Sierra, A. y Cruz, R. (2020) toman la idea de Wahler y Meginnis (1997) que hablan sobre la enseñanza de la sensibilidad materna y paterna, la cual, ayuda a dar respuestas específicas, que aprueban y/o dan información que genera una retroalimentación clara y enfocada en lo prosocial de las conductas de los niños y las niñas, creando una concordancia ante la respuesta dada por los

padres por el comportamiento de sus hijos o hijas. Esto es, lo que se busca con las habilidades de la TIPH, una forma distinta de ver y de interactuar con los niños y las niñas. Pensamos que esto, es debido a que, en la mayoría de los casos, hay un estigma y un rechazo en distintos espacios del entorno de las y los menores con TDAH, sobre todo en casa y en la escuela, por lo tanto, con la ayuda de las habilidades enseñadas durante este proceso terapéutico, la sensibilidad materna y paterna se ven incrementadas, lo que genera cambios en los vínculos entre los padres, madres y sus hijos e hijas y ayuda en la mejora de las conductas disruptivas en los niños y las niñas.

Dentro de la Actividad Disciplinar, se les proporcionó a los padres y las madres participantes 3 sesiones de teoría sobre la IDP, esto se llevó a cabo previo a la primera medición sobre el uso de las instrucciones y el seguimiento durante la actividad disciplinar. En los resultados obtenidos, observamos que en el NI y las IE, en los padres y las madres y el C en los niños y las niñas, obtuvieron un alto porcentaje de dominio desde la primera sesión y en su mayoría mantuvieron estos mismos niveles hasta el final del tratamiento. Estos resultados son atribuidos a que se les proporcionó, con antelación a las primeras mediciones, a los padres y las madres la teoría y práctica correspondiente, así como lo indica el manual de la TIPH y a los y las menores una sesión de práctica sobre la consecuencia del no cumplimiento a través del oso de peluche. Consideramos que, para tener una medición más exacta sobre las puntuaciones en el pre y post-tratamiento, sobre cómo los padres y las madres estructuran y dan las instrucciones, la evaluación pre-tratamiento debe llevarse a cabo desde la primera evaluación SCIDPH.

Una dificultad considerable que se sostuvo desde el inicio y hasta el final de la aplicación de la IDP, fue la inconsistencia en todo el circuito de seguimiento, pues una vez que el niño o la niña cumplían con la instrucción que se les daba, los padres y las madres olvidaban elogiar específicamente y terminar con el circuito en su totalidad con éxito. A pesar de que los padres y las madres no lograban culminar con éxito, el cumplimiento de los y las menores mantuvo niveles de dominio a lo largo de la IDP. Consideramos que, en su mayoría, debido a que los niños y las niñas expresaban, temor o desagrado por la silla del tiempo fuera, pues para la mayoría resultó aversivo en la sesión de práctica con ayuda del oso, por lo que la mayor parte del tiempo bastaba con dar la advertencia una única ocasión, para que apareciera el cumplimiento. Resultados parecidos obtuvieron Hosogane, N. et al (2018), donde se aplicó la TIPH en dos menores japoneses con TDAH de 4 y 5 años, en donde la aplicación de las Instrucciones Efectivas, llevó al caso 1 a tener una medición pre-tratamiento del 0% de cumplimiento y un 80% en post-tratamiento y en el caso 2, un 43% en pre-tratamiento a un 100% en post-tratamiento. Dejando como evidencia que la aplicación de las instrucciones



efectivas y el circuito disciplinar, genera un sistema adecuado para la aparición del cumplimiento y una forma efectiva de comunicación entre padres, madres e hijos/hijas.

Uno de los principales hallazgos en la Escala de Conners para Padres/Madres, fue el hecho de que, de los 5 casos que concluyeron la terapia de la TIPH en su totalidad, el 80% de los casos en las mediciones pre-tratamiento obtuvieron puntajes necesarios para el diagnóstico de TDAH y en las mediciones post-tratamiento sólo el 20% de los y las participantes, obtuvo puntuaciones consideradas como clínicas para el diagnóstico de TDAH, de acuerdo a lo estipulado por el DSM-V (2013). Resultados similares encontraron Eisenstadt, T. et al (1993), donde en un estudio que realizaron con 24 sujetos, el 71% de los y las participantes en una medición pre-tratamiento, cumplieron con los puntajes necesarios para TDAH y en el post-tratamiento, sólo el 15% de los participantes cumplió con estos criterios. Estos resultados son de particular importancia, pues es conocido el impacto que el TDAH tiene en los y las menores en su vida anímica, social, familiar y escolar, por lo que es una evidencia del cambio positivo que la TIPH puede llegar a tener en la percepción familiar y la forma en la que la relación de padres/madres e hijos/hijas forma vínculos positivos, perspectivas distintas sobre el trastorno y genera una mejor autoimpresión en los y las menores.

En cuanto a las maestras y los maestros, se aplicó el ICMSE-R, donde no se obtuvieron resultados estadísticamente significativos, en cuanto a la Intensidad de los Problemas, sólo en dos de los casos se encontraron puntajes considerados como clínicos en la medición pre-tratamiento, en el C1 y C6 y en el post-tratamiento sólo el C1 bajó a puntajes considerados como típicos, el resto de los casos mantuvieron puntuaciones similares en ambas mediciones, con puntajes considerados como típicos. Se ha considerado el impacto de la poca interacción presencial a causa de la pandemia y la enseñanza a distancia y el poco tiempo que pasaban las maestras y los maestros con los niños y las niñas, pero también, ha cierto grado de empatía que los padres y las madres reportaron en los diarios de campo, acerca de la visión de las maestras y los maestros, en torno al TDAH de los y las menores. No se encontraron antecedentes científicos que hablen sobre el impacto de la pandemia en la aplicación de la TIPH, hasta el momento de la publicación de esta tesis.

En los resultados del Conners para profesores, hubo pocos cambios entre las mediciones pre y post-tratamiento. Salvo las puntuaciones en el C1 que tuvo puntuaciones consideradas como clínicas en hiperactividad, trastorno de conducta, Sobreindulgencia emocional, asocial e índice de hiperactividad, en el postratamiento no arrojó ninguna puntuación clínica. Para el resto de los casos, no hubo diferencias importantes.

En la atención, si bien en la Escala Conners para Padres/Madres no se cuenta con una subescala para la medición de la misma, se encontró en uno de los ítems (31) una disminución considerable en las puntuaciones de desatención en las niñas y los niños. En lo referente a las maestras y los maestros, reportaron en la prueba de Conners para Maestros, una mejoría únicamente en el C1 y un aumento en la desatención en el C2, C4 y C5 y sólo una ligera reducción en el C6. Aunque como ya se mencionó anteriormente, los resultados pudieron haberse visto afectados por la poca interacción alumno/a-profesor/a como efecto de las limitaciones interaccionales de la pandemia. A causa de esta poca interacción, no fue posible para estos, observar algún tipo de cambio. No se cuenta con un precedente igual o similar a los efectos de procesos terapéuticos con la TIPH llevados a cabo durante tiempos de pandemia y post pandemia.

Cualitativamente, los padres reportaron problemas de atención en la entrevista de anamnesis elaborada al inicio de la terapia, donde mencionaron que los y las niñas solían distraerse rápidamente al hacer tareas escolares, quehaceres dentro del hogar y durante las actividades recreativas, pasando de un juego a otro rápidamente. En los diarios de campo, encontramos, que los padres fueron reportando mejoras cualitativamente significativas en los problemas de atención, pues mencionaron que los y las niñas, podían pasar mayor tiempo concentrados en actividades escolares en casa, en los quehaceres del hogar, durante el juego y en la interacción diaria con los niños y las niñas, esto, a través del uso de las habilidades aprendidas con la TIPH. Los resultados más significativos reportados por los padres y las madres, los encontramos en el C1, C2, C3, C4 y C6.

En la variable de la impulsividad, no se encontraron resultados estadísticamente significativos por parte de los padres y las madres en la prueba de la Escala Conners para Padres. En lo individual, se presentaron cambios significativos en el C1 y C6 pasando de puntajes clínicos a puntajes típicos. En el C1, se encontró en los diarios de campo que los padres reportaron mejoras en la impulsividad al momento de la interacción con otros niños y niñas y en los arrebatos emocionales que el niño solía tener. En el C6, se encontró en los diarios de campo que los padres reportaron, una disminución en los arrebatos impulsivos y agresivos del niño. En cuanto al C4 no se presentó una reducción significativa y no se presentaron cambios en los casos C2 y C5. En relación a la impulsividad y los maestros no se cuenta con una subescala relacionada directamente con esta variable.

Hemos considerado que, si bien, a pesar de no haberse realizado ningún tipo de medición acerca de los impactos de la convivencia familiar durante la pandemia y sus efectos post-pandemia, en los diarios de campo se encontró, que todos los padres y madres expresaron durante el proceso de la TIPH, que las relaciones familiares, en especial con los niños y las

niñas, tuvieron un impacto negativo en su percepción y sus niveles de estrés, debido al exceso de tiempo que debieron pasar en casa sin salir al exterior, y las dificultades de la contención y trabajo de la sintomatología durante el tiempo de confinamiento, situación que apenas comenzaba a aminorar en el momento en el que el presente estudio comenzó.

Debe tomarse a consideración, que la impulsividad se compone de otros factores que no necesariamente se ven modificados desde una perspectiva interaccional cómo lo es la inhibición, así como la capacidad de demora de gratificación, las cuales necesitan un proceso de entrenamiento adicional. Aunque consideramos, que a través del uso de las habilidades aprendidas en la TIPH, el impacto puede ser considerablemente positivo, si se hace énfasis en los momentos en que los niños y las niñas logran inhibir los estados impulsivos y mejoras en la demora de la gratificación, en el C6, por ejemplo, cualitativamente, el niño solía tener actos impulsivos agresivos, contra distintos objetos a su alrededor, al final de la TIPH, quedó asentado en los diarios de campo, que el niño se molestaba y lograba inhibir el impulso de descargar la agresividad, tomando con humor los eventos que le sucedían. También en el C1, donde el niño tenía poca tolerancia a que no se cumplieran sus mandatos de manera inmediata, y en diarios de campo quedó asentado que ante la negativa de proveer sus demandas, no estallaba en arrebatos emocionales y malas conductas.

En la variable de los índices de hiperactividad, no hubo cambios estadísticamente significativos por parte de los padres y las madres. Sin embargo, hubo una mejora significativa en el C1 y el C4 que pasaron de puntajes clínicos a puntuaciones consideradas dentro de puntajes típicos en la prueba de Conners para Padres. En los casos C2 y C6, aunque existió una disminución considerable, no lograron alcanzar puntajes por debajo de lo clínico y los resultados del C5 no fueron significativos. En cuanto a los maestros y maestras, se obtuvieron resultados significativos en el C1, cambios no significativos en el C4 y C6, un incremento significativo en el C2 y un incremento no significativo en el C5. Consideramos que los resultados de las maestras y maestros también se vieron afectados por las características de la pandemia antes expuestas.

Acerca del impacto del confinamiento en niños y niñas con TDAH, Bejarano, G. (2020), en un estudio llevado a cabo con 148 niños y niñas de entre 6 a 18 años, con un grupo experimental conformado por 69 niños/as diagnosticados/as con TDAH, y un grupo control de 79 niños/as con un desarrollo considerado como típico, encontraron un incremento y diferencias estadísticamente significativas en ambos grupos antes de la pandemia y después de la pandemia, en características como la Inatención, la Hiperactividad-Impulsividad y los niveles de estrés parental, sin embargo, llegaron a la conclusión que los padres y madres con niños/as con TDAH, ya están acostumbrados a los altos niveles que manejan estos/as menores en

dichas características y fueron las puntuaciones de padres con comportamientos típicos las que se vieron incrementadas a través del confinamiento. Esto nos hace pensar, acerca de como el estrés parental, puede definir de manera importante, el manejo y sostén de la inatención, impulsividad e hiperactividad en los y las niñas con TDAH. Entre mejor es la percepción de las habilidades parentales para el manejo de situaciones donde estas características aparecen, mayor significancia tendrá la forma en la que los padres manejan dichas situaciones. En casos como el C1 y el C6, son una muestra del impacto de la TIPH bajo estas circunstancias que pasaron de puntuaciones consideradas como clínicas, a puntuaciones típicas en la escala Conners para Padres. En el C4 y C5, los padres no tenían una percepción tan negativa de las características del TDAH antes o después del confinamiento y en el C2, la madre dejó asentado en los diarios de campo, que el impacto personal que tenía sobre ella la forma en la que se comportaba la niña, le generaba altos niveles de estrés, lo cual consideramos confirma lo antes dicho.

En cuanto a los problemas de conducta en los padres, las puntuaciones arrojadas por la escala de Conners para Padres, si bien, no hubo resultados estadísticamente significativos, de manera individual los casos C1 y C2 pasaron de puntajes considerados como clínicos a puntajes considerados como típicos. En el C4 y C6 a pesar de no haber tenido puntajes clínicos en el pre-tratamiento, en el post-tratamiento tuvieron una disminución considerable y en el C5, ambos puntajes pre y post-tratamiento fueron muy parecidos. En relación con los problemas de conducta con las maestras y los maestros, no se obtuvieron resultados estadísticamente significativos. Sin embargo, en el C1 en pre-tratamiento tuvo puntajes considerados como clínicos y en el post-tratamiento bajo a puntajes típicos, en el C2 y C4 hubo un ligero incremento, en el C5 se mantuvo en la misma puntuación y en el C6 una disminución ligera. Consideramos que la visión de los y las maestras se vio significativamente modificada por las circunstancias de la pandemia, pero, además, debe considerarse que la intervención de los problemas de conducta, son un fenómeno de interacción bidireccional, por lo tanto, para que la percepción y cambio de estas conductas tenga efectos importantes, se requiere de interacción, aprendizaje y enseñanzas como las que recibieron los padres y las madres, pero no, las maestras y los maestros. Los primeros, que recibieron una capacitación, pudieron aumentar la sensibilidad sobre las extensas conductas de niños y niñas, que ajustó las formas de comunicación y de percepción sobre estas. En estudios centrados en las habilidades de crianza sobre el aumento del elogio y la interacción social en los padres, han expuesto como resultados la mejora en las conductas disruptivas de los y las menores, como lo encontrado por Morales, et al (2016) que muestran resultados similares, en relación con el cambio de conductas en los niños y las niñas, y Bobal, C. (2019), que encontró que las conductas disruptivas tuvieron una mejora significativa y un aumento en las habilidades

prosociales, lo que ayudó a que aumentaran las conductas positivas. También en Wagner, S. (2011) y Nieter, L. Thornberry, T. y Brestan, E. (2013), obtuvieron resultados similares en los parámetros de los problemas de conducta.

No se localizaron antecedentes que se centren específicamente en los efectos de la TIPH en cada uno de los síntomas característicos del TDAH, sino que la mayoría de estos antecedentes se basa en las mejoras de las habilidades parentales y los efectos positivos de la disminución de estrés parental, frente a las conductas disruptivas de los niños y las niñas y en el número y la intensidad de problemas de conducta. Sin embargo, se encontraron resultados como los de, Matos, M. (2009) que encontró que las madres, por encima de los resultados obtenidos en su investigación, expresaron mejoras significativas en la hiperactividad, la impulsividad y la inatención relacionadas con el incremento con sus habilidades parentales y del manejo de los problemas de conducta, que ayudaron a disminuir el estrés en estas. También en los resultados encontrados por Bauermeisterw, J. J. y Bernal, G. (2009), Boggs, R. et al (2004) y Shinn, M. M. (2013), que observaron mejoras en las características propias del TDAH, sin especificar cuáles. Algo parecido sucedió en el presente estudio, donde si bien, estadísticamente no hubo diferencias significativas, en lo individual, algunos/as de los padres y las madres, expresaron mejoras significativas en estas variables. En recomendación para futuras muestras, debería considerarse un mayor número de población y un análisis sobre el estado del matrimonio y la atención psicológica individual tanto de los padres y las madres como de los niños y niñas.

Pensamos que algo que puede abonar a la eficacia de la TIPH, es la atención psicológica individual a los padres y las madres. Pues durante este trabajo, se observaron distintas problemáticas de salud mental como depresión, problemas de pareja, antecedentes mentales sin atender en los padres y madres, estrés, ansiedad y angustia. También a presiones sociales y familiares en torno a la disciplina y la educación empleada hacia los niños y las niñas, que consideramos, intervinieron con el desarrollo de la terapia y sus resultados. En México, la mayor parte de la población no cuenta con servicios de atención psicológica. Según datos publicados por el Gobierno Mexicano (2021), solo 2 de cada 10 personas, buscan atención especializada en relación con problemas de salud mental y lo hacen en un lapso de entre 4 y 12 años después de manifestar síntomas. Esto se debe a que la estigmatización social, frena a las personas para solicitar y recibir cualquier tratamiento profesional relacionado con la salud mental. Por ello, previó a la implementación de la TIPH en cada sesión, y modificando y adecuando la implementación ya establecida en tiempos específicos por el manual de la misma, se otorgó un espacio de tiempo, para que los padres y las madres pudieran expresar de forma más amplia, y a través de un acompañamiento de sus casos particulares, la escucha

de sus angustias, situaciones y problemas, que sucedían dentro de sus familias, en relación con sus hijos y sus hijas y las situaciones de pareja que afectaban sus relaciones familiares, a causa de la presencia del trastorno del TDAH. Es precisamente en estos espacios implementados, que consideramos radica la riqueza de haber implementado la TIPH desde dos áreas de especialización psicológica distintas, Clínica y Educativa. Ya que la naturaleza distinta de ambas corrientes, permitió no sólo la implementación de la TIPH, sino también el sostén psíquico de los padres, las madres y los niños y las niñas participantes en esta investigación.

La psicología clínica nos permitió el sostén de los estados de angustia, el manejo de situaciones y antecedentes históricos de impacto psíquico y del vínculo establecido entre padres y madres y niños y niñas. Desde una visión psicoanalítica, y a pesar de que el tratamiento psicológico desde esta rama se descarta con demasiada premura, se han estudiado los vínculos parentales establecidos en la primera infancia, pensando en estos como formadores de la psique y que establecerán las formas en las que los niños y las niñas se vincularán en un futuro. Este vínculo, puede tomarse como una “unión”, una “atadura” que se conforma a partir del anudamiento de una persona con otra que requiere, de ambas partes, correspondencia, a través de ciertas inscripciones determinadas se genera el vínculo originario, nacido a partir de la unión psíquica entre la madre y el bebé a los que posteriormente se acoplarán otros sistemas vinculares nacidos a partir del núcleo familiar. (Laplanche, J., Pontalis, J.B. 1967). Estos vínculos con las personas de lo cotidiano del niño, le permitirán desarrollar cierto apego, y a través de este apego, formado con la madre y el padre, le permitirá organizar sus conductas, de forma que se crea cierta proximidad con ellos y cierta seguridad (Tenorio, S., Santelices, M.P y Carola, J. 2009).

El TDAH, tomado entonces desde sus manifestaciones básicas como la hiperactividad, la desatención y la impulsividad, pudiera observarse como una forma de expresión de malestar psíquico, y que, a través del síntoma, nos permite ver la condición psíquica de las y los niños diagnosticados con el trastorno. Una forma de expresar el malestar y al mismo tiempo, un intento por restablecer aquello que se percibe como dañado, ese vínculo primario establecido con las figuras paternas y maternas, que requieren de una resignificación y de nuevas formas de vinculación (Jaroslavsky, E. 2015).

Habría que puntualizar, que, en el trabajo analítico con niños, existe una importancia primordial hacia la incapacidad de expresar con palabras, ya que desconocen y no tienen una forma certera de expresar su propio padecimiento psíquico, pero que encuentra una forma de inervar para expresarse a través del cuerpo. Por medio de las expresiones de este (hiperactividad/impulsividad) y de un escape fantasioso para alejar el malestar que se padece

(desatención). Tomando como base inicial la de la interacción dirigida por el/la niño/a (IDN), el primer paso de la implementación de la TIPH, es precisamente la de establecer y mejorar la forma en la que los padres y las madres se vinculan con los niños y las niñas, esto ha permitido una comprensión mucho más amplia, sobre el fenómeno del TDAH y las formas de contención que los padres y las madres llegaron a requerir, dentro del espacio que fue designado para escuchar muchos de los problemas en relación al diagnóstico de los y las menores.

Lo anterior, es importante ya que, para la efectividad del uso de las habilidades sugeridas por la TIPH, se depende de la forma en la que se plasman, desarrollan y trasladan los apegos y vínculos entre los niños y niñas y sus padres y madres. Y estas particularidades subjetivas en los padres, intervienen directamente sobre los efectos de la terapia. Esto se debe a que las funciones de sostén que los padres y madres otorgan a los niños, son el enlace a la forma en la que los y las menores, aprenden a relacionarse con los objetos de su entorno, y la forma en la que establecen relaciones afectivas con otros a su alrededor (Winnicott, D. 1965), al establecer o modificar los vínculos parentales de una forma distinta entre ambas partes, la percepción de las características propias del TDAH por parte de padres y madres y los vínculos que los niños y las niñas establecen con ellos y con su entorno, cambian de manera positiva. Casas, A. (2009) dice que, en algunos casos, donde los vínculos parentales no se han establecido o se han fracturado, el sujeto tiende a desarrollar un sistema propio, a través del cual, se busca establecer estos vínculos, para reparar inconscientemente aquello que se percibe como una falta o una ausencia.

Sí tomamos en cuenta, entonces, esta forma de observar los vínculos, en la conjugación de lo clínico con lo cognitivo-conductual, nos permitió trabajar desde dos visiones en las relaciones parentales con sus hijos e hijas. Entendemos que el desarrollo humano requiere de lo psíquico, lo inconsciente, lo cognitivo, lo social y de otras esferas que le permiten al ser humano su propia formación y evolución (Migone, P. y Liotti, G. 1998). De esta manera, la psicología educativa, nos permitió conocer las etapas de desarrollo de las y los niños, y las conductas típicas de menores en el rango de edad de 6 a 8 años, que fue la muestra de población que logró incluirse en la convocatoria. Esto ayuda a delimitar si el estilo de juego y la interacción que llegan a tener los padres y las madres son adecuadas para los estándares típicos del desarrollo de los infantes. Esto nos permitió dar herramientas a los padres y las madres, en cuanto a la sensibilidad de interacción con sus hijos e hijas y en comprender que se encuentran en una etapa, en la cual, están aprendiendo a regularse emocionalmente, por lo tanto, los padres y madres cambiaron la forma en la que se dirigían y reaccionaban ante la aparición de las conductas disruptivas en estos.

Una parte fundamental de la terapia es brindar a las y los niños herramientas para la adaptación a su medio, sobre todo a lo prosocial. Vygotsky (1993) las predominó como las herramientas de la mente, las cuales amplían la capacidad mental para permitir a los seres humanos adaptarse a su medio ambiente, y además, éstas influyen directamente en las conductas físicas, cognitivas y emocionales del mismo. Estas herramientas se brindan inicialmente de forma interpersonal, es decir, por medio del otro, que es el papel que tomaban los padres al usar las habilidades EPIDE al adaptarlas a la edad de desarrollo de sus hijos e hijas. Conforme los niños incorporan estas herramientas a su propio proceso de pensamiento, éstas se modifican y se hace intrapersonal o individual, es decir, que las usaran ellos mismo sin la necesidad de la intervención de sus cuidadores.

Todas estas herramientas fueron dadas a través del juego. Leóntiev (1978) propone el concepto de actividad conductora, la cual es la forma en la que los niños interactúan con el ambiente que conduce a logros en el desarrollo. La actividad conductora, es el único tipo de interacción que produce logros mayores en el desarrollo, funda las bases para otras actividades e induce la creación de nuevos procesos mentales y la reestructuración de los ya establecidos. (Bodrova, E. y Leong, D. 1996). En estas edades, la actividad más importante es el juego.

El juego, es el elemento por el cual logramos desarrollar habilidades cognitivas en las y los niños; se estimula la imaginación, las funciones psicológicas superiores como son; el lenguaje y la atención, habilidades prosociales como son; la toma de turnos, el juego con reglas y la regulación emocional, la resolución de problemas, habilidades de integración motriz de y de senso-percepción, entre otras. Con lo anterior y pensando en el desarrollo de las y los infantes, se establecieron distintos materiales en la actividad del juego, tanto en el espacio de atención como en casa, tomando en cuenta las particularidades y necesidades de cada una de las familias participantes.

Así mismo, cada una de estas familias fueron manifestando, distintas complicaciones en cuanto al desarrollo de sus hijos y sus hijas, por lo que, se les brindaron estrategias de intervención para implementar en casa, siendo las más comunes; problemas de lenguaje expresivo y comprensivo, la regulación emocional, herramientas extra para trabajar el cumplimiento en casa, todo esto, formulado a partir de las distintas habilidades desarrolladas a lo largo de la TIPH.

Con base en los resultados obtenidos y la buena participación de los niños y las niñas durante la intervención, se considera viable usar esta terapia hasta los 8 años. Esto refleja lo que dice la teoría de apego de Bowlby, J. (1989) sobre el mantenimiento de proximidad, que es estar



cerca de aquellas personas con las que se había creado un vínculo. Ya que los niños, buscaban y disfrutaban el tiempo que pasaban con sus padres y madres durante el juego especial utilizado en esta terapia, tanto en casa, como en el espacio clínico. Cualitativamente, a lo largo de la terapia, a través de lo que contaban los padres y las madres sobre su experiencia con la TIPH, junto con observaciones dentro del espacio clínico, se observó cómo los niños y las niñas fueron fortaleciendo los vínculos con sus padres y sus madres, lo que permitió también que se desarrollarán nuevas formas de comunicación entre ambas partes.

Tomando en cuenta las observaciones realizadas a lo largo de los diarios de campo, notamos que el entusiasmo, es una de las habilidades que mayor dificultad tuvo, en especial en los padres, consideramos que, en gran parte por cuestiones culturales, los padres están menos acostumbrados a expresar sus emociones y por ello les fue más difícil poder mostrarse entusiastas al momento del juego, o bien, por el tipo de personalidad tanto de los padres como de las madres. Sánchez, R. y Díaz, R. (2009) refieren que las expresiones emocionales en México, están mayormente en autocontrol en las figuras de autoridad, porque se considera culturalmente que dichas figuras, ven amenazada su jerarquía y por ende, existe una tendencia a ocultar y reprimir ciertas emociones, no se especifica si es un fenómeno más presente en hombres que en mujeres, sino que se centra en la posición que los adultos toman hacia su entorno. Para ello, sugerimos que los juguetes empleados al momento del juego con los niños y las niñas, también sean de interés para los padres y las madres, porque esto les permite un mayor índice de intervención al momento del juego, ya que, disfrutaban del mismo junto con sus hijos e hijas y les permite interactuar de manera mucho más natural y menos controladora.

Una modificación cultural importante, tiene que ver con las expresiones propias de la población mexicana, por lo que expresiones como “¡Eso!”, “¡Que chingón!”, “¡Chido!”, “¡Que Padre!”, “¡Padrísimo!”, “¡Ándale!” “¡Órale!”, “¡Me Late!” y “¡Arre!”, fueron tomadas como expresiones de aprobación y de elogio hacia las conductas de los niños y las niñas. Consideramos que uno de los mayores logros, tiene que ver con la adaptación del manual a población latinoamericana, y a su traducción al español, pues la única versión que el equipo de este estudio pudo conseguir, fue la versión en inglés. Adaptar, esta terapia a población mexicana, ayudaría precisamente a comprender las particularidades psíquicas de la población y los modismos, como los aquí señalados.

### 7.1 Limitaciones del Estudio

Una de las principales limitantes es la edad de la población. La terapia está diseñada para trabajar con niños en edad preescolar con problemas de conducta y contiene adaptaciones

específicas para trabajar con algunos trastornos como el TDAH y el TEA (McNeil, C. y Hembree-Kigin, T., 2011). Sin embargo, en nuestro país, a diferencia de otras culturas, el diagnóstico de los niños y las niñas se hace de forma más tardía, por lo que el presente estudio extendió el límite de edad de los 6 a los 8 años. Esto brinda la oportunidad de explorar los límites de atención de esta terapia, es decir, hasta que edades son significativas las habilidades que se utilizan en esta.

Algunos de los problemas al momento de utilizar las habilidades, se relacionan con la edad de los niños y las niñas, esto, debido a su madurez y nivel de desarrollo cognitivo, ya que estos/as manifestaban desaprobación con el uso de algunas de las habilidades EPIDE durante el juego. Las y los infantes más grandes, al contar con un desarrollo cognitivo más complejo, requieren de una interacción más compleja por parte de sus cuidadores, es decir, adaptar las habilidades EPIDE a la demanda cognitiva de las y los niños. Algunos/as de los y las participantes, se encontraban en una etapa de desarrollo preoperatorio casi llegando a la etapa de operaciones concretas, la cual se caracteriza por inicios del razonamiento, aparición de funciones mentales superiores y motivación intrínseca para aprender. Por lo tanto, las niñas y los niños, exigen una correspondencia por parte de sus padres, ya no bastaban juguetes básicos de construcción sino más complejos como los legos, ya no aceptaban descripciones relacionadas a las cualidades de color, tamaño o forma sino repuestas complejas como datos curiosos en relación al juego o una jerga más compleja.

Un aspecto dentro de nuestra experiencia que pudiera ser una limitante, es no contar con las habilidades de contención y de escucha, por parte del equipo de psicólogos y psicólogas, hacía las manifestaciones emocionales de los padres y las madres al momento de abordar las problemáticas relacionadas con el TDAH, y a la limitada visión de los mismos para asistir a una trabajo terapéutico individual, que les permita tener un espacio propio de escucha para poder trabajar sus propias particularidades psíquicas.

A pesar de que se encontraron en los diarios de campo comentarios por parte de los padres y madres de una mejora, en cuanto al malestar psíquico que les generaba los problemas de conductas de las y los infantes, junto con cambios estadísticamente significativos en el número y en la intensidad de los problemas del ICIE, no contamos con datos estadísticos que respaldan si se obtuvieron cambios estadísticamente significativos en cuanto al estrés parental, por lo que, consideramos que es importante para futuras investigaciones, se apliquen mediciones de estrés parental antes y después del proceso terapéutico, para obtener datos de cómo cambian las perspectivas de los padres y las madres en relación a esta variable.

## 8. Conclusiones

La TIPH es una intervención adecuada para familias con hijos e hijas con TDAH de 3 a 8 años, en el manejo de Conductas Disruptivas. En las características de inatención, hiperactividad e impulsividad, se observaron tendencias al cambio favorable, que no alcanzaron a ser estadísticamente significativas.

## 9. Bibliografía

- Abidin, R. R. (1995) Parenting Stress Index. Psychological Assessment Resources.
- American Psychiatric Association, APA (1980). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3ª ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association, APA (2003) Trastorno por déficit de atención y comportamiento perturbador. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. En: Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV-TR. Pp 97-107.
- American Psychiatric Association, APA (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5ª ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. Pp 33-38.
- Ávila, V., Sarmiento, E., Brenes, M., Gutiérrez, M., Escoto, J. Tapia, L., Torres, A., Arrieta, M. y Manzano, M. (2009). Guía Clínica Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro.
- Bejarano, G. (2022) Impacto de la Pandemia COVID-19 en niños/as y adolescentes con trastorno por déficit de atención con hiperactividad y desarrollo típico. Tesis de Grado. Universidad de Almería. España.
- Bielsa, A. y Tomás, J (2016) Hipercesia. Centre Londres 94. Pp. 1-28.
- Bunge, E., Gomar, M. y Mandil, J. (2009) Terapia Cognitiva con niños y adolescentes. Aportes Tecnicos. Seda edición. Editorial: Librería Akadia
- Bobal, C. (2019). Improving parent-child interactions and generalized problem-solving skills in families of children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder through adapted parent child interaction therapy. In Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering (Vol. 81, Issues 9-B). <https://ezproxy.unav.es/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,cookie,uid&db=psyh&AN=2020-28117-038&lang=es&site=edslive&scope=site%0Ahttps://ezproxy.unav.es/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true>
- Boggs, S., Eyberg, S., Edwards, D., Rayfield, A., Jacobs, J., Bagner, D. y Hood, K. (2004) Outcomes of Parent Child Interaction Therapy: A comparison of Treatment Completers and Study Dropouts One to Three Years Later. Child & Family Behavior Therapy. Vol. 26, No. 4. Pp.1-23.
- Bowlby, J. (1998) :El apego. El apego y la pérdida. Barcelona, Paidós.
- Bodrova, E. y Leong, D. (1996) Herramientas de la mente; El aprendizaje en la infancia desde la perspectiva de Vygotsky. Editorial: Pearson Prentice Hall.
- Casas, A. (2009) ¿Hiperactividad o trastorno del vínculo? Historial de Marta, Paciente de 8 años de edad. Aperturas psicoanalíticas. Revista Internacional de psicoanálisis. No. 033 <http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=0000613>
- Castro, A. y Valero, L. (2021) Aplicación de la Terapia de Interacción Padre-Hijos (PCIT en dos niñas con problemas de conducta. Centro de Psicología IPSE, Motril, Granada; Universidad de Málaga (España).

- Chronis-Tuscano, A., Lewis-Morrarty, E., E. Woods, K. A. O'Brien, K., Mazursky-Horowitz, H., R. Thomas, S. (2014) Parent-Child Interaction Therapy With Emotion Coaching for Preschoolers. PII:S1077-7229(14)00126-6
- With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder
- Conners, C.K. (2008). Conners 3ª Edition. Toronto Ontario: Multi-Health Systems.
- Cortes, A., Sierra, A. y Cruz, R. (2020) Behavioral Intervention in Mother–Child Dyads with Physical Child Abuse: Matching Theory in Clinical Setting. Springer. Psychol Rec (2021) 71:95-107 DOI 10.1007/s40732-020-00417-y.
- Córdoba, J. (2014)Estilos de crianza vinculados a comportamientos problemáticos de niñas, niños y adolescentes. Argentina.
- DuPaul GJ, Power TJ, Anastopoulos AD, Reid R. (1998) ADHD Rating Scale-IV: Checklists, Norms, and Clinical Interpretation. New York: The Guilford Press.
- Durá, T., Diez, V., Yoldi, M. E. y Aguilera, S. (2013) Modelo dietético en pacientes con déficit de atención e hiperactividad. Anales de Pediatría. Vol. 80, No. 4. Pp. 206-213.
- Eisenstadt, T., Eyberg, S., Bodiford, C., Nocomb, K. y Funderburk, B. (1993) Parent-Child Interaction Therapy With Behavior Problem Children: Relative Effectiveness of Two Stages and Overall Treatment Outcome. Journal of Clinical Child Psychology. Vol. 22, No. 1. Pp. 42-51.
- Emond, V., Joyal, C. y Poissant, H. (2008) Structural and functional neuroanatomy of attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). L'Enéphale,, Vol. 35, No. 2. pp. 107-114.
- Eyberg, S.M. & Pincus, D. (1999). Eyberg child behavior inventory and Sutter-Eyberg student behavior inventory - Revised. Professional manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Eyberg, S.M. (1988). Terapia de interacción padre-hijo: Integración de terapia tradicional y conductual preocupaciones. Terapia conductual infantil y familiar.
- Eyberg, S.M. (1999). Terapia de interacción entre padres e hijos: listas de verificación de integridad y sesión de materiales.
- Eyberg, S.M. y Pincus, D. (1999). Eyberg child behavior inventory and Sutter-Eyberg student behavior inventory - Revised. Professional manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Faraone, S. y Mick, E. (2010) Molecular Genetics of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Psychiatr Clin North Am. Vol. 33, No. 1. pp. 159-180.
- Ferré, A. y Narbona, J. (2001) EDAH. Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. TEA Ediciones.
- Fernández, M., Butter, A. y Eyberg, S. (2011) Treatment Outcome for Low Socioeconomic Status African American Families in Parent-Child Interaction Therapy: A Pilot Study. Child & Family Behavior Therapy. Vol. 33, No. 1. Pp. 32-48. 10.1080/07317107.2011.545011
- Galimberti, U. (2002) Diccionario de Psicología. Siglo veintiuno editores. pp 937.
- García, F. (2017) Prehistoria del TDAH: aditivos para un diagnóstico insostenible. Papeles del Psicólogo, Vol. 38, Núm. 2. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. España.
- García, R. y Ascanio, L. (2017) Combinando la terapia de aceptación y compromiso con la terapia de interacción padres-hijos en un niño con graves problemas de conducta. Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes.
- Garelli, J. y Montuori, E. (1997) Vínculo afectivo materno-filial en la primera infancia y teoría del attachment. Pediatría práctica. Vol. 95. Pp. 122-125.
- González, M. I. y Villamizar, D. A. (2010) El concepto de hiperactividad infantil en perspectiva: breve análisis de su evolución histórica. Revista de Historia de la Psicología. Vol. 31, Núm. 4. Valencia España. Pp. 23-36.

- Greene, R. Goring, J., Raezer, L. Markey, J., Monuteaux, M., Henin, A., Edwards, G. y Rabbit, S. (2004) Effectiveness of Collaborative Problem Solving in Affectively Regulated Children With Oppositional-Defiant Disorder: Initial Findings. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol. 72, No. 6. Pp. 1157-1164.
- Hervás, A. y Durán, O. (2014) TDAH y su comorbilidad, *Pediatría Integral*. SEPEAP. Volumen XVIII, Número 9. pp. 643-654.
- Hesslinger, B., Tebartz, L., Thief, T., Haegele, K., Hennig, J. y Ebert, D. (2002) Frontoorbital volume reductions in adult patients with attention deficit hyperactivity disorder. *Neuroscience Letters*. Vol. 328. Pp. 319-321.
- Jaroslavsky, E. (2015) El vínculo primario: la matriz del vínculo. En: *Psicoanálisis & Intersubjetividad*. Familia, Pareja, grupos e Instituciones.
- Kamphaus, R. y Reynolds, C. (1998) Sistema de Evaluación del Comportamiento Infantil Escala de Valoración de los padres. BASC-PRS.
- Kiddie, J. Y., Weiss, M. D., Kitts, D. D., Levy-Milne, R. y Wasdell. M. B. (2010). Nutritional Status of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Pilot Study. *International Journal of Pediatrics*. Vol. 2010. Pp. 1-8.
- Kocka, A. y Gagnon, J. (2014) definition of impulsivity and related terms following traumatic brain injury: a review of the different concepts and measures used to assess impulsivity, disinhibition and other related concepts. *Behavioral Sciences*. No. 4. pp. 352-30.
- Konofal, E., Lecendreux, M., Arnulf, I. y Mouren, M. C. (2004). Iron Deficiency in Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Arch Pediatr Adolesc Med*. Vol. 158. Pp. 1113-1115.
- Laplanche, J. y Pontalis, J.B. (1967) *Diccionario de Psicoanálisis*. Editorial Labor. Barcelona. Pp. 93.
- Larson, K., Russ, A., Kahn, R. y Halfon, N. (2011) Patterns of Comorbidity, Functioning, and Service Use for US Children With ADHD, 2007. *American Academy of Pediatrics*. Núm. 127. Pp. 462-470.
- Londoño, L. (2009) La atención: un proceso psicológico básico. *Revista de la Facultad de Psicología Universidad Cooperativa de Colombia*. Vol. 5, No. 8. Pp. 91-100.
- Leont'ev, A. (1978). *Activity, consciousness, and personality*, Englewood Cliffs, N.J., PrenticeHall.
- López, C.S. y Romero, A. M. (2014) TDAH y trastornos del comportamiento en la infancia y en la adolescencia. Clínica, diagnóstico, evaluación y tratamiento. México: difusora Larousse. Editorial Pirámide. pp. 171-178.
- Loro, M., Quintero, J., García, N., Jiménez, B., Pando, F., Varela, P., Campos, J. A. y Correas, J. (2009) Actualización en el tratamiento del trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*. Vol. 49, No. 5. Pp. 257-264.
- Maciá, D. (2012) Tratamiento del TDAH. En: *TDAH en la infancia y la adolescencia*. Concepto, evaluación y tratamiento. Editorial Pirámide. Pp. 107-190.
- Martínez, M. T. (1998) *La Hiperactividad Infantil Principales Enfoques Terapéuticos*. Ediciones Universidad de Salamanca. Vol. 8. Pp. 3-27.
- Matos, M., Bauermeister, J. J. y Bernal, G. (2009) Parent-Child Interaction Therapy for Puerto Rican Preschool Children with ADHD and Behavior Problems: A Pilot Efficacy Study. *Family Process*, Vol. 48, No. 2. Pp. 231-253.
- Matthews, M., Nigg, J. T. and Fair, D. A. (2014) Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Curr Top Behav Neurosci*. No. 16. pp. 235-266.
- McNeil, C. B. y Hembree, T. L. (2011) *Parent-Child Interaction Therapy*. Editorial Springer. New York.
- McNeil, C. B., & Hembree-Kigin, T. L. (2010). *Parent-Child Interaction Therapy (Second, Vol. 0, Issue 15)*. Springer US. <https://doi.org/10.1007/978-0-387-88639-8>

- Mick, E., Biederman, J., Prince, J., Fischer, M. y Faraone, S. (2002) Impact of Low Birth Weight on Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Developmental and Behavioral Pediatrics*. Vol. 23, Núm. 1. Pp. 16-22.
- Migone, P. y Liotti, G. (1998) El Psicoanálisis y la Psicología Cognitivo-Evolutiva: un intento de integración. *Revista Internacional de Psicoanálisis Aperturas*. Vol. 79. Pp. 1071-1095.
- Moreno, M. A., Martínez, M. J., Tejada, A., González, V., García, O. y Grupo de Estudio del Adolescente (greAdol) de la SMAFYC (2015). Actualización en el tratamiento del trastorno del déficit de atención con/sin hiperactividad (TDAH) en Atención Primaria. *Revista Clínica Médica Familiar*. Vol. 8, No. 3. Pp. 231-239.
- Morales-Chainé, S., Martínez-Ruiz, M. J., Martín del Campo, R. y Nieto-Guitérrez, J. (2016). Las prácticas de crianza y la reducción de los problemas de conducta infantil. Universidad Nacional Autónoma de México; Centro Nacional para la Atención y Prevención de las Adicciones (México).
- Mulas, F. (2012) TDAH PREESCOLAR: Diagnóstico e intervención terapéutica. XIV Curso Internacional de Neuropediatría y Neuropsicología Infantil. Valencia, España.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2006). Parent train-ing/education programmes in the management of children with conduct disorders. Lon-don: Author.
- Nietzer, L., Thornberry, T. & Brestan, E. (2013) The Effectiveness of Group Parent-Child Interaction Therapy with Community Families. *J Child Fam Stud*. Vol. 22. Pp. 490-501.
- Nixon, R. (2001) Changes in Hyperactivity and Temperament in Behaviorally Disturbed Preschoolers after Parent-Child Interaction Therapy (PCIT). *Behavior Change*. Vol. 18, No. 3. Pp. 168-176.
- Olza, I. (2015) Tratamiento no farmacológico del TDAH en niños pequeños. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría, Madrid. Lúa Ediciones. Vol. 3. Pp. 153-158.
- Palacios-Cruz, L., de la Peña, F., Valderrama, A., Patiño, R., Calle Portugal, S. P., & Ulloa, R. E. (2011). Conocimientos, creencias y actitudes en padres mexicanos acerca del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). *Salud Mental*, 34(2), 149–155.
- Posner, M., Sheese, B., Odludas, Y. y Tang, Y. (2006) Analyzing and Shaping human attentional networks. *Neural Networks*. Vol. 19. Pp. 1422-1429.
- Quintero, J y Castaño de la Mota, C. (2014) Introducción y etiopatogenia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). *Pediatría Integral*. Vol. XVIII, No. 9. pp. 600-608.
- Ramos, C., Paredes, L., Andrade, S., Santillán, W y González, L. (2016) Sistemas de Atención Focalizada, Sostenida y Selectiva en Universitarios de Quito-Ecuador. *Revista Ecuatoriana Neurológica*. Vol. 5, No. 1-3. Pp. 34-38.
- Reich, W., Shayka, M. y Taiblenon, C. H. (1988). Diagnostic Interview for Children and Adolescents Revised, version 7.2. Lourdes Ezpeleta, traductora (1991). Manuscrito no publicado. Washington University: Division of Child Psychiatry, St. Louis.
- Reynold, C. R. y Kamphaus, R. W. (1992) BASC: Sistema de Evaluación de la Conducta en niños y adolescentes. Manual. TEA Ediciones.
- Rivero, P. et al (2010) Diagnóstico. En: Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes. Ministerio de Ciencia e Innovación. Cataluña, España. pp. 59-69, 104-109.
- Sánchez, P. Giraldo, J. y Quiroz, M.F. (2013) Impulsividad: una visión desde la neurociencia del comportamiento y la psicología del desarrollo. *Avances en Psicología Latinoamericana*. Vol. 31. pp. 241-251.
- Saucedo, J. M. y Maldonado, J. M. (2005) Medicamentos Estimulantes en el Tratamiento del TDAH. *Plasticidad y Restauración Neurológica*. Vol. 4, Núm. 1-2. Pp. 75-80.

- Shahrokh, A., Ayyoub, M., Majid, S. y Salman, A. (2012) Pregnancy-Related Maternal Risk Factors of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A case-Control Study. *International Scholarly Research Network*. Vol. 2012. Pp. 1-5.
- Shinn, M. M. (2013) Parent-Child Interaction Therapy With a Deaf and Hard of Hearing Family. *Clinical Case Studies*. Vol. 12, No. 6. Pp. 411-427.
- Soutullo, C. y Álvares, M.J. (2014) Tratamiento farmacológico del TDAH basado en la evidencia. *Pediatría Integral*. Vol. XVIII, No.9. pp. 634-642.
- Still, G. (1902) Some Abnormal Psychological Condition in Children. *The Coulstonian Lectures*. P. 1009
- Swanson, J., Nolan, E. y Pelham, W. (2003) SNAP-IV-R Rating Scale-Revised y SNAP-IV: Teacher and Parent Ratings Scale.
- Taylor, J., Martin, J., Lu, Y., Brikell, I., Lundstrom, S., Larsson, H. y Lischtenstein, P. (2019) Association of Genetic Risk Factors for Psychiatric Disorders and Traits of These Disorders in a Swedish Population Twin Sample. *JAMA Psychiatry*. Vol. 76, No. 3. Pp. 280-289. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2018.3652
- Tenorio, S., Santelices, M.P. y Carola, J. (2009) Apego, sensibilidad paterna y patrón de interacción del padre con su primer bebé. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, Vol XVIII, Núm 1, pp.51-58.
- Thapar, A., Cooper, M., Eyre, O. y Langley, K. (2013) Practitioner Review: What have we learnt about the causes of ADHD?. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. Vol. 54, No. 1. Pp. 3-16.
- Thomas, R., Sanders, S., Doust, J., Beller, E., & Glasziou, P. (2015). Prevalence of attention deficit/hyperactivity disorder: A systematic review and meta-analysis. *Pediatrics*, 135(4),e994–e1001. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-3482>
- Trasande, I., Shaffer, R., Sathyanarayana, S. y AAP Council on Environmental Health (2018) Food Additives and Child Health. *Pediatrics*. Vol. 142, No. 2. Pp. 1-11.
- Trejo, C. (2016) Manual Cognitivo-Conductual, dirigido a padres para el control de los principales síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad, de niños con TDAH. Tesis de Licenciatura en Psicología Educativa. Universidad Pedagógica Nacional.
- Urquiza, A y Timmer, S. (2012) Un Programa para la Mejora de las Relaciones Padres-Hijos. La Terapia de Interacción Padres-Hijos. University of California at Davis Children's Hospital, USA.
- Vera, A., Ruano, M. y Ramírez, L. (2007) Características clínicas y neurobiológicas del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Corporación Editora Médica del Valle*. Vol. 38, Núm, 4. Pp. 433-439.
- Volkow, N. D., Wang, G., Kollins, S. H., Wigal, T., Newcorn, J., Telang, F., Fowler, J., Zhu, W., Logan, J. Ma, Y., Pradhan, K., Wong, C. and Swanson, J. (2009) Evaluating Dopamine Reward Pathway in ADHD. *JAMA*. Pp. 1084-1091. doi:10.1001/jama.2009.1308.
- Wagner, S. (2011) The effects of Parent-Child Interaction Therapy on Symptoms and Impairment in Young Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Tesis Doctoral. Eberly College of Arts and Sciences at West Virginia University. Department of Psychology.
- Wechsler, D. (2003) WISC-IV: Escala de Inteligencia de Wechsler para niños. Consejo General de la Psicología de España.
- Winnicott, D.W. (1965) La Teoría de la Relación Paterno-Filial. En: *El proceso de maduración en el niño*. Estudios para una teoría del desarrollo emocional. Editorial LAIA. Pp. 41-63
- Wolraich, M. L., Hagan, J. F., Allan, C., Chan, E., Davison, D., Earls, M., Evans, S. W., Flinn, S. K., Froehlich, T., Frost, J., Holbrook, J. R., Lehmann, C. U., Lessin, H. R., Okechukwu, K., Pierce, K. L., Winner, J. D., & Zurhellen, W. (2019). Clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Pediatrics*, 144(4). <https://doi.org/10.1542/peds.2019-2528>

## Consultadas

- Achenbach, T. M. y Edelbrock, C. (1983) Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Balbuena, F., Barrio, E., González, C., Pedrosa, B., Rodríguez, C., Yaguez, L. A. (2014) Protocolo para la Detección y Evaluación del Alumnado con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en el Ámbito Educativo. Gobierno de Principado de Asturias.
- Barragán, E., De la Peña, F., Ortiz, S., Ruiz, M., Hernández, J., Palacios, L y Suárez, A. (2007) Primer consenso latinoamericano de trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Vol 64. pp. 326-343.
- Chess, S. (1960). Diagnosis and treatment of the hyperactive child. *New York State Journal of Medicine*, 60, 2, 379-2385.
- Ferro, R. y Ascanio, L. (2014) Terapia de interacción Padres-hijos (PCIT) Parent-Child Interaction Therapy (PCIT). Centro de Psicología Clínica C.E.D.I. Granada. Pp. 169-180.
- Harter, S. & Pike, R. (1984) The Pictorial Scale of Perceived Competence and Social Acceptance for Young Children, PCSA. *Child Development*. Vol. 55, No. 6. Pp. 1969-1982.
- Hernandez, R. (2014) Diseño, muestra y alcance de investigación. Metodología de la investigación. Editorial McGraw Hill. Pp. 26, 162, 209, 222-223.
- INEGI. (2019) Estadísticas a propósito del día del Niño (30 de Abril) Datos Nacionales. Comunicado de prensa. Pp. 1-10.
- Kazdin, A. (1997) Practitioner Review: Psychosocial Treatments for Conduct Disorder in Children. *Association for Child Psychology and Psychiatry*. Vol. 38. No. 2. Pp. 161-178.
- Korzeniowsk, C. e Ison, M. S. (2008) Estrategias Psicoeducativas para Padres y Docentes de Niños con TDAH. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. Vol. XVII, Núm. 1. Pp. 65-71.
- Organización Panamericana de la Salud (2008) Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la salud. 10a. revisión.
- Polancyk, G., De Lima, M., Horta, B., Biederman, J. y Rohde, L. (2007) The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *American Journal of Psychiatric*. Volumen 164:6. pp. 942-948.
- Ripol, B. (2015) Detección e intervención del TDAH en la Educación.
- Robles, Z. y Romero, E. (2011) Programas de entrenamiento para padres de niños con problemas de conducta: una revisión de su eficacia. *Anales de psicología*. Vol. 27, No. 1. Pp. 86-101.
- Still, G. (2006) Some Abnormal Psychological Conditions in Children. *Journal of Attention Disorders*. Vol. 10, No. 2. Pp. 126-136.
- Thapar, A. y Stergiakouli, E. (2008) An Overview on the Genetics of ADHD. *Europe PMC Funders Group*. Vol. 40, No. 10. Pp. 1088-1098.
- Villavicencio, C., Armijos, T. y Castro, M. (2020) Child disruptive behaviors and parenting styles. *Revista Iberoamericana de Psicología*. Vol. 13, No. 1. pp. 140-150.



## 10. Anexos

### Anexo 1

---

**Universidad Autónoma de Querétaro**  
**Área de Psicología Clínica y Educativa**

**EFICACIA DE LA TERAPIA DE LA INTERACCIÓN PADRES-HIJOS EN  
FAMILIAS CON NIÑOS Y NIÑAS DE 3-8 AÑOS CON DIAGNÓSTICO DE  
TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD**

**Consentimiento informado**

#### Procedimiento

El presente estudio se titula "Intervención a través de la Parent-Child Interaction Therapy (PCIT por sus siglas en inglés) en niños y niñas diagnosticados (as) con TDAH y sus padres y madres." Tiene como objetivo conocer la eficacia de la PCIT en población con diagnóstico de TDAH. Su participación y la de su hijo o hija, consta de 3 etapas que a continuación describiremos con detalle.

**Etapas 1.** Llevaremos dos sesiones de evaluación, en la que se aplicará una entrevista de anamnesis y cuatro cuestionarios; Inventario de Comportamiento Infantil (Eyberg Child Behavior Inventory, ECBI, por sus siglas en inglés), 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; con la finalidad de conocer la historia de desarrollo de su hijo o hija, así como las principales dificultades que enfrentan en su proceso de desarrollo.

**Etapas 2.** Tendremos aproximadamente 12 sesiones de una hora, las cuales se dividirán en dos fases, la primera de ellas consta 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 la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Querétaro. 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 Padre (PDI por sus siglas en inglés para Parent-Directed Interaction), las 5 sesiones restantes son prácticas, en donde se entrenan las habilidades PDI, las cuales, se realizarán de manera presencial. Durante todo este proceso tendrá que realizar una única tarea en casa: dedicar 5 min todos los días para jugar con su hijo o hija, y llenar una hoja de tarea, que le facilitaremos semanalmente, la cual tendrá que ser entregada cada semana al inicio de cada sesión.

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

Es muy importante para nosotros que usted y su hijo o hija sigan los lineamientos de seguridad e higiene durante el trabajo presencial, el cual es el uso obligatorio de cubrebocas y el uso de gel antibacterial, además, le hacemos mención de que las salas y los materiales a las cuales tengamos acceso serán previamente sanitizadas para su seguridad y la de su hijo o hija.

---

---

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 o triada solo se escribirán en dos documentos que serán resguardados bajo llave por los 3 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 causará 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.

---

### Consentimiento Informado

Para padres:

Yo ..... declaro que he sido invitado e informado sobre la investigación denominada "Intervención a través de Parent Child Interaction Therapy (PCIT) en niños y niñas diagnosticados (as) con TDAH y sus padres y madres", éste es un proyecto de investigación científica que cuenta con el respaldo de Dra. Cintli Carolina Carbajal Valenzuela. Entiendo que este estudio busca conocer la eficacia de la PCIT en población con diagnóstico de TDAH entre los 3 y 7 años y sé que mi participación se llevará a cabo dentro de las instalaciones de la Universidad Autónoma de Querétaro en la Facultad de Psicología, en el horario ..... Mi participación y la de mi hija/o consistirá en ser participe en la implementación de la terapia "Parent-Child Interaction Therapy (PCIT)" durante 12 sesiones de una hora aproximadamente, una vez a la semana.

Me han explicado que la información registrada será confidencial, y que los nombres de 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 o retirarme en cualquier etapa de la investigación, sin expresión de causa ni 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 los Investigadores Responsables

---



**Asentimiento informado**

Se le ha explicado al menor ..... con código ..... de qué trata la investigación en la cual participará, se le ha explicado las actividades que realizará durante este procedimiento, ir a las sesiones presenciales en la universidad una vez a la semana por una hora en la cual se dedicará a jugar con su Padre y/o Madre.

- 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:

Firma del investigador(es)

---

**Entrevista Anamnésica**

Código Paciente:

**Información General**

Fecha: Hora: Persona que aplicó:

Nombre del niño o niña:

Lugar y Fecha de Nacimiento:

Edad: Sexo: Estatura:

Peso: Grado Escolar:

**Padre**

Nombre del Padre:

Edad: Ocupación: Estado Civil:

Estado general de Salud Física:

**Salud mental**

¿Tiene algún padecimiento mental? ¿Cuál?:

¿Desde hace cuánto le fue diagnosticado? ¿Lleva algún tratamiento? ¿Cuál?:

**Madre**

Nombre de la Madre:

Edad: Ocupación: Estado Civil:

Estado general de Salud Física:

**Salud mental**

¿Tiene algún padecimiento mental? ¿Cuál?:

¿Desde hace cuánto le fue diagnosticado? ¿Lleva algún tratamiento? ¿Cuál?:

**Familia**

¿Tiene hermanos o hermanas? ¿Cuántos?:

Nombres de los hermanos y edades:

¿Cómo se lleva con sus hermanos o hermanas?:

¿Con quién vive el niño o niña?:

---

¿Quién cuida al niño o niña?:

¿Con quién duerme el niño o niña?

¿Cuál es la dinámica familiar del niño en un día común?:

#### **Antecedentes de Salud Mental Familiar**

¿Existen precedentes de condiciones mentales en la familia hasta tres generaciones atrás?:

#### **Información Perinatal**

¿Durante el embarazo la gestación fue completa o interrumpida?:

Si fue interrumpida ¿Por qué?:

¿Prematuro de cuántas semanas de gestación?:

¿Requirió Reanimación (RCP)?                      ¿Requirió Oxígeno? ¿Cuánto tiempo?:

¿Requirió Incubadora? ¿Cuánto tiempo?:

¿Presentó sufrimiento Fetal? ¿Cuál?:

¿Cuánto tiempo duró el parto?:

¿Tuvo algún problema de salud, después del parto? ¿Cuál?:

#### **Información Prenatal**

¿Cuál era el estado de salud de la madre al momento de la concepción?:

¿Consumía algún medicamento durante la gestación o al momento de la concepción? ¿Cuál?:

¿Consumía alguna de las siguientes sustancias (Alcohol, Marihuana, Cigarro/Tabaco, Drogas Sintéticas, ¿Otra) durante el periodo de gestación? ¿Cuál?:

¿Hubo alguna situación en cuestión de salud, que afectó al bebé antes o durante su nacimiento?:

#### **Información Postnatal**

Peso al nacer:

Talla al nacer:

#### **Alimentación**

¿Fue alimentado con leche materna o fórmula? ¿Por qué?:



Tiene alguna alteración del desarrollo motor ¿Cuál?:

Tiene algún problema con su alimentación ¿Cuál?:

¿Cómo fue el logro del control de esfínteres? ¿Tuvo dificultades? ¿Cuáles?:

#### Período de 3 a 6 años

¿Ha detectado o detectó los siguientes síntomas en el niño a esta edad?

Inquietud Motriz (Hiperactividad):

Juego Simbólico:                      Tiempo de duración del juego:

Nota retrasos en el desarrollo:                      ¿Qué clase de retrasos?:

Dificultad en la coordinación motora:                      ¿Qué clase de dificultad?:

Comportamientos inusuales (oposicionismo, desafiante, obsesiones, rituales, autolesivas) ¿Qué clase?:

¿Cómo era o es la Integración Social en su grupo de edad?:

Accidentes constantes ¿Qué clase de accidentes?:

#### Experiencia Escolar

¿Cuál ha sido la experiencia escolar del niño o niña durante estos años?:

¿Los profesores le han reportado algún mal comportamiento en específico en el niño o niña?:

#### Relación con los pares

¿Qué ha observado en el comportamiento de su hijo o hija cuándo interactúa con niños o niñas de su edad?:

¿Tienes problemas para socializar con otros niños de su edad?:

¿A qué juega su hijo o hija con otros niños o niñas?:

#### Temperamento (rasgos emotivos de la personalidad) del niño o niña

¿Cómo definiría el temperamento de su hijo o hija?

#### Eventos Estresantes

---



¿El niño o niña ha vivido momentos estresantes?

Abuso emocional:

Abuso Físico:

Abuso Sexual:

Violencia Intrafamiliar:

Bullying:

Antecedentes familiares de consumo de sustancias:

Antecedentes familiares de cargos penales:

Antecedentes familiares de trastornos mentales:

Separación de los padres:

Muerte de alguno de los padres:

Violencia Colectiva:

Violencia Comunitaria:

Omisión de cuidados:

#### **Disciplina en casa**

¿Se disciplina al niño o niña en casa?:

¿Qué clase de disciplina se ejerce sobre él o ella?:

¿Cómo actúa el niño o niña ante la disciplina que se le impone?:

¿Se utiliza dentro de la disciplina el tiempo fuera?:

¿Cuál ha sido su experiencia con esta estrategia?:

#### **Situaciones en Casa**

¿Qué es lo que, como padre, le preocupa principalmente sobre el comportamiento de su hijo en casa?:

¿Cuál considera que es el principal problema que enfrenta su hijo o hija?:

¿Cuál es la relación del niño o niña con usted como madre o padre?:

---

¿Considera que tiene una buena relación con el niño o niña?:

¿Cuáles son los intereses del niño o la niña?

#### Relación entre los padres

¿Qué tan consistentes son ustedes en su método disciplinar?

¿Alguna vez han estado en desacuerdo por el método disciplinar?

¿Cómo consideran manejan los desacuerdos?

¿Cómo consideran que es la comunicación entre ustedes?

¿Cómo apoyan a su pareja cuando este tiene un día muy duro?

¿Con qué frecuencia, como pareja, se toman tiempo para estar a solas, lejos de su hijo/a?

¿Qué hacen los dos juntos por diversión?

¿Qué eventos de factores estresantes ha experimentado recientemente? (pérdida de empleo, muerte familiar, etc.)

¿Consideran que han presentado conflictos maritales?

¿Su hijo o hija ha estado expuesto a algún conflicto marital?

---