



Universidad Pedagógica Nacional

Unidad 097 Ajusco

Licenciatura en Psicología Educativa

**Intervención Lectora en un niño con Trastorno Depresivo, Trastorno
por Déficit de Atención e Hiperactividad y Trastorno Negativista
Desafiante**

Tesis

Para obtener el título de Licenciada en Psicología Educativa

En la modalidad de Informe de Intervención Profesional

Presenta

Paola Isabel Trejo Díaz

Asesora

Dra. Ana Nulia Cázares Castillo

Agosto 2022

Agradecimientos

El haber culminado la presente tesis requirió horas de trabajo, esfuerzo, dedicación y, con el apoyo de diversas personas, logré concluirla. Por ello me gustaría reconocer mi gratitud a el trabajo de mi tutora, la Dra. Ana Nulia Cázares Castillo que, gracias a su tiempo, su paciencia, su guía y sobre todo su confianza me permitió concluir este nivel académico.

A mi institución universitaria por abrirme las puertas para ser parte de ella y por ofrecerme docentes ampliamente preparados y dedicados a su labor.

Con mucho cariño agradezco a mi coordinadora Miriam Elena Sánchez Díaz perteneciente al servicio "Sigamos Aprendiendo", en el Hospital Psiquiátrico Infantil "Juan N. Navarro", quien me compartió muchos de sus conocimientos, su guía, su confianza, además de su apoyo personal y profesional.

Al pequeño José y su abuelita por darme la confianza para llevar a cabo esta intervención, así como su esfuerzo y disponibilidad para realizar un trabajo en conjunto.

Me gustaría hacer un especial agradecimiento a mis padres, María Elena Díaz Aguilar y Martín Trejo Jiménez por brindarme la oportunidad de seguir estudiando con su sacrificio y esfuerzo, por su guía y apoyo incondicional durante toda mi vida.

A mis hermanos Karol Margarita Trejo Díaz y Antonio Martín Trejo Díaz por su presencia y ayuda incondicional en los momentos que la requería.

A mí novio José Pablo Ibarra García por su amor incondicional, por brindarme la motivación necesaria para concluir este nivel escolar, por su paciencia y por ofrecerme fortaleza ante las adversidades.

Y a mí mejor amiga Lucero Brenda Estrada Vizuet por hacer de la universidad una experiencia inolvidable, por su cariño, su amistad, por las aventuras, los desvelos y su apoyo.

Índice

Introducción	4
Problema	8
Objetivos General y específicos de la Intervención	14
Capítulo 1 Marco Referencial	16
1. Depresión Infantil	17
1.1 Estadística en México	17
1.2 Conceptualización	18
1.3 Teorías de la Depresión Infantil	23
1.4 Sintomatología y diagnóstico de la depresión según DSM-5 y la CIE-10 de	25
1.5 Causas de la Depresión	33
1.5.1 Causas Endógenas	34
1.5.2 Causas Exógenas	37
1.6 Escuela, Familia y Depresión Infantil	41
1.7 Tratamiento	46
2. Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad	49
2.1 Estadística en México	49
2.2 Conceptualización	50
2.3 Teorías del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad	57
2.4 Sintomatología y diagnóstico del TDAH según el DSM-5 y la CIE-10	70
2.5 Causas de la Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad	76
2.5.1 Causas Endógenas	77
2.5.2 Causas Exógenas	84
2.6 Familia, Escuela y Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad	86
2.7 Tratamiento	96
3. Trastorno Negativista Desafiante	111
3.1 Estadística en México	111
3.2 Conceptualización	112
3.3 Teorías del Trastorno Negativista Desafiante	116
3.4 Sintomatología y diagnóstico del TND según el DSM-5 y la CIE-10	123
3.5 Causas de Trastorno Negativista Desafiante	128
3.5.1 Causas Endógenas	129

3.5.2	Causas Exógenas	131
3.6	Familia, Escuela y Trastorno Negativista Desafiante o Trastorno Opositorista Desafiante	137
3.7	Tratamiento	139
4.	Integración educativa de niños con diversos trastornos	146
4.1	Comorbilidad Depresión, TDAH, TND	146
4.2	Intervención Educativa en Depresión Infantil	147
4.3	Intervención Educativa en Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad	150
4.4	Intervención Educativa en Trastorno Opositorista Desafiante	157
4.5	Conclusión	161
Capítulo 2 Procedimiento		163
Introducción		164
1.	Descripción y Detección de necesidades	165
2.	Diseño de la Intervención	183
3.	Evaluación de la Intervención	192
Conclusiones		205
Referencias		213
Referencias del material implementado durante intervención		220
ANEXOS		222
Trabajos de José		228

Introducción

Las intervenciones educativas son necesarias en el caso de niños y niñas que padecen trastornos psiquiátricos como: el trastorno depresivo persistente, el Trastorno Negativista Desafiante (TND) y el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), especialmente en este último trastorno, debido a las afecciones que este puede causar en su neurodesarrollo (Artigas, 2009; Marcia, 2012; López, Romero y *et. al.*, 2014; Aires, 2015).

La mayoría de la literatura (los estudios realizados por Kaslow *et. al.* 1984; Blechman *et. al.*, 1986; Feshbach y Fesbach, 1987; Nisse 1989; Doménech y Polaino.Lorente, 1990; Shafii and Shafii, 1995 como los citó Cabrera y Jiménez, 1999) acuerda que uno de los factores más frecuentes para propiciar la aparición de cualquier presentación del trastorno depresivo en infantes son las expectativas escolares que se tienen acerca de un niño o niña; es decir, si un niño saca notas “excelentes” en la escuela va a ser premiado y admirado por ello, pero si este, saca “malas” calificaciones puede ser tachado, desplazado, minimizado por su familia, amigos/as, conocidos, etc., propiciando malestar en el infante que puede desencadenar en él un episodio depresivo. Cuando el niño o niña manifiesta síntomas depresivos en el salón de clases perjudica aún más su rendimiento académico, ya que predomina un estado de tristeza y desánimo, carecen de apetito, pierden el interés por las cosas que antes les agradaban hacer, se muestran irritables, fatigados, con dificultad para concentrarse y en casos graves se puede presentar agitación o retraso psicomotor (Cabrera y Jiménez, 1999). Por estas razones se ve afectada significativamente la capacidad funcional del individuo en el salón de clases, por lo que se hace necesaria la intervención. En el caso de la depresión, es importante en primer lugar ofrecer al niño o niña una nivelación en su desempeño escolar ya que, como se mencionó anteriormente en la mayoría de las ocasiones la depresión infantil es ocasionada por el bajo desempeño escolar, y con una intervención educativa disminuirían los síntomas significativamente como lo muestra la investigación de Yam, Argáez y Rodríguez (2011) titulada “Influencia del Apoyo Educativo en el Nivel de depresión de escolares de Sexto Grado”. En segundo lugar, es esencial complementar la intervención con estrategias para potenciar las habilidades que el menor ya posee como: reforzar las

conductas positivas cuando se le llame la atención y realizarlo en privado, cumplir las sanciones de acuerdo a un reglamento evitando dañar su autoestima (evitando ponerlo en situaciones vergonzosas para él), darle mensajes positivos (tú puedes, lo lograrás), evitar etiquetar o prejuizar, motivar una sana convivencia y sobre todo fortalecer su autoconfianza (Cardoze, 2005; Del Barrio, 2010).

Como se mencionó en un inicio el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es el trastorno que más repercusiones tiene en el aprendizaje debido a que incluye como síntomas eje la falta de atención, la impulsividad y la hiperactividad, además, de pertenecer a la clasificación de *Trastornos del Neurodesarrollo*, los cuales se caracterizan porque el niño o niña tiene un desarrollo menor al de su edad, como bien lo dice su nombre. Estos síntomas perjudican el desempeño escolar del niño/a con TDAH ya que *dificultan la concentración en clase, en la lectura y por ende dificultan la comprensión lectora*¹; asimismo, dificulta la realización de operaciones y de problemas matemáticos, el seguimiento de instrucciones, dificultad para concluir actividades monótonas o muy extensas, pierden constantemente el material que se ocupará durante la clase, no permanecen en su lugar de trabajo, platican excesivamente, interrumpen frecuentemente la clase, presentan un desajuste en su noción de tiempo lo que afecta en la entrega de tareas. No en todos los casos se hacen presentes las mismas dificultades, por ello es necesario realizar una evaluación antes de llevar a cabo una intervención educativa. Después de saber las necesidades del niño o niña con TDAH numerosos autores han comprobado que una intervención con los docentes y la familia hacen una diferencia para que el infante logre tener un buen desempeño escolar como es el caso de la intervención realizada por Arco, Fernández e Hinojo (2004) en padres, madres, profesores y alumnos, titulada: “Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad: intervención psicopedagógica”, en la cual los resultados fueron significativos en la disminución de manifestaciones del TDAH en las niñas y niños. Existen numerosos programas en los cuales las intervenciones abarcan estas esferas del desarrollo, ya que todos los involucrados deben desarrollar un papel activo durante la intervención del menor; la mayoría de estas se centran como primer punto en comprender las bases

¹ Con el fin de facilitar la lectura, se usarán itálicas en ideas que ayudan a precisar las dificultades lectoras que suelen tener los niños y niñas que padecen alguno de los trastornos anteriormente.

biológicas del trastorno; en segundo lugar que los involucrados deben conocer las estrategias pertinentes para intervenir, las cuales son: conocer y aplicar técnicas conductuales y cognitivo-conductuales para reducir las conductas disruptivas, mejorando así, las relaciones interpersonales del menor; fomentar las habilidades de autorregulación y habilidades sociales mediante técnicas cognitivas de autorregulación y resolución de problemas; fomentar su autoestima; potenciar los aprendizajes a través de modificaciones curriculares y finalmente facilitar un apoyo escolar (Marcía, 2012, Soutullo y Díez, 2007). Así el niño o niña con TDAH es beneficiado y logra aumentar su desempeño escolar.

Por otra parte, el Trastorno Negativista Desafiante (TND) al ser un trastorno de la conducta, los síntomas repercuten en su rendimiento escolar principalmente por la conducta disruptiva; debido a que frecuentemente no coopera, se muestra irritable, desafiante y hostil hacia sus compañeros, profesores y otras figuras de autoridad. Las conductas que pueden presentarse en clase son: interferir e interrumpir la dinámica de la clase, se niega a participar, se resisten ante las demandas externas e insisten en solucionar sus problemas sin ayuda de los demás, no siguen las reglas establecidas en el salón de clases y de la escuela. Es así, que, el trabajo de López-Villalobos, et al. (2013) titulado “Prevalencia del Trastorno Negativista Desafiante en España”; demostró que los niños y niñas con TND tienen significativamente peores resultados, especialmente en áreas como la lectura, matemáticas y expresión escrita. Concluyendo que esto podría deberse a una compatibilidad con algunos Trastornos de Aprendizaje.

La mayoría de acciones planteadas para niños y niñas con TND en el ambiente escolar son hechas para evitar conductas disruptivas; Bernal, Valencia y colaboradores (2013) en su investigación para obtener el grado, titulado “Intervención de la Conducta como Estrategia Pedagógica, en Niños de 6 a 10 años con Trastorno Opositor Desafiante: estado del Arte” enlistan algunas de las estrategias educativas y adaptativas como: evitar las luchas de poder con el infante, establecer reglas claras, fijar horarios, elogiar a los infantes cuando respondan positivamente, evitar los materiales “infantiles”, las instrucciones deben ser dadas a un ritmo lento, reforzar su cooperación, enseñarle sistemáticamente habilidades sociales y emocionales, permitir que los estudiantes realicen de nuevo tareas ya entregadas. Estas son algunas estrategias propuestas por los autores. Sin embargo, al igual que el TDAH existen programas completos para realizar

una intervención, las cuales son en su mayoría ocupando técnicas cognitivo-conductuales, las cuales suelen ser las más efectivas, ya que tienen como finalidad mejorar el autocontrol, desarrollar su capacidad de introspección, incrementar sus conductas adaptadas y disminuir las inadecuadas, potenciar sus habilidades sociales y de interacción con sus iguales y los adultos (García, *et. al.*, 2011). Como se mencionó anteriormente el TND y el TDAH tienen una alta comorbilidad. Por tanto, el tratamiento en el salón de clases puede adecuarse para ser intervenidas al mismo tiempo, un claro ejemplo es el trabajo de Mateu y Sanahuja (2020), titulado “Evaluación e intervención en TDAH y TND: Un caso abordado en el contexto escolar”; que consistió en la intervención en un menor de 6 años, de edad, diagnosticado con TDAH y TND. La intervención es de carácter multidimensional (técnicas cognitiva-conductual, académica, entrenamiento en emociones) y multitextual (en el ámbito educativo y una intervención en el contexto familiar) de la cual se encarga el departamento de psicopedagogía.

De acuerdo a los datos anteriores, cabe destacar que los tipos de roles que el psicólogo educativo juega en la atención de este tipo de trastornos es de gran importancia, ya que como profesional se encuentra debidamente capacitado, puesto que posee los conocimientos necesarios para realizar una temprana detección, canalización, planificación e intervención que potenciará el desempeño escolar en niños y niñas con trastornos mentales. La y el egresado de la licenciatura en psicología educativa de la Universidad Pedagógica Nacional (UPN) cumple con el perfil para intervenir en niños y niñas con las necesidades anteriormente señaladas, ya que se cursan materias en la línea de la inclusión educativa como psicodiagnóstico donde se aprende la realización y aplicación de entrevistas dirigidas a los cuidadores primarios, evaluaciones diagnósticas para detectar las necesidades educativas, lo cual dará el punto de partida para empezar con la intervención educativa, y de ser necesario la canalización a instituciones de salud mental; también se cursa la materia intervención educativa la cual es esencial para diseñar, aplicar y evaluar una intervención ya sea individualizada o grupal que beneficiará al infante. Por tanto, el psicólogo tiene la capacidad de intervenir con todo el personal académico de una escuela, con los tutores del menor y con el mismo infante, lo cual es un punto muy importante ya que, como bien se mencionaba con anterioridad, la mayoría

de las intervenciones para los trastornos psicológicos hace una diferencia en la mejora del desempeño del niño o niñas con algún trastorno psiquiátrico.

Basado en lo anterior, este trabajo consiste en el diseño y aplicación de una intervención educativa en el área de lectura, en un niño con 10 años de edad diagnosticado con depresión infantil, TDAH y TND. El documento se encuentra compuesto por dos capítulos; el primero consiste en la descripción teórica de cada uno de los trastornos, abarcando específicamente los siguientes rubros: estadísticas en el mundo y en México, definición conceptual de cada uno de los trastornos, teorías que lo abordan, sintomatología que los caracteriza, causa, sus repercusiones en el entorno familiar y escolar, y su tratamiento, para concluir este primer apartado se hace una recopilación de estadísticas que confirman la comorbilidad entre los tres trastornos (depresión infantil, TDAH y TND) y diferentes propuestas de estrategias, técnicas y puestas en marcha de intervenciones educativas para cada uno de los trastornos.

El segundo capítulo consiste en la descripción detallada del caso en el ámbito paidopsiquiátrico, familiar y escolar, con el fin de recopilar información para diseñar la intervención educativa de acuerdo a las necesidades del menor. Continuando posteriormente, con el diseño de la intervención, en donde se describen los objetivos que guiarán la misma, además de la descripción de las 10 sesiones semanales. Finalizando con el detallado informe de cada una de las sesiones.

Problema

Las enfermedades mentales en la edad infantil son muy comunes a nivel mundial, la Organización Mundial de la Salud (OMS) asegura que la mitad de trastornos mentales aparecen antes o durante los 14 años de edad y estas pueden persistir hasta la edad adulta (OMS, 2021). Sin embargo, la recopilación de datos de la prevalencia a nivel mundial de enfermedades psiquiátricas en infantes es escasa, se estima que entre el 7 y 22% de niños y niñas sufren de una enfermedad mental discapacitante (Kessler, Berglund, Demler, *et. al.* 2005; Patel, Fischer, Hetrick, 2007 como los citó de la Barra, 2009). En México se estima que la población de niños y niñas es de 33 millones, de estos

el 15% presenta afectaciones en su salud mental, lo que indica que 5 millones de niños y niñas padecen algún tipo de enfermedad mental (Ávila, Sarmiento, Brenes, Cárdenas, Gutiérrez, Escoto, Tapia, Torres, Arrieta y Manzano, 2009).

El trastorno más común en el mundo es la depresión, ya que la OMS calcula que afecta a más de 300 millones de personas en el mundo y como bien se sabe la depresión puede llevar al suicidio, el cual, es la primera causa de muerte en el mundo (OMS 2021) y en México cifras dadas por INEGI han registrado 52 suicidios infantiles cada mes desde hace 10 años (Senado de la República, 2020). Aunque en la comunidad científica la depresión infantil ha tenido serios problemas con ser aceptada como patología en la infancia (del Barrio, 2013) es considerada la segunda psicopatología pediátrica más frecuente, teniendo un aumento en los últimos años, desarrollándose en edades cada vez más tempranas (Nogales, Rodríguez, Cortés, Cabrera, Esperón, Lohman y Peñaloza, 2009).

Ahora bien, un tamizaje realizado en la ciudad de México arrojó que entre los 4 y 16 años los problemas más frecuentes son las manifestaciones de depresión en un 11.5% y de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en un 9.7% (Caravco-Anduaga, Colmenares-Bermúdez, Martínez y Vélez citados en Medina, Srti y Real, 2015). Un punto muy importante que está ligado estrechamente a la depresión es el Bullying escolar; México ocupa el primer lugar entre los países de la Organización Mundial para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) en este problema de acuerdo al boletín del Senado de la República (2020).

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad mejor conocido como TDAH, así mismo es otro de los trastornos más frecuentes en edad pediátrica, con una alta comorbilidad, es decir, el TDAH frecuentemente aparece acompañado de otros trastornos psiquiátricos como: trastornos conductuales y otros como la depresión y ansiedad (Soutullo y Díez, 2007). Su prevalencia a nivel mundial es de aproximadamente 3.5% (Polanczyk, de Lima, Hoarta, Biederman y Rohde en Saucedo, 2014). En México existen datos proporcionados por INEGI (Instituto Nacional de Estadística y Geografía), durante el censo del 2010, confirmando que aproximadamente el 4% de niñas, niños y adolescentes presentan TDAH; de modo que 1.5 millones lo podrían padecer (Saucedo,

2014). *Es indispensable mencionar que el TDAH afecta directamente en el rendimiento escolar en 7 de cada 10 niños, niñas y adolescentes (Secretaría de Salud, 2002).*

Por otra parte, el TND o Trastorno Negativista Desafiante también conocido como Trastorno Opositorista Desafiante (TOD) se ha hecho cada vez más frecuente y grave debido a los problemas de nuestra sociedad actual. Suele aparecer a los 3 años de edad y presenta una prevalencia de entre 2 y 16% en una población general de niños, niñas y adolescentes; de modo que este trastorno afecta aproximadamente entre 2 a 16 de cada 100 niñas, niños y adolescentes (Vásquez, Feria, Palacios y de la Peña, 2010; Pedreira-Massa, 2011; Rabadán y Giménez, 2012; López-Villalobos, Andrés-De Llano, Rodríguez-Molineroc, Garrido-Redondoc, Sacristán-Martínd, Martínez-Riverac, Alberola-López y Sánchez-Azóne, 2013; Martínez, Fernández, Lemus, Antonio y Ramírez, 2014; López, Romero *et. al.*, 2014; Morales, Félix, Rosas, López y Nieto, 2015). En México los datos arrojados por la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica dan a conocer que los trastornos conductuales (entre ellos el TND) están incluidos en el listado de los más frecuentes entre los trastornos individuales que los y las mexicanas padecen a lo largo de su vida (Medina-Mora, Borges, Lara, *et. al.*, 2003). Medina-Moray y colaboradores (2003, como se citó en Morales, Félix, Rosas, López y Nieto, 2015) señalan que aproximadamente 6.1% de la población ha presentado problemas conductuales al menos una vez en su vida y que aproximadamente el 1.5% de niñas, niños y adolescentes padece algún tipo de trastornos conductuales.

Como se ha mencionado anteriormente más de un trastorno puede coexistir en un individuo, a lo que se le llama comorbilidad. El TDAH es el trastorno que tiene mayor comorbilidad con otros, entre ellos la depresión y el TND (Soutullo y Díez 2007; Cornejo-Escatell, Fajardo-Fregoso, López-Velázquez, Soto-vegas y Ceja-Moreno, 2015). La mayoría de los autores coincide en que el TDAH y TND tienen una comorbilidad de aproximadamente 30% y el 50% (Ortiz, Giraldo y Palacio, 2008; Carboni, 2011; López, Romero, *et. al.*, 2014). Y las cifras de la concurrencia entre TDAH y los trastornos afectivos (entre ellos la depresión) van de un 3% a un 75% en población general (Carboni, 2011). Se puede agregar que no se presentan cifras exactas de la comorbilidad entre depresión y TND. Sin embargo, las posibilidades de que se presenten ambos trastornos son altas, debido a los síntomas que caracterizan al TND con la dificultad para socializar

(Nogales, Rodríguez, Cortés, Cabrera, Esperón, Lohman y Peñaloza, 2009; Martínez, Fernández, Lemus, Antonio y Ramírez, 2014).

Ahora bien, estos trastornos afectan todas las esferas en las que se desenvuelve el individuo que los padece, en menor o mayor medida; uno de estos contextos es la escuela, en donde los niños y niñas con algún tipo de trastorno tienen problemas principalmente en el aprendizaje y la socialización. De aquí que sea este tipo de problemáticas campo de injerencia del psicólogo educativo, pues, entre otras situaciones, este profesional atiende las dificultades de aprendizaje que están relacionadas tanto a factores del individuo como a factores del ambiente. En este sentido los trastornos mentales y del comportamiento tienen causas tanto intrínsecas o internas al individuo como extrínsecas o externas a él.

Hablando sobre la relación entre trastornos mentales y del comportamiento y el rendimiento académico, en el caso de la depresión, la relación que se establece entre ésta y el rendimiento escolar es muy estrecha y bidireccional; es decir el bajo rendimiento escolar causa depresión y la depresión causa bajo rendimiento escolar. La primera relación establece que la escuela y los estudios pueden ser uno de los principales factores estresantes que propician la aparición de depresión infantil debido a las expectativas sociales y familiares que se esperan de los niños y niñas con relación en las calificaciones (Cabrera y Jiménez, 1999). La segunda relación se refiere a que debido a la sintomatología del trastorno depresivo afectan aspectos dentro de la escuela como son: la realización de tareas, la concentración, el comportamiento en el aula, la integración con otros compañeros y con el profesorado, etc.; estos aspectos hacen que el rendimiento de los y las escolares vaya en decremento (Parraga 1990). En una investigación cuasi-experimental realizada por Yam, Arguez y Rodriguez (2011) en Yucatán, México, se examinó a dos grupos de escolares pertenecientes al sexto grado de nivel primaria, y se identificó en el grupo control un 25% de escolares con sintomatología depresiva, mientras que en el grupo experimental los varones con sintomatología depresiva son el 15.3% y en féminas 14.2%. En la investigación se les brindó un apoyo académico, teniendo como resultado una disminución en los síntomas depresivos; probando así la relación entre depresión y rendimiento académico.

En relación con el Trastorno por Déficit de Atención se estima que entre el 40 y el 60% de niñas y niños que lo padecen tiene graves problemas de aprendizaje (Aires, 2015) y se estima que al menos el 95% de los infantes con TDAH presentan trastornos del aprendizaje (Ardila, Rosselli y Matute, 2005, como se citaron en Montoya, Varela y Dussan, 2012). Algunas de las dificultades que suelen manifestar los niños y niñas con TDAH en el ámbito escolar son (Orjales, 2012): problema para prestar atención a las explicaciones o instrucciones dadas por el o la profesor/a; trabajo más lento, irregular, inconstante y con mayor número de errores; trabajo frecuentemente desordenado, sucio y desorganizado; dificultad para automatizar procesos y rutinas; *inmadurez en la automatización de la lectura*; necesitan más tiempo para memorizar; sus respuestas en clase suelen ser más lentas; pérdida u olvidos constantes de material; mantenerse centrados en los objetivos a largo plazo; problemas para mantenerse quietos; menor censura de sus emociones e inmadurez para analizar situaciones.

Finalmente, con respecto a los niños y niñas que padecen TND o TOD en la escuela es donde suelen presentar frecuentemente conductas no cooperativas, irritables, desafiantes y hostiles hacia sus compañeros, profesores y otras figuras de autoridad, las cuales caracterizan a los síntomas de este trastorno. Por ende, al presentar este tipo de conductas en la gran mayoría de casos se ven afectadas sus relaciones interpersonales y su rendimiento escolar debido a las bajas calificaciones causadas por conductas disruptivas en clase y no por una deficiencia cognitiva. En una investigación cualitativa realizada por López-Villalobos y colaboradores (2013), apoya que la conducta es la causante de las bajas calificaciones, demostraron que los niños y niñas con TND tienen significativamente peores resultados globales, *especialmente en áreas como la lectura, matemáticas y expresión escrita*, explicando que podría deberse a su compatibilidad frecuente con trastornos de aprendizaje.

En síntesis, los estudios realizados durante la infancia sobre depresión y TND son escasos, en comparación con el TDAH en el cual abundan más las investigaciones. Los datos de las investigaciones recopiladas para este trabajo muestran que, a pesar de la poca investigación, señalan altas tasas de aparición de TDAH, depresión y TND en niños y niñas, agregan sólida evidencia de que estos suelen afectar de manera grave en el rendimiento escolar.

Después de haber señalado la recurrencia con que estos trastornos afectan la vida diaria de las niñas y niños, cabe señalar que el caso que se presentará a continuación gira en torno a un masculino con 10 años de edad, quien ha sido diagnosticado con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, Trastorno Oposicionista Desafiante (Trastorno Negativista Desafiante) y depresión infantil, los cuales afectan diversas áreas educativas, no obstante se decidió dar prioridad al área de lectura debido a su carencia de autonomía en el salón de clases, representando para él un gran reto día a día tomar dictado, realizar a tiempo la copia de lo que la docente escribía en el pizarrón, realizar la lectura para iniciar actividades en los libros de texto o la lectura de textos extensos. Naturalmente estos percances no solo provocaron un rezago en su aprendizaje y desempeño de la materia de español, sino, de todas las materias correspondientes a su grado escolar. Para validar esta afirmación se tomaron en cuenta varias fuentes de información como: la experiencia de varias docentes a cargo de él, de su abuela y la recopilación de los resultados de José de algunas pruebas cognitivas y educativas realizadas en el Hospital Psiquiátrico Infantil, en donde se describe que el menor cuenta con la habilidad de identificar y leer vocales, reconoce 9 de 27 letras del alfabeto, pero algunas las refiere por su nombre y otras por su sonido, así como leer sólo algunas sílabas, sin la reintegración para comprender la palabra completa. La docente a cargo de su grupo durante el ciclo escolar 2018-2019 comenta que han trabajado para que el alumno reforzara las vocales y la mayor parte del abecedario, empezando a repasar las sílabas compuestas, complementando esta labor con el trabajo en casa del "Libro mágico". A pesar del reconocimiento y aprendizaje de las letras, su desarrollo en el proceso de lectura se ve impedido por el nulo acercamiento a la lectura debido a la comorbilidad de los trastornos.

Los trastornos en el menor, como es el caso del TDAH, le impiden enfocar su atención por lapsos prolongados durante las actividades que implicaran lectura, lo que perjudicaba su comprensión lectora a la hora de recordar partes de la lectura realizada. Por otra parte, el TOD le impide tener un acercamiento a sus figuras de autoridad, dificultando el seguimiento de instrucciones, este comportamiento puede tener origen en las experiencias negativas que ha tenido con diversas docentes, las cuales muy probablemente le produjeron un daño psicológico y emocional, afectando su confianza

en sí mismo y en las docentes que trabajan con él; este comportamiento se logró confirmar con la actitud distante que tomó en la evaluación diagnóstica para el presente trabajo.

Si bien el menor podía presentar momentos desenfadados como trepar a los árboles o correr por el patio la depresión infantil también provocaba lapsos de decaimiento, desánimo y nulo interés de participar en actividades en el salón de clases, además de una pérdida de confianza en sí mismo la que se hacía notoria cuando se trataba de participar en actividades en equipo o pedirle participar individualmente.

Al mismo tiempo la situación en casa no favorecía al desempeño escolar ya que las constantes quejas recibidas de parte de las docentes, aunadas a los problemas familiares agudizaba el síntoma depresivo.

Objetivos General y específicos de la Intervención

Como se mencionó anteriormente el presente trabajo para obtener el grado de psicóloga educativa se encuentra basado en la modalidad *Intervención educativa* dirigida a un niño de 10 años diagnosticado por el Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro” con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, Trastorno Oposicionista Desafiante (Trastorno Negativista Desafiante) y depresión infantil, a quien se le asignó el seudónimo de José. Esta intervención tiene como fin que José logre desarrollarse como un *lector activo*, proporcionándole un ambiente de confianza, tomando en cuenta sus necesidades educativas derivadas de sus diagnósticos.

Tomando como referencia a Solé (2009) se puede definir que un lector activo es aquel que se caracteriza por ser partícipe antes, durante y después de la lectura; lo que implica leer con objetivos, generar hipótesis y sus comprobaciones a lo largo de la lectura; al generar y comprobar hipótesis construirá la comprensión del texto leído.

Para que José logre desarrollarse como lector activo se plantean los siguientes objetivos secundarios, tomando en cuenta sus diagnósticos:

- Que José logre recuperar la confianza en sí mismo y en las/los docentes.
- Lograr que José se mantenga sentado al escuchar y leer un texto.
- Que José logre seguir indicaciones y terminar lo que se le pide.
- Que José adquiriera un gusto por la lectura.
- Que José desarrolle la iniciativa para elegir, leer y terminar una lectura.
- Que José identifique el objetivo que guiará cada una de las lecturas, además de tener la iniciativa de crear sus propios objetivos.
- Que José conozca diversas estructuras textuales y sus funciones.
- Que José logre participar en la creación de hipótesis a partir del título, portada, ilustraciones a lo largo del libro y la estructura textual.
- Que José participe en la comprobación de hipótesis, para la elaboración de la interpretación.
- Que José sea capaz de dar una opinión acerca de un texto.

Capítulo 1

Marco Referencial

1. Depresión Infantil

1.1 Estadística en México

La OMS (2020) marca cifras alarmantes con relación a la depresión ya que es la primera causa de problemas de salud y discapacidad en todo el mundo. El número total de personas con depresión excedió los 300 millones a nivel mundial, la depresión puede llevar al suicidio que es la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años. Aproximadamente al año se suicidan cerca de 800.000 personas; ahora bien, si nos concentramos en la depresión presente en niñas, niños y adolescentes ha aumentado dramáticamente en los últimos sesenta años considerándose la segunda patología más frecuente en psiquiatría infantil, la edad en la que se da la depresión ha disminuido, desarrollándose en edades aún más tempranas (Nogales, Rodríguez, Cortés, Cabrera, Esperón, Lohman y Peñaloza, 2009). La OMS pronostica que para el año 2020 a escala global, la depresión infantil desplazará al TDAH del primer lugar de trastornos mentales en edad pediátrica (como se citó en Langner, 2019).

En México existen registrados muy pocos datos epidemiológicos para estimar la magnitud del problema relacionado con las enfermedades psiquiátricas durante la edad infantil y juvenil (Medina, Srti y Real, 2015). La Asociación Mexicana Psiquiátrica Infantil por sus siglas AMPI estima que por lo menos 50% de los trastornos mentales del adulto se gestan en la infancia y en la adolescencia.

El Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, durante el año 2017 reveló que los trastornos afectivos depresivos ocuparon el primer lugar de atención con el 25.7% del total de pacientes atendidos de primera vez (Nogales, Rodríguez, Cortés, Cabrera, Esperón, Lohman y Peñaloza, 2009).

Esto manifiesta una tasa muy alta en el Trastorno Depresivo entre las edades de 4 a 16 años, una cifra que apoya los resultados anteriormente mencionados. Además, de que sólo el 13% acudió a solicitar atención profesional. Sin embargo, hay que tener en cuenta que hay 544 establecimientos ambulatorios de salud mental en todo el país, de los cuales sólo el 3% está destinado a niñas, niños y adolescentes, según datos de la AMPI. Y que

el 20-35% de los casos se observan síntomas residuales persistentes y de deterioro escolar global.

Como se puede apreciar en las estadísticas dadas, la salud mental en niñas, niños y adolescentes es una situación preocupante. Por lo que el gobierno de México realizó una conferencia de prensa llevada a cabo por dos partidos políticos (Morena y el Partido Ecologista de México), los cuales hacen hincapié en el aumento disparado durante los últimos diez años de trastornos psiquiátricos en las niñas, niños y adolescentes. Ante esta problemática de salud mental proponen un trabajo conjunto por parte de la Secretaría de Educación Pública y la Secretaría de Salud en el cual diseñen e instauren programas para la promoción y la atención a la salud mental en las instituciones educativas (Langner, 2019). Sin embargo, también las cifras nos presentan que las instancias en atención especializada son mínimas, agregando que se estima que un 5% de las escuelas primarias y secundarias cuentan con un profesional de la salud mental tiempo parcial o completo. Los legisladores tendrán que llevar a cabo un gran esfuerzo para cumplir lo dicho en la conferencia.

1.2 Conceptualización

En nuestro día a día oímos a alguna persona mencionar el término depresión en sus conversaciones usándola como sinónimo de tristeza. Sin embargo, no debemos olvidar que la tristeza es un estado de ánimo y la depresión es un trastorno del estado de ánimo (Cabarrobes, 2014).

Para comenzar a hablar sobre depresión es preciso mencionar lo dicho por Greenberg, Paivio, (1999) y Ortiz (1999) sobre las emociones, las cuales forman parte del ciclo vital del ser humano interviniendo en los procesos evolutivos relacionadas con las formas de actuar, y están estrechamente relacionadas con las experiencias del individuo (como se citaron en Cuervo e Izzedin, 2007).

Como se mencionó anteriormente la tristeza es una emoción primaria, junto con la ira, el temor, la felicidad, el enfado, la sorpresa, el disgusto, todas ellas son consideradas

emociones negativas por Goleman y otros autores (como se citó en Cuervo e Izzedin, 2007). La tristeza está presente en sentimientos como: la soledad, la apatía, la autocompasión, la melancolía, el pesimismo y el desánimo, entre otros. Vallés y Vallés (2000 como se citó en Cuervo e Izzedin, 2007) describen que cuando una persona menciona estar triste, a nivel cognitivo, se produce una falta de interés y de motivación por actividades que antes eran satisfactorias y se vislumbra la realidad desde un ángulo negativo; sólo se ve lo malo de las situaciones, a nivel conductual, la persona se suele restringir las actividades físicas haciendo muy poco o nada, presenta modificaciones en las facciones faciales y en la postura. A pesar de esto Greenberg y Paivo (1999), Corbella (1994) consideran que la tristeza ayuda al individuo a expresar la emoción provocada por una situación de pérdida o decepción, además favorece la reflexión y el autoconocimiento. Por ende, la tristeza también posee una función adaptativa provocando la expresión de las personas y siendo útil para relacionarse con los demás, obtener sus cuidados y preparar al individuo frente al estrés (como se citó en Cuervo e Izzedin, 2007).

La tristeza que presentan los infantes y los adultos no se manifiesta de la misma forma, debido a que durante el desarrollo las niñas y los niños van teniendo cambios en la conceptualización, la expresión y las estrategias de autorregulación de la tristeza. En los niños de edad escolar es donde se observan periodos más largos y visibles de tristeza, según del Barrio (1997, como se citó en Cuervo e Izzedin, 2007) se suele manifestar con llanto, silencio, cambios en el tono de voz, acortamiento de frases, enuresis (incontinencia durante la noche), rechazo de comida, cansancio o violencia, y de acuerdo a Siverio y García (2005 como se citó en Cuervo e Izzedin, 2007) los niños y niñas con altos niveles de tristeza presentan mayores desajustes, proyectando su tristeza en todos los espacios de su vida (en sí mismos, en la escuela, en la familia y la sociedad).

Sin embargo, cuando estos niveles de tristeza se presentan de manera constante debido a factores como: madres depresivas e historia de depresión en la familia, alcoholismo paterno, problemas prenatales, abuso infantil, fracaso en rendimiento exigido por otros, falta de confianza en sí mismo, sentirse diferente a los pares, carencia de relación parental, pérdida temprana de familiares, problemas del ámbito escolar, que se le preste más atención a los aspectos negativos que a los positivos en la conducta del niño,

alteraciones del lenguaje, coordinación psicomotriz, déficit en habilidades de problemas, en habilidades sociales y predisposición hereditaria o enfermedad física con trastorno neuroquímico persistente (Cuervo e Izzedin, 2007). Si este sentimiento de tristeza se presenta con una intensidad y frecuencia en la que afecte en las diversas esferas en la que se encuentra inmerso el niño o niña, estamos hablando de depresión (Asociación Americana de Psicología, 2014).

García y Siverio (2005, p. 454) afirman que “la tristeza puede pasar de ser una emoción adaptativa o un malestar emocional pasajero para provocar depresión, dependiendo de la frecuencia e intensidad con que se viva” (como se citó en Cuervo e Izzedin, 2007). De la misma forma García y Sanz (2016) revelan que se debe valorar la frecuencia, la intensidad y duración de la tristeza en un infante, ya que la tristeza normal se convierte en síntoma cuando aparece con mucha frecuencia y durante mucho tiempo; por ejemplo, casi todo el día y durante la mayor parte del día, y en cuanto a la intensidad; por ejemplo, el niño llora de forma exagerada, desconsoladamente incontrolable y afligida por casi cualquier cosa.

Cabe decir que existe una relación evidente entre tristeza y los Trastornos Depresivos ya que uno de los principales síntomas de la depresión es la tristeza. La OMS hace la siguiente definición del Trastorno Depresivo:

“La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración” (2020).

En efecto la definición dada por la OMS incluye aspectos relacionados con el sentimiento de tristeza, descritos anteriormente. Del Barrio (2010, p. 16) define la Depresión Infantil como:

“un trastorno que se manifiesta a través de un conjunto de signos y síntomas que afectan tanto el estado afectivo como la esfera cognitiva y la conductual en donde la experiencia subjetiva de tristeza es un punto central de la función clínica” (como se citó en Cuervo e Izzedin, 2007).

Del Barrio agrega la afección en la esfera cognitiva y la conductual, lo cual habla de que el niño o niña constantemente tenga pensamientos que rondan en la tristeza. Como se puede apreciar la tristeza es un síntoma preliminar de la depresión en niños de edad escolar (Balcázar, Muñoz, Gurrola, Van Barneved y Aguilar, 2005).

Teniendo en mente esta idea podemos afirmar que la depresión se caracteriza por la presencia de tristeza y falta del disfrute pero... ¿en niños se manifestará de la misma forma que en adultos?

La respuesta a esa pregunta al día de hoy sigue siendo muy controversial (Solloa, 2001), por un lado, están aquellos que afirman que la depresión en los niños y niñas es semejante a la del adulto y, por otro lado, están los que consideran que la depresión en los infantes tiene características peculiares. Sin embargo, el consenso generalizado es que, efectivamente, la depresión en los niños y niñas es una entidad clínica diferente a la del adulto, pero cuyas características se pueden equiparar (Cuervo e Izzedin, 2007).

Del Barrio (2010, 2013) expone que no existen muchos cambios sobre el concepto y marco teórico en los últimos años a excepción de la idea de la depresión como un factor negativo, procedente de la emoción básica, el miedo, a diferencia de concepciones más cognitivas del pasado inmediato. En esta discusión Del Barrio propone dos puntos que se deben poner sobre la mesa para hablar sobre la Depresión Infantil. En primer lugar, menciona que el DSM (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) “toma en cuenta a la depresión como un trastorno solo de adultos” (del Barrio, 2013, p. 20). En su crítica menciona la descontextualización de los diagnósticos a este sector de la población y que el DSM en sus esfuerzos no ha podido ampliar o especificar la sintomatología a niños, niñas y adolescentes. En segundo lugar, menciona que el nivel de intensidad de las emociones en las niñas, niños y adolescentes es más alto que en los adultos, a lo que del Barrio describe como una “especial atmósfera emocional”.

Este último punto es de vital importancia, ya que hace algunas décadas el trastorno depresivo en niños y niñas no se tenía en cuenta debido a que se consideraba la niñez como el periodo más feliz de la vida, debido a este mito se pensaba que era imposible padecer un episodio depresivo durante la infancia (García y Sanz, 2016); en segundo lugar se pensaba que los niños y niñas no padecían de depresiones debido a la

inmadurez emocional y cognitiva (Cardoze, 2003). A principios del siglo XX dan inicio algunas investigaciones acerca de la depresión infantil. Sin embargo, las teorías dominantes en la psicología infantil eran de corte psicoanalítico, las cuales se negaban a admitir las depresiones en la infancia (García y Sanz, 2016). Como primeros pioneros tenemos a los psicoanalistas ortodoxos Spitz y Bowlby, quienes realizaron la primera descripción de depresión infantil, observando a niños y niñas de 6 a 9 meses que sufrieron separación materna. En su investigación describieron las conductas que los niños y niñas presentaban después del abandono, era un síndrome caracterizado por llanto, retraimiento, desinterés, apatía, descenso de apetito, mayor morbilidad y estancamiento en el desarrollo físico, y al que denominaron «*hospitalismo*» o «*depresión anaclítica*» (como se citó en del Barrio, 2013; García y Sanz, 2016).

García y Sanz (2016) destacan que durante los años sesenta la comunidad científica vuelve su mirada a la Depresión Infantil después de mucho tiempo, la cual era conformada por un conjunto de síntomas que no son propiamente depresivos como: fobias, enuresis, dolores de cabeza, fracaso escolar, conductas delictivas. Para la depresión con los síntomas mencionados anteriormente se propuso el concepto de «*depresión enmascarada*», fundamentada principalmente en el criterio: sólo si los síntomas responden a un fármaco antidepresivo. Esto provocó que se considerara cualquier conducta anómala como síntoma depresivo, ya que las conductas descritas eran muy comunes en los niños y niñas.

A partir de los años 70' la aceptación de la Depresión Infantil como concepto científico es casi unánime, y las diferencias teóricas de la depresión se centran entre: los autores que consideran que la sintomatología es similar a la del adulto y, por tanto, se puede diagnosticar y evaluar con los mismos criterios e instrumentos; y otros autores, fundamentalmente psicopatologías del desarrollo, que sugieren que los síntomas depresivos dependen de la edad del sujeto, por lo tanto los criterios para la depresión del adulto no serían aplicables en niñas y niños. Más tarde con la publicación en 1980 de la tercera edición del DSM-III de la APA (1980-1983), se consolidan las opiniones de los especialistas en depresión infantil sobre los síntomas; siendo los síntomas esenciales similares en niños, adolescentes y adultos, aunque la edad modifica la frecuencia de algunos síntomas y cómo se expresan (García y Sanz, 2016). Hay que agregar que la

gran producción de instrumentos de depresión infantil se dio a finales de los setenta y en los ochenta (Del Barrio, 2010).

1.3 Teorías de la Depresión Infantil

En la actualidad del Barrio (2013) asegura que la Depresión Infantil de origen emocional (caracterizada por la tristeza) también puede combinarse con la emoción primaria del miedo, en el caso de niñas y niños que no se sienten seguros, agregando otras variables como la inmadurez de su desarrollo cognitivo, tener menos recursos mentales y sociales para hacer frente individualmente a estos problemas y su imaginación, generan que “sus temores cobren una realidad ajena al mundo adulto” (del Barrio, 2013, p. 22).

Siguiendo con la línea de la teoría de la «*Perturbación*» planteada por del Barrio, hace mención de dos tipos de depresión: bipolar y unipolar.

La depresión unipolar se caracteriza por tener un curso regular o bien; ausencia de cambios en la línea sintomática, es de una duración media; solo si hay una buena intervención. La depresión bipolar presenta un curso cambiante en el que se presentan dos polos: un polo depresivo y otro maníaco, estos se van a ir alternando con el tiempo. Este tipo de alteración (manía) no es tan frecuente como la depresión mayor o la distimia; caracterizada por cambios cíclicos en el estado de ánimo que van desde la euforia o manía, a estados de ánimo disfóricos, aunque también suelen sincronizarse; lo que causa un difícil diagnóstico. En la fase maníaca el sujeto suele presentar estos síntomas:

- Alta distracción
- Hiperactividad
- Irritabilidad
- Hiperautoestima
- Verborrea
- Ausencia del sueño
- Dificultades de discriminación intelectual
- Autocontrol deficiente
- Conductas de riesgo

Además de estas categorías de depresión, del Barrio (2013) muestra más clasificaciones o tipos dependiendo de varios factores. La siguiente clasificación toma como criterio el tipo de desencadenante, el cual puede ser de dos clases: exógena o endógena.

- Depresión endógena: tiene un desencadenante desconocido y el episodio depresivo comienza de una manera inexplicable para el sujeto y para las personas de su entorno. Las causas vienen del interior de la persona, pueden ser genéticas o bioquímicas.
- Depresión exógena o reactiva: Está perfectamente relacionada con acontecimientos psicosociales negativos que el sujeto o sus familiares identifican con facilidad, ya que estos sucesos son desencadenantes que propician la aparición de la depresión. De este tipo son muy frecuentes en niños y niñas.

Otro modo en la cual del Barrio (2013) clasifica la depresión dado sus factores desencadenantes es denominada depresión aguda o depresión crónica.

- Depresión aguda: este tipo consiste en un episodio aislado asociado a estresores psicosociales graves.
- Depresión crónica: se caracteriza por episodios recurrentes en un entorno positivo que no presenta una acumulación de factores de riesgo.

De acuerdo al criterio evolutivo la depresión puede clasificarse y distinguirse como:

- Depresión sensoriomotriz (1-3 años).
- Depresión preescolar (4-5 años).
- Depresión escolar (6-12 años).

Y por último también se puede clasificar en función de la nitidez de su diagnóstico, la Depresión Infantil se puede dividir en pura, enmascarada, o mixta:

- Depresión pura: los síntomas son similares a los de la depresión adulta.
- Depresión enmascarada: se presenta mezclada con problemas de todo orden, especialmente con problemas de conducta.
- Depresión mixta: se usa para determinar la depresión acompañada de ansiedad.

Estas clasificaciones se tomarán en cuenta dependiendo del enfoque que el paidopsiquiatra. El cual, será de utilidad para tomar en cuenta ciertas características para futuras intervenciones.

1.4 Sintomatología y diagnóstico de la depresión según DSM-5 y la CIE-10 de

Al tratar con trastornos mentales la primer fuente de referencia es el Manual DSM-5 (Manual Diagnóstico y Estadístico de trastorno mentales) realizado por la Asociación Psiquiátrica Americana (APA); en el apartado de Trastornos Depresivos señala que son aquellos en los que se presenta una desregulación disruptiva del estado de ánimo en el que predomina un estado de tristeza, sensación de vacío, irritabilidad, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente la capacidad funcional del individuo. El manual cataloga diferentes tipos del Trastorno Depresivo:

- Trastorno Depresivo Mayor
- Trastorno Depresivo Persistente
- Trastorno Depresivo Disfórico Premenstrual
- Trastorno Depresivo Inducido por una sustancia/medicamento
- Trastorno Depresivo no Especificado
- Trastorno de Desregulación Disruptiva del Estado de Ánimo

Todos estos tipos presentan las mismas características generales anteriormente mencionadas. Sin embargo, varía en la duración, la presentación temporal o su etiología. Tratándose de Depresión Infantil me enfocaré en describir a detalle, de acuerdo con el DSM-5, el Trastorno Depresivo Mayor, el Trastorno Depresivo Persistente y Trastorno de Desregulación Disruptiva del Estado de Ánimo ya que son más frecuentes en infantes (APA, 2014).

❖ Trastorno Depresivo Mayor

Según la APA (2014) este trastorno debe estar presente durante el mismo periodo cinco o más de los siguientes síntomas, con una duración de dos semanas y representan un cambio en el funcionamiento previo; al menos debe presentar estado del ánimo deprimido o pérdida del interés o del placer.

1. Estado del ánimo deprimido la mayor parte del día y casi todos los días, según la información subjetiva dada o por medio de la observación por parte de otras personas.
2. Disminución significativa del interés o el placer por todas o casi todas las actividades que realiza durante su día.
3. Pérdida o aumento de peso significativo (de al menos 5% de su peso corporal de hace un mes) sin realizar alguna actividad, también se puede presentar aumento o disminución del apetito casi todos los días.
4. Insomnio o hipersomnia la mayoría de los días.
5. La gran mayoría de días presenta agitación o retraso psicomotor.
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Casi todos los días presenta sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada, esta última puede llegar a ser delirante.
8. Casi todos los días presenta dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones.
9. Pensamientos recurrentes de muerte, ideas suicidas sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan listo para llevarlo a cabo.

García y Sanz (2016) explican que las niñas, niños y adolescentes suelen experimentar: cambios en el apetito o peso, teniendo incapacidad para conseguir el peso apropiado para su edad; cambios en la actividad psicomotora que puede presentarse como agitación o enlentecimiento; sentimientos de infravaloración o culpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas. No todos los niños, niñas y adolescentes con trastorno depresivo mayor padecen de todos los síntomas y con la misma duración. La gravedad de los síntomas varía en cada niño, niña o adolescente y también puede variar con el tiempo. Estos síntomas suelen ir acompañados de un intenso sufrimiento, siendo

comprometida la capacidad para estudiar o salir con los amigos; en general el funcionamiento cotidiano del menor se ve afectado.

Los datos señalan que alrededor del 70% sufrirán otro episodio depresivo mayor antes de cinco años habiendo experimentado una remisión de los síntomas entre ambos episodios, incluso sin haber experimentado remisión alguna en los episodios (García y Sanz, 2016).

❖ Trastorno Depresivo Persistente o Distimia (F34.1)

La información que se desprende de otras personas ya sea por observación o subjetiva refiere a la persona con un estado del ánimo deprimido durante la mayor parte del día, que los periodos en los que se encuentra ausente, en menores también puede presentarse irritabilidad (APA, 2014). Para diagnosticar este trastorno debe haber una persistencia de dos o más de los siguientes síntomas:

1. Presenta poco apetito o sobre alimentación.
2. Hipersomnia o insomnio.
3. Poca energía o bien fatiga.
4. Baja autoestima.
5. Falta de concentración o dificultad en la toma de decisiones.
6. Sentimiento de desesperanza.

Para poder ser diagnosticado dichos síntomas deben estar continuamente presentes durante un periodo mínimo de dos años, nunca haber presentado episodios maniacos o hipomaniacos o presentando síntomas de Trastorno Ciclotímico, el sujeto debe presentar afectaciones en los contextos en los que se encuentra inmerso y los efectos no se deben atribuir al consumo de sustancias u otra afección médica (APA, 2014).

El Trastorno Depresivo Persistente o Distimia se da en periodos con mayor prolongación, crónicos, e interfieren también en el funcionamiento y el bienestar del niño.

❖ Trastorno de Desregulación Disruptiva del Estado de Ánimo (F34.8)

- A. Accesos de cólera grave y recurrente que se manifiestan verbalmente y/o con el comportamiento, estos se caracterizan por intensidad y duración desproporcionada a la situación o provocación.
- B. Los accesos de cólera no son concordantes con el grado de desarrollo.
- C. Los accesos de cólera se producen tres o más veces por semana, en un término medio.
- D. El estado de ánimo entre los accesos de cólera es persistentemente, irritable o irascible la mayor parte del día, casi todos los días, y es observable por parte de otras personas como: padres, maestros o compañeros.
- E. Los criterios A-D se han presentado durante 12 meses o más. En todo este tiempo el individuo no ha tenido un periodo de 3 meses o más consecutivos sin todos los síntomas del criterio A-D.
- F. Los criterios A y D se encuentran presentes en al menos dos de los tres contextos siguientes: casa, escuela y con sus compañeros. Y en al menos uno de ellos se presenta grave.
- G. El primer diagnóstico no se debe hacer antes de los 6 años ni después de los 18 años.
- H. Por la observación o la historia, los criterios A-E deben comenzar antes de los 10 años de edad.
- I. Para un episodio maníaco, nunca ha habido un periodo bien definido de más de un día durante el cual se haya cumplido todos los criterios sintomáticos, excepto la duración.
- J. Los comportamientos no se producen exclusivamente durante un episodio de trastorno de depresión mayor y no se explica mejor por otro trastorno mental.
- K. Los síntomas no se pueden imputar a los efectos fisiológicos de sustancias o de otra afección médica o neurológica.

Como podemos visualizar el Trastorno de Desregulación Disruptiva del Estado de Ánimo tiene como rasgos centrales los accesos de cólera, los cuales suelen ser causados por una situación de frustración y las manifestaciones de irritabilidad grave o enfado crónico. La mayoría diagnosticados con este trastorno suelen ser varones. En el área escolar presentan dificultades para progresar en la escuela debido a su baja tolerancia a la

frustración, son incapaces de participar en las actividades que normalmente disfrutaban los niños, por ende, tienen problemas para hacer o conservar amigos. Un aspecto importante es que los niños que presentan este cuadro son frecuentemente tienen conductas peligrosas, ideación o intento de suicidio y agresividad intensa. Este diagnóstico se encuentra muy criticado ya que las características del cuadro clínico se asemejan demasiado a las típicas rabietas infantiles y que se debe en gran medida a la falta de habilidades de autocontrol y la capacidad de tolerar la frustración; así como decadencia en las pautas de crianza y de los modelos familiares. Aunque se han introducido rigurosos criterios respecto al curso, la gravedad y extensión de sus síntomas (García y Sanz, 2016; Del Barrio y Carrasco, 2013).

Otro documento importante al cual recurrir es la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 (realizada por la Organización Mundial de la Salud en el año 1992) la cual nos habla de Episodios Depresivos, a diferencia del DSM-5 que nos habla de Trastornos Depresivos. Los Episodios Depresivos se caracterizan por un ánimo bajo; una reducción de la energía y disminución de la actividad en el individuo; menciona que la capacidad para disfrutar, interesarse y concentrarse se encuentra reducida y frecuentemente ya que las personas presentan un cansancio importante incluso tras un esfuerzo mínimo (OMS, 1992). El sueño de estos sujetos suele estar alterado, su apetito se encuentra disminuido. La autoestima y la confianza en uno mismo casi siempre está reducida, con presencia de culpa o inutilidad. El estado de ánimo bajo varía poco de un día a otro (OMS, 1992), no responde a las circunstancias externas y puede acompañarse de los denominados síntomas «*somáticos*», que son los siguientes: pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, despertar precozmente varias horas antes de la hora habitual, empeoramiento matutino del «*humos*» depresivo, enlentecimiento psicomotor importante, agitación, pérdida de apetito, pérdida de peso y disminución de libido. Todas estas características serán en función de la clasificación que nos ofrece la CIE-10:

- Episodio Depresivo Leve
- Episodio Depresivo Moderado
- Episodio Depresivo Grave

Otros episodios aislados de:

- Reacción depresiva
- Depresión psicógena
- Depresión reactiva.

Para ser diagnosticado con Episodio Depresivo se deben tener en cuenta los siguientes criterios:

- El Episodio Depresivo debe durar al menos dos semanas.
- No ha habido síntomas hipomaniacos o maniacos suficientes para cumplir los criterios de episodio hipomaniacos o maníaco en ningún periodo de la vida del individuo.
- Criterio de exclusión usado con más frecuencia. El episodio no es atribuible al consumo de sustancias psicoactivas o a ningún trastorno mental orgánico.

El Episodio Depresivo Moderado (F32.0) cuenta con las siguientes características de acuerdo con la clasificación de la CIE-10 (OMS, 1992).

Es muy probable que el paciente tenga grandes dificultades para seguir con sus actividades ordinarias. Debe cumplir con los criterios generales anteriormente mencionados, además, debe presentar dos de los tres síntomas siguientes:

1. Humor depresivo hasta un grado claramente anormal para el individuo, presente la mayor parte del día y casi cada día, apenas influido por las circunstancias externas y persiste durante al menos dos semanas.
2. Pérdida de interés o de la capacidad de disfrutar en actividades que normalmente eran placenteras.
3. Disminución de la energía o aumento de la fatigabilidad.

Igualmente deben estar presentes síntomas adicionales de los siguientes criterios para sumar un total de al menos seis síntomas.

1. Pérdida de confianza o disminución de la autoestima.
2. Sentimientos no razonables de autorreproche o de culpa excesiva e inapropiada.
3. Pensamientos recurrentes de la muerte o el suicidio, o cualquier conducta suicida.

4. Quejas o pruebas de disminución en la capacidad de pensar o concentrarse, tales como indecisión o vacilación.
5. Cambio en la actividad psicomotriz, con agitación o enlentecimiento (tanto subjetiva como objetiva).
6. Cualquier tipo de alteración del sueño.
7. Cambio en el apetito (aumento o disminución) con el correspondiente cambio de peso.

Nogales, Rodríguez, Cortés, Cabrera, Esperón, Lohman, y Peñaloza (2009) hacen una puntuación en que además de la pérdida de peso, en los niños, niñas y adolescentes pueden no alcanzar el peso y altura esperados para su edad. Los niños pueden no tener la madurez cognoscitiva para hablar o expresar sus ideas y pueden expresarse con problemas del comportamiento. Cuando cursan con depresión psicótica, los menores tienen más probabilidad de presentar alucinaciones que delirios, depende de su grado de madurez cognoscitiva. Además, señalan que los infantes con trastornos médicos y trastornos mentales no depresivos (trastorno de ansiedad, TDAH y trastornos de conducta) se encuentran en riesgo elevado de desarrollar depresión secundaria y que el Trastorno Negativista Desafiante puede predisponer a la depresión por medio de la desregularización de la emoción y la propensión a la efectividad negativa. Apoyando a esta última idea Bruke, Hipwell y Loeber (2010) proponen que la relación de la depresión con factores exteriorizantes se encuentra especialmente ligada al Trastornos Oposicionista Desafiante, más que cualquier otro tipo de trastorno de conducta, aquellos que tienen TOD después desarrollan depresión (en Del Barrio, 2010).

El síndrome somático puede utilizarse como quinto carácter para especificar el diagnóstico, para especificarlo deben estar presentes cuatro de los siguientes síntomas:

1. Pérdida de interés o capacidad para disfrutar importantes actividades que normalmente eran placenteras.
2. Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos o actividades que normalmente producen una respuesta emocional.
3. Despertarse por la mañana dos o más horas antes de la hora habitual.

4. Empeoramiento matutino del humor depresivo.
5. Presencia objetiva de enlentecimiento psicomotor o agitación (observada o referida por terceras personas).
6. Pérdida marcada de apetito.
7. Pérdida de peso (5% o más del peso corporal del último mes).
8. Notable disminución de libido.

Después de haber observado los criterios de ambos sistemas (DSM-5 y CIE 10) podemos realizar algunas comparaciones, García y Sanz (2016) afirman que los sistemas tienen en común los síntomas principales: el bajo estado de ánimo y la anhedonia, que la duración de los síntomas depresivos deben ser al menos dos semanas en el caso depresivo mayor o más de un año en el caso del trastorno distímico, y que los síntomas deben provocar en el niño un malestar clínicamente significativo o dificultades para llevar a cabo sus actividades escolares, familiares, sociales o bien presentar un deterioro de otras áreas importantes de la actividad del niño. Además, de que ambas definiciones del Episodio depresivo son prácticamente idénticas, ya que se comparten nueve síntomas diagnósticos de un total de nueve para DSM y de diez para la CIE. Con la única diferencia de que la CIE incluye más síntomas diagnósticos cognitivos. Y el DSM amplía el criterio sintomático de estado de ánimo para incluir la irritabilidad en los niños.

Cabe mencionar que Nogales, Rodríguez, Cortés, Cabrera, Esperón, Lohman, y Peñaloza (2009) puntualizan a detalle los posibles síntomas de la depresión de acuerdo a la edad de las niñas, niños y adolescentes.

Menor a 7 años

- Llanto inmotivado
- Quejas somáticas
- Irritabilidad
- Detenciones en el desarrollo
- Rechazo escolar

De 7 a 12 años

- Quejas somáticas
- Agitación psicomotriz
- Agresividad
- Apatía y tristeza. Quejas de aburrimiento.
- Sensación de estar superado por las exigencias
- Bajo rendimiento y pobre adaptación social
- Falta de concentración
- Rechazo escolar
- Trastorno del sueño o cambios en los hábitos del sueño
- Astenia y fatiga o pérdida de energía
- Cambios en el apetito
- Indecisión
- Ideas de muerte recurrentes

Adolescentes

- Mismos síntomas que en la edad prepuberal
- Conducta Negativista
- Agresividad
- Irritabilidad
- Desgano para cooperar en actividades familiares
- Desinterés por aseo personal
- Dificultades escolares
- Rendimiento social con hipersensibilidad
- Desinterés por las cosas que le atraían antes
- Planes suicidas.

1.5 Causas de la Depresión

En la actualidad no existen modelos explicativos específicos de la depresión infantil, ya que las propuestas teóricas que hay hasta el momento se limitan a extender las teorías elaboradas para explicar la depresión adulta, ya que supuestamente interactúan entre sí

(García y Sanz, 2016). Estos factores de riesgo están relacionados con variables biológicas, ambientales y psicológicas que incrementan la probabilidad de que un niño desarrolle depresión.

1.5.1 Causas Endógenas

La depresión endógena se caracteriza por ser de etiología interna, por cambios químicos intracerebrales y condicionadas por la herencia, o bien, genética (Cardoce, 2003). Puede ser explicada con Teorías Biológicas, estas a su vez se subdividen en otros modelos o teorías según Cabarrobes (2014):

1.5.1.1 Modelo genético

Esta condición (depresión) se encuentra a nivel genético, lo cual nos habla de una heredabilidad de los trastornos del estado de ánimo. Es decir, cuando los padres y los abuelos de un niño que presentan depresión, existe una mayor posibilidad de que el niño o niña la manifieste. Se ha estimado que los menores de padres que padecen depresión es tres veces más la probabilidad de desarrollar un episodio depresivo a lo largo de su vida según Lieb, Isensee, Hofler, Pfister y Wittchen, (2002, como citó en García y Sanz, 2016). Sin embargo, no todos las niñas y niños que tienen predisposición genética padecen depresión, y esta también puede afectar a infantes que no tienen predisposición genética.

Los datos que sustentan este modelo son poco específicos y remiten a fenómenos que se correlacionan ya que la predisposición genética también puede estar relacionada con los mecanismos ambientales como: la calidad de los cuidados parentales que reciben los niños y niñas (Cabarrobes, 2014; García y Sanz, 2016).

1.5.1.2 Neuroanatomía

En las últimas investigaciones relacionadas con trastornos de ánimo han sido ligados a los circuitos neuroanatómicos, precisamente en alteraciones funcionales y estructurales de áreas que regulan la emoción ligada a factores genéticos, los cuales involucran

específicamente áreas límbicas y paralímbicas, incluyendo la amígdala e hipocampo (Coan y Allen, 2004 como se citó en Del Barrio, 2010), los cuales hacen más o menos proclives a los sujetos a reaccionar diferencialmente ante estrés, los refuerzos o la adversidad.

En diferentes estudios el hallazgo más consistente ha sido, que durante la depresión se observa por medio de resonancias magnéticas una la disminución en el volumen del lóbulo frontal, en la disminución de actividad y volumen en la corteza cingulada anterior y reducción en el volumen del hipocampo (Nogales, Rodríguez, Cortés, Cabrera, Esperón, Lohman y Peñaloza, 2009).

1.5.1.3 Teorías Endocrinas

Estas nos describen los modelos centrados en el llamado «*eje adrenal-hipófiso-adrenal*» que consiste en la hiperactividad de la glándula suprarrenal causando niveles elevados de secreción de hormonas *glucocorticoides* o *corticoides* lo que causa una serie de síntomas depresivos especialmente de tipo melancólico.

Por otra parte, el eje «*hipotálamo-hipófiso-adrenal*» se considera muy sensible a la influencia de factores psicológicos, debido a esto, se le conoce como eje del estrés; ya que las experiencias estresantes aumentan su actividad en la secreción de hormonas corticoides. Sin embargo, Weissman, Leckman, Merikangas, Gammon, Prusoff, (1984) evaluaron al cortisol en población pediátrica, los resultados finales no muestran consistentemente el incremento de esta hormona; esto puede deberse a factores como el desarrollo, la menor prevalencia de melancolía y probablemente, una adaptación más rápida al estrés (como se citó en Nogales, Rodríguez, Cortés, Cabrera, Esperón, Lohman y Peñaloza, 2009).

Otro eje que influye en estados depresivos es el «*eje hipotálamo-hipófiso-tiroideo*» el cual, menciona Cabarrobes (2014) que pacientes con hipotiroidismo e hipertiroidismo, pueden presentar estados depresivos y maníacos claramente asociados. La regulación

de la secreción de hormona tiroidea ayuda al tratamiento de los síntomas depresivos y maníacos en estos casos.

Alteraciones en la producción o en el funcionamiento de diferentes neurotransmisores cerebrales

Los principales neurotransmisores que están implicados en la depresión son las catecolaminas y las indolaminas estas dos dan origen a hipótesis o bien teorías bioquímicas:

- *La hipótesis catecolaminérgica*

Plantea que los niveles alterados (normalmente disminuidos) o los déficits funcionales en la actividad de los neurotransmisores *catecolaminérgicos*, *dopamina* y *noradrenalina* están asociados a los estados depresivos. Al igual que el déficit en los niveles de indolamina y serotonina, también están presentes en los estados depresivos.

El papel que desempeñan los neurotransmisores anteriormente mencionados parece estar asociado a un incremento de la vulnerabilidad o la predisposición a padecer la depresión, por ello, para ejercer su acción depresiva se requiere la intervención de otros neurotransmisores catecolaminérgicos, como la noradrenalina; este combinado de factores es lo que se conoce como «*hipótesis permisiva de la depresión*».

- *Hipótesis serotoninérgica*

Para que se dé un estado depresivo han de manifestarse tanto un déficit funcional en la transmisión serotoninérgica, como factor de predisposición, un déficit en la neurotransmisión catecolaminérgica. Sin embargo, si se da lo contrario, un aumento en la transmisión catecolaminérgica la alteración del ánimo se encontraría encaminada a un tipo hipertímico o maníaco.

En conclusión, existen 4 grupos posibles de depresiones con relación al déficit en los neurotransmisores: serotoninérgicos, noradrenérgicos, serotoninérgicos y de naturaleza no biológica.

1.5.2 Causas Exógenas

Para dar una explicación a las causas exógenas recurrimos a las Teorías Psicológicas ya que son sucesos al exterior del sujeto, los cuales pueden ser una de las causas de su depresión, descritas por Cabarrobes (2014). Cabe destacar que hay ciertos menores que muestran predisposición o vulnerabilidad psicológica adquiridas a lo largo de su vida por: el tipo de cuidado parental, educación, ambiente social, aprendizajes y circunstancias vitales que habrían experimentado (García y Sanz, 2016).

1.5.2.1 *Perspectiva Psicodinámica*

El postulado fundamental tomó como base el concepto *baja autoestima*, el sujeto presenta depresión cuando sufre una pérdida de un objeto amoroso o alguien muy amado teniendo una respuesta de ira u hostilidad pasando a un estado de interiorización o introyección. Una excesiva sensibilización a la pérdida puede hacer que el niño o niña se vuelva dependiente del afecto y la aprobación de los demás por lo tanto esto produce un déficit de autoestima. Esta teoría se refería principalmente a edades tempranas y estas suelen ser provocadas por experiencias como la muerte por parte uno o de los dos padres, separaciones forzadas o rechazo al niño/a y al crecer este puede ser vulnerable ante experiencias de pérdida, rechazo o frustración real o simbólica.

De la mano con el enfoque psicodinámico se encuentra la teoría del apego de Bowlby (1983, como se citó García y Sanz, 2016) la cual explica la depresión a partir del apego, postulando la existencia de dos tipos diferentes de depresión: «*Depresión Anaclítica*» que se caracteriza por la excesiva dependencia de los demás y la «*Depresión Introyectiva*» caracterizada por un excesivo nivel de autocrítica y elevados objetivos de logro, difíciles de alcanzar, los cuales concluyen con frecuencia en sentimientos excesivos de fracaso, inutilidad y culpa.

1.5.2.2 *Perspectiva Conductual*

Esta perspectiva se basa en la observación de la conducta en los sujetos depresivos. Skinner y Ferster (1965 y 1973 como se citó García y Sanz, 2016) nos hablan de una extinción de la conducta debido a la ausencia de reforzamiento de la conducta. Los sujetos con depresión presentan una actividad o conducta muy reducida ocasionada por una desmotivación o falta de interés.

Lewisohn (1974 como se citó García y Sanz, 2016) nos habla del aprendizaje operante o instrumental que consiste en la reducción o pérdida de los reforzadores, este fenómeno puede tener su origen en cambios o factores ambientales sobrevenidos en la vida del sujeto o en factores intrapersonales, como lo son: la falta de recursos o habilidades para afrontar problemas sociales, laborales o de cualquier otro tipo. Recientemente se ha reforzado esta teoría con experimentos que llevan a cabo la llamada «*activación conductual*».

1.5.2.3 *Perspectivas Cognitivas*

Dentro del marco de la teoría cognitiva de la depresión los autores más sobresalientes son: Beck, Seigman, Rush, Shaw y Emery (1979-1983 como se citó García y Sanz, 2016) los cuales asumen el postulado de ocurrencia, el cual describe que depende del sujeto depresivo cómo percibe o interpreta los sucesos vivenciados durante su vida.

El modelo propuesto por Beck (1967, 1987 como se citó García y Sanz, 2016) se centra en los errores o las distorsiones cognitivas que la persona comete al procesar la información de su entorno especialmente después de vivir experiencias o sucesos estresantes.

Siguiendo la teoría de Beck (como se citó en García y Sanz, 2016), los errores cognitivos se encuentran almacenados en la memoria, formando esquemas cognitivos (representaciones del conocimiento y la experiencia) estos actúan como filtros que perciben, interpretan y recuerdan la realidad. En el caso de los niños y niñas con errores o distorsiones cognitivas procesan la información del entorno en: inferencias arbitrarias, abstracción selectiva, sobregeneralización, maximización y minimización, personalización, y pensamiento dicotómico y absolutista (estas ocurren en personas con

depresión en mayor grado y son congruentes con el contenido funcional de los esquemas depresógenos). Por lo tanto, los infantes abstraen la realidad selectivamente y se magnifica la información negativa, mientras que se ignora o minimiza la información positiva; los errores se personalizan y sus efectos negativos se exageran y se sobre generalizan. Cuando estos errores cognitivos negativos procesan la información se produce en resultados negativos: en imágenes y pensamientos, tanto voluntarios como automáticos (son ideas o imágenes estereotipadas de aparición repetitiva, inintencionada, difíciles de controlar), que distorsionan la personalidad, del mundo. A esto se le conoce como tríada cognitiva la cual interfiere tanto en las actividades que el menor realiza como en su estado de ánimo, provocando desinterés o desmotivación y en una proyección hacia el futuro igualmente desesperanzada y negativa que no contempla una mejora, esta forma de pensar es la que lleva al sujeto a la depresión. Todo esto hace que el infante presente actitudes disfuncionales, elemento de vulnerabilidad para la depresión.

Por otro lado, Seligman (1975) propone los modelos de la depresión por indefensión aprendida o desesperanza en los cuales postula la existencia de determinados «*estilos atribucionales depresógenos*». El estilo atribucional depresógeno en niños y niñas se presenta con pensamientos constantes en el que la causa de todos los acontecimientos negativos que ocurren proviene de ellos mismos, que afectará a todo lo que hagan y que no cambiará. Ahora bien, los infantes crean un concepto de visión negativa sobre el mundo que lo rodea, para él es igual a los conceptos «*baja autoeficacia, falta de autocontrol*»; e igualmente, la visión negativa sobre su futuro puede equipararse al concepto de pesimismo, o un significativo déficit o ausencia de optimismo disposicional. Cuando las niñas y los niños se atribuyen estos conceptos viene como consecuencia una baja autoestima, desesperanza e indefensión, por ende, depresión (Cabarrobes, 2014; García y Sanz, 2016).

Factor denominado «*estilo rumiativo ante la depresión*» consiste que los niños y niñas no pueden dejar de pensar en el suceso negativo que les ha sucedido y permanecen

enganchadas a él, lo que les conduce a sufrir los propios síntomas depresivos durante más tiempo y con mucha mayor intensidad.

1.5.2.4 *Perspectiva Cognitivo-conductual*

Para esta perspectiva es fundamental tomar en cuenta la teoría de los déficits en las conductas de autocontrol planteada por Lewinsohn, Hoberman, Teri y Hautzinger en 1985 (como se citó en García y Sanz, 2016). En niñas y niños esta teoría se caracteriza por déficits en las habilidades sociales y de solución de problemas o para autocontrolar su comportamiento. Los déficits anteriormente mencionados tienen como consecuencia que “el menor no sea capaz de afrontar, resolver y adaptarse a los cambios negativos que implican los acontecimientos estresantes y que, por tanto, el estrés perdure y se intensifique desencadenando una depresión e incluso ante un estrés inicialmente leve” (García y Sanz, 2016, p.135). Así pues, la falta de habilidades sociales en el colegio desencadena que los escolares sufran aislamiento social o rechazo acumulando, un incremento de experiencias negativas y un descenso o ausencia de reforzadores positivos, al final el infante suele caer en depresión. Según Kupersmidt y Patterson (1991) numerosas investigaciones han comprobado que un déficit en las habilidades sociales suele ser uno de los mejores predictores de la aparición posterior de la depresión (como se citó en García y Sanz, 2016).

Es más probable que las niñas y niños sufran depresión si muestra una tendencia a presentar conductas o pensamientos con las siguientes características:

1. Que el infante preste más atención a los sucesos negativos que a los positivos y las consecuencias inmediatas de la conducta que a las consecuencias a largo plazo.
2. Realiza criterios muy rigurosos o muy altos de autoevaluación.
3. Se le atribuye la consecuencia de los dos déficits anteriores, las recompensas son insuficientes o castigos excesivos.

1.5.2.5 *Modelo integrador*

Las causas endógenas o exógenas de la depresión no se presentan en todos los casos, por ello Carroble (2014) nos propone ampliar nuestra visión de manera que se pueda apreciar al sujeto globalmente, desde una perspectiva de naturaleza «*orgánico-biológica-psicógena*», sin dejar de lado su distinción. Debido a que es habitual encontrar causas múltiples, complejas y que dan cabida a ambos elementos, biológicos y psicológicos.

El modelo integrador toma parte de las teorías mencionadas anteriormente y las integra en un solo modelo. El modelo se determina por ser multidireccional, además recoge otros factores de vulnerabilidad, de origen o de mantenimiento de depresión.

Esta visión multifactorial causal de la depresión permite, a su vez, un enfrentamiento igualmente multifactorial y multiprofesional en el abordaje terapéutico de los trastornos depresivos.

1.6 Escuela, Familia y Depresión Infantil

La familia es la célula de la sociedad, ya que es el punto de partida, pauta de reproducción y articulación de las sociedades humanas (Murga, 2019). Principalmente los padres constituyen el primer núcleo de convivencia de sus hijos e hijas, cubriendo las necesidades y asegurando su supervivencia en el sentido físico y emocional (Garibay-Ramirez, Jiménez-Garcés, Vieyra-Reyes, Hernández-González y Villalón-López, 2014). Murga (2019) señala que la familia va a ser la responsable de desarrollar en las niñas y niños la supervivencia, el aspecto simbólico, la socialización, además de proporcionar respaldo, todo esto es de vital importancia para que las niñas y niños logren insertarse, desarrollándose y ser partícipes de la sociedad; ya que en la familia desarrollarán todas sus capacidades básicas como: el lenguaje, el afecto, hábitos, motivaciones y autoestima, mismos con los que más tarde construirá su vida adulta. Del Barrio (1988) señala que el grupo familiar es el primer agente de socialización, influyendo en el infante

de manera decisiva en su desarrollo de su estabilidad emocional, constituyendo a su vez un elemento clave para la configuración de la depresión infantil (como se citó en Frias, Mestre, Del Barrio y García-Ros, 1992).

Por lo tanto, las madres y padres antidepresivos serán aquellos que tratan con cariño a sus hijos, le ofrecen de su tiempo, se implican en una educación que da normas adaptativas y cuida de su cumplimiento, además del cuidado de la socialización fuera del hogar (del Barrio et al. 2007 como se citó en del Barrio, 2010). “Los padres educan no para el hogar, sino para el mundo; por tanto, tienen que iniciar al hijo/a en la interacción social con los individuos de su misma edad. Todo ello promueve la independencia del sujeto a los problemas que necesariamente ha de afrontar en solitario” (del Barrio, 2010. P. 56). El padre y la madre son el entorno más inmediato del niño o niña e influyen de manera importante en la construcción para afrontar y proporcionar a sus hijos las herramientas necesarias para un adecuado manejo de la frustración (Garibay-Ramírez, Jiménez-Garcés, Vieyra-Reyes, Hernández-González y Villalón-López, 2014).

En definitiva, varios autores muestran la importancia de la familia en el desarrollo de las niñas y niños, y cómo ésta influye de una manera determinante. Por lo tanto, si el núcleo familiar se ve afectado por padres deprimidos, por un divorcio, la muerte de uno o de ambos padres; el desarrollo afectivo y emocional del niño o niña de igual manera se verá afectado.

Un estudio realizado por Garibay-Ramírez, Jiménez-Garcés, Vieyra-Reyes, Hernández-González y Villalón-López (2014) en el estado de México con niños y niñas 8 a 12 años encontró una clara correlación entre depresión infantil y disfunción familiar.

En estudios como el de Lovejoy, Graczyk, O’Hare y Nauman (2000) o el de Wilson y Durbin (2010) han demostrado que la depresión de las madres como la de los padres influye de manera negativa en las relaciones paternofiliales, ya que se encuentran asociadas a factores como: una mayor hostilidad hacia las niñas o niños, una menor sensibilidad a sus necesidades o un mayor número de interacciones negativas con el menor (como se citó en Del Barrio, 2010). Paralelamente Kovac (2010 como se citó en Del Barrio, 2010) explica que la depresión materna es predictor de depresión infantil. Sin

embargo, dicha relación se ha considerado debido al efecto del paso del tiempo. La investigación realizada Gartstein, Bridgett, Rothbart, Robertson, Iddins, Ramsay, y Schlect (2010) aportan que la depresión materna y depresión infantil incluyendo todo tipo de efectos negativos: miedo o ansiedad, se encuentran relacionadas y se da desde edades muy tempranas, considerándose crítico el primer año de vida, tomando en cuenta que esta relación no aparece en la pregnancy, avalaría que no se trata exactamente de una cuestión biológica (como se citó en Del Barrio, 2010),

Otro estudio relacionado con el trato que los padres le ofrecen a sus hijos/as es el de García y Siverio (2005), quienes describen, que en ocasiones los padres o madres inhiben ciertas reacciones que producen satisfacción en el niño, estableciendo ideales irrealizables porque sienten amenazados por la individuación del hijo/a o que exhiban una constante actitud de rechazo. En esta situación los infantes suelen tener pensamientos negativos, miedo y sufrimiento, de igual forma viven conflictos internos y muestran mucha agresividad social (como se citó en Cuervo e Izzedin, 2007).

De igual forma Frias, Mestre, Del Barrio y García-Ros, (1992) afirman que existe un gran número de investigaciones que han encontrado una relación directa entre la discordancia familiar y la presencia de problemas en los hijos (Emery, 1982) tales como la depresión (McDermott, 1970), la baja autoestima y problemas de conducta (Rosenberg, 1965; Gwynn y Brantley, 1987 y cols., 1988).

En un estudio realizado por Coopersmith (1967) comprobó que existe una relación entre la separación de los padres y la aparición de la depresión en los hijos, hallándose vinculados: el conflicto parental con el mal ajuste y baja autoestima de los niños. Gwynn y Brantley (1987) en sus resultados encontraron las consecuencias del divorcio en las hijas e hijos, estos pueden presentar: un incremento de ansiedad, la depresión, la baja autoestima y un mayor número de problemas escolares. Hoffman y Zippco (1986) mostraron que durante los primeros años que siguen de la separación los niños y niñas revelan los efectos más importantes, disminuyendo con el paso del tiempo. Heatherington y colaboradores. (1979) aseguran que tras dos años de divorcio los efectos han desaparecido. En comparación con Wallerstein y Kelly (1975) refiere que las niñas y niños de padres divorciados manifestaron temores y miedos y tenían mayor labilidad

emocional entre las edades de dos a tres años. Brenner (1984) señala que todos los investigadores están prácticamente de acuerdo en que durante el año siguiente al divorcio los niños presentan problemas de aprendizaje. Además de que los infantes con edad de tres años creían que los conflictos entre sus padres eran debido a su mala conducta. Los niños y niñas con edades entre los cinco y seis años no se encontraron problemas ocasionados por el divorcio. Después de un año del comportamiento depresivo los niños adoptan un nuevo comportamiento normal, en el cual sobresale una excesiva necesidad de buscar contacto físico con personas adultas. Ahora bien, Mussen y cols. (1969) exhiben que la ausencia del padre o madre del mismo sexo que su hija/o, repercute más en el desarrollo afectivo y cognitivo del hijo/a dada la importancia que tiene el padre o la madre del mismo sexo como modelo para identificación. Cabe señalar que esto es más común en masculinos ya que a menudo reaccionan a una externalización de los problemas ante el conflicto material o el divorcio (Frias, Mestre, Del Barrio y García-Ros, 1992).

Otra problemática que influye en los niños y niñas es la muerte de uno o ambos padres, a este tema Lloyd (1980) y Ruttger (1972) hacen la siguiente aportación, en caso de la muerte de uno de los padres durante la infancia aumenta el riesgo de depresión futura. Sin embargo, los estudios no son concluyentes. Mussen y cols. (1969) Rosenberg (1965) agregan que los niños que pierden antes de los cinco años a uno o ambos padres suelen tener más problemas, que si la ausencia se produce después de esta edad, la razón es que a esta edad no han establecido una clara identificación de la figura paterna o materna (como se citaron en Frias, Mestre, Del Barrio y García-Ros, 1992).

En definitiva las dificultades familiares suelen ser uno de los factores perturbadores que propician la depresión infantil, Bennet, Ambrosini, Kudes, Metz, Rabinovich (2005) mencionan que el fracaso escolar es otro de los factores que pueden influir notablemente en la aparición de la depresión (como se citó en Nogales, Rodríguez, Cortés, Cabrera, Esperón, Lohman, y Peñaloza, 2009). Dado que psicosocialmente, la escuela y los estudios son factores frecuentemente estresantes para la vida de los niños y las niñas, tanto por las expectativas sociales y familiares que se forjan en torno a las notas sobre el rendimiento, así como, por las excesivas demandas escolares. Las notas escolares es

uno de los elementos por el cual los infantes son más valorados: es estimado socialmente, admirado por sus compañeros/as y premiado por el profesorado y la familia, esta última suele ser una situación agobiante ya que los infantes tienen miedo ser rechazados afectivamente por sus padres y a perder la aceptación y admiración que ellos esperan y necesitan, algunas veces responsabilizándose de cualquier problema familiar como: discusiones o separaciones, debido a su “mala” conducta y/o a sus malas notas. Los factores mencionados generalmente son estados estresantes, posibles generadores de depresión (Cabrera y Jiménez, 1999).

En estudios realizados por: Kaslow *et. al.* (1984), Blechman *et. al.* (1986), Feshbach y Feshbach, (1987), Nisse (1989), Doménech y Poliano.Lorente, (1990), Shafii and Shafii (1995), etc, han encontrado que la depresión y el fracaso y/o rendimiento escolar han sido variables relacionadas. Por consiguiente, los manuales e instrumentos de evaluación de la depresión, que se conocen, incluyen a los aspectos escolares como una dimensión constante a tener en cuenta en el diagnóstico. Stevenson y Romney (1994) aseguran que en la mayoría de las investigaciones han encontrado que los alumnos y alumnas suspendidos presentan un mayor porcentaje de síntomas depresivos.

En un estudio más preciso realizado por Bauersfeld (1972) con una muestra de niños y niñas con fracaso escolar se encontró que el 13% padecía depresión, tasa que se eleva 58% en el estudio de Weinberg *et. al.* (1973) con niños y niñas que presentaban trastornos de aprendizaje y, al 62% en el estudio realizado por Brumback *et. al.* (1980).

De acuerdo con todo lo mencionado anteriormente Parraga (1990, pág. 219) señala que resulta urgente establecer las posibles relaciones entre la depresión y el ámbito escolar, puesto que aquella puede afectar de forma importante a factores asociados con el aprendizaje como: el rendimiento escolar, el comportamiento en el aula, la integración con otros compañeros y con el profesorado, etc. La investigación realizada por Cabrera y Jiménez (1999) con niños de 9 a 12 años demuestra que se encuentran relaciones entre el bajo rendimiento académico y la presencia de sintomatología depresiva. Sin embargo, el rendimiento académico no se contempla como variable explicativa de la depresión. Por el contrario, si encuentran como factor de riesgo el gusto que las niñas y

niños tienen por el centro escolar, ya que entre menos gusto tengan por el centro escolar generalmente tienden a deprimirse.

1.7 Tratamiento

Cuando la depresión infantil es diagnosticada se empieza a tratar de manera inmediata. Los principales tratamientos son los farmacológicos y las intervenciones psicológicas, estas suelen variar según la gravedad o las necesidades del paciente.

1.7.1 *Tratamiento Farmacológico*

La depresión muy a menudo se trata con psicofármacos, especialmente la adolescente (Del Barrio, 2010). El tratamiento farmacológico más común entre los psiquiatras (psiquiatras especializados en infantes y adolescentes) suelen ser el uso de inhibidores selectivos de la captura de serotonina (ISRS), ya que está demostrado eficacia superior a placebo y son más seguros, los ISRS son: la *Fluorexetina*, *Escitalopram*, *Sertralina*, *Citalopram*, *Farmacoterapia* (Nogales, Rodríguez, Cortés, Cabrera, Esperón, Lohman, y Peñaloza, 2009). La *Fluorexetina* es de los fármacos que se ha considerado más eficaz por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (2006 como se citó en Del Barrio, 2010).

No obstante investigaciones han descubierto que la fluoxetina ha incrementado la tasa de suicidio de jóvenes pacientes sometidos a este tipo de fármacos (De Angelis, 2004). Asimismo, algunos investigadores han detectado que ese fármaco no incrementa el restablecimiento, sobre todo, en niños y niñas en los que la depresión se asocia a problemas de conducta (Jacobs, Beker-Wieidman, Reinecke, Jorda, Silva, Rohde y March, 2010).

1.7.2 *Tratamiento psicológico*

Existen infinidad de tratamientos psicológicos, todos cuentan con diferentes perspectivas dependiendo de la corriente psicológica a la que pertenecen. Por ende, cada una se plantea diferentes objetivos obteniendo de cada una diferentes resultados.

- Tratamiento Cognitivo-Conductual (TCC)

Este tratamiento es uno de los que tiene un mayor reconocimiento por su eficacia (Méndez *et. al.*, 2003). La TCC en niños y niñas se encuentra encaminada al aprendizaje secuencial de habilidades, basándose en que las relaciones emotivo-conductuales están influenciadas por procesos y estructuras cognitivas, de este modo las conductas y los afectos mal adaptativos están correlacionados con distorsiones cognitivas. El propósito de la TCC es guiar al paciente en la identificación de estas cogniciones y modificarlas a través de un tratamiento activo y experimental.

- Terapia interpersonal

La terapia interpersonal es una psicoterapia breve, está centrada en las reacciones sociales del individuo y en su estado actual. Los principales objetivos son: disminuir la sintomatología depresiva y mejorar el funcionamiento interpersonal.

- Psicoterapia dinámica

Este tipo de terapia tiene dos formas de aplicación, se puede realizar de manera individual o grupal. La terapia individual, permite que el paciente se pueda desplegar discursivamente, sus conceptualizaciones sobre sí mismo y la influencia que tiene el medio en su situación actual; se trabaja con el reconocimiento de la responsabilidad sobre su situación actual y su implicación para modificarla. La terapia grupal, se presenta cuando existen rupturas en la relación con la familia, la escuela y con sus pares. Este permite un análisis global de las influencias mutuas y sus efectos en las emociones.

- Terapia Conductual

Este tipo de terapia está indicada en pacientes con episodios leves. Tiene como propósito el implementar un repertorio conductual que active al paciente o evitar conductas de riesgo como auto y heteroagresión leve. El objetivo de esta terapia es modificar conductas disruptivas que dificultan la interacción mediante técnicas y estrategias, o bien, implementando aquellas conductas que permitan una mejor adaptación del sujeto a su entorno familiar, social y escolar.

El manejo conductual se inicia con un análisis funcional detectando las conductas blanco y los eventos previos o subsecuentes a la misma que estén reforzando las conductas depresivas. Posteriormente se seleccionan las técnicas adecuadas al caso, ya sea para adquisición, mantenimiento o eliminación de conductas. Cabe señalar que el individuo tratado tiene un proceso de aprendizaje al reconocer las conductas adecuadas e inadecuadas y en qué momento se espera que él presente conductas adecuadas.

Habría que centrarse en tratamientos conductuales en el primer periodo de edad e introducir luego los cognitivos en la adolescencia tardía, donde se ha constatado la mayor eficacia de este tipo de intervención (Stice, Shaw, Heateher, Bohon, Marti, Rhode, 2009. En Del Barrio, 2010).

2. Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad

2.1 Estadística en México

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es el trastorno psiquiátrico más frecuente en edad pediátrica y con una alta comorbilidad, dicho de otro modo, es frecuente que este trastorno se encuentre acompañado de otros problemas psiquiátricos, los más frecuentes están relacionados con trastornos conductuales y otros como la depresión y ansiedad (Soutullo y Díez, 2007).

La prevalencia mundial en edad infantil de TDAH es de 5.3% aproximadamente, es decir, en todo el mundo cinco punto tres por ciento de la población infantil presentan TDAH en comparación con la edad adulta que es de 2.5% (Polanczyk, de Lima, Hoarta, Biederman y Rohde en Saucedo, 2014). Así mismo, se tiene el conocimiento que, de cada 100 niños en edad escolar, de 3 a 5 presentan TDAH (Vásquez, Cárdenas, Feria, Benjet, Palacios y de la Peña, 2010).

Estudios realizados en México reportan que el 15% de la población infantil presenta trastornos psiquiátricos, esto indica que cinco millones de niños y niñas sufren algún problema de salud mental. Como ya se ha mencionado el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad es la afección neuropsiquiátrica más frecuentemente diagnosticada en la población infantil (Secretaría de Salud, 2002 y Saucedo, 2014), en datos derivados del INEGI durante el censo realizado en el 2010 aproximadamente el 4% de niñas, niños y adolescentes lo presentan; de modo que 1.5 millones que podrían padecer TDAH (Saucedo, 2014). Es indispensable mencionar que el TDAH puede darse con o sin hiperactividad en diversos grados, lo cual afecta directamente en el rendimiento escolar de 7 de cada 10 niños, niñas y adolescentes (Secretaría de Salud, 2002).

Polanczyk, Silva, Lessa y Rohede, dan a conocer que en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro” 22.8% de niñas, niños y adolescentes que fueron atendidos por primera vez durante el 2007 recibió el diagnóstico de TDAH. En niños, niñas y adolescentes el TDAH predominante afecta a varones, de modo que, por cada 4 varones con TDAH, solo

1 fémína presenta el padecimiento en estudios clínicos y de 2.4 varones, solo 1 fémína lo presenta en estudios de población abierta (Ávila, Sarmiento, Brenes, Cárdenas, Gutiérrez, Escoto, Tapia, Torres, Arrieta, y Manzano, 2009). Es importante tomar en cuenta estos datos ya que este hospital psiquiátrico es el único especializado en edad infantil y adolescente.

En otros estudios realizados en México, específicamente en Jalisco; Cornejo-Escatell, Fajardo-Fregoso, López-Velázquez, Soto-vegas y Ceja-Moreno (2015) con una población de niños y niñas con edades entre los 6 y 12 años que residen en tres diferentes poblaciones al noreste de Jalisco, muestran una prevalencia de 9.11% con una relación de 1 niña por cada 2 niños presentan TDAH. En otro estudio realizado al sur de Jalisco, por Cruz, Ramos, Gutiérrez, Gutiérrez, Márquez, Ramírez, Razo y Seúlveda (2010); trabajaron con una población de niñas y niños de edades que rondan entre los 6 y los 8 años revelan una prevalencia de 14.6%, por cada 3 niños con TDAH se valoró a una niña con este padecimiento, agregando que en ambos sexos fue más prevalente el TDAH tipo inatento.

2.2 Conceptualización

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad más conocido por sus siglas TDAH es una condición neuropsiquiátrica con etiología multifactorial y que aparece durante la infancia caracterizado por dos dimensiones que pueden persistir hasta la edad adulta, impactando en diferentes áreas como la académica, laboral y social (Vásquez, Cárdenas, Feria, Benjet, Palacios, y de la Peña, 2010).

Sus dos dimensiones son: la inatención y la hiperactividad-impulsividad (desinhibición), estas son eje principal del TDAH y se describirán a continuación:

2.2.1 Inatención

Cuando hablamos de atención se puede interpretar como un constructo multidimensional (Bate, Mathias y Crawford, 2001, como se citó en Marcia, 2012) ya que es un conjunto

de diferentes mecanismos los cuales trabajan de forma coordinada, teniendo como función seleccionar del entorno los estímulos más relevantes para el estado cognitivo que tiene en curso el individuo.

Los mecanismos atencionales implicados pueden ser de tres tipos (Marcia, 2012).

- Mecanismos selectivos: estos mecanismos activan la llamada *atención selectiva o focalizada*, llamada así ya que en presencia de una gran cantidad de estímulos el ambiente exige que el sujeto se centre en uno o en una tarea. En el caso de los niños y niñas que presentan TDAH tienen dificultades en la atención selectiva, impidiéndoles seleccionar la respuesta correcta entre un conjunto de alternativas.
- Mecanismos de distribución: estos mecanismos *«activan la atención dividida»* cuando es necesario atender a varias cosas a la vez, ya que los mecanismos de desplazamiento encargados de que la atención oscila rápidamente e intermitente, se desplaza, de una tarea a otra, y por otro lado se encuentran los mecanismos de distribución encargados de que la atención se distribuya entre las distintas tareas o actividades, estos mecanismos tienen el fin de que el organismo responda cuando existen varias demandas en el ambiente. Los niños y niñas con TDAH ante la presencia simultánea de información o la necesidad de realizar varias tareas suelen desconcertarlos o se distraen con los diversos estímulos impidiendo la realización de la tarea o tareas encomendadas.
- Mecanismos de mantenimiento o sostenimiento: que se inicia cuando tenemos que atender una tarea durante un periodo prolongado de tiempo. La *persistencia de la atención o atención sostenida* es la capacidad del organismo para mantener el foco atencional y permanecer alerta durante amplios periodos de tiempo. En infantes con TDAH la atención sostenida es la más afectada, ya que presentan problemas en la realización de tareas por su incapacidad para mantener la atención de manera continua, sobre todo en tareas que no sean altamente motivadoras, largas y repetitivas, esta se puede manifestar en menor grado con tareas lúdicas y atractivas para el infante.

Los diferentes tipos de atención que desencadenan los mecanismos sirven para llevar a cabo una acción y tratar de conseguir los objetivos deseados por el individuo (Ríos-Lago,

Muñoz y Paul, 2007 como se citó en Londoño, 2009). Por ello la alteración en uno o más de estos procesos puede llevar a la aparición de un trastorno atencional (Marcia, 2012).

2.2.2 Hiperactividad

Marcia (2012) explica que la sobre actividad se define como “la presencia de niveles excesivos, para la edad del niño o por los requisitos de la situación, de actividad motora” (p. 45).

La actividad motora de los infantes hiperactivos se caracteriza por ser excesiva, desorganizada e inoportuna por lo que a lo largo de la historia se han caracterizado por “tener un motor interno” que siempre está en movimiento en situaciones que resultan inadecuadas, donde ellos presentan inquietud, nerviosismo e incapacidad para estar sentados; debido a esto se les cataloga como revoltosos, de moverse en su asiento, molestar a sus compañeros, hablar en exceso y hacer continuamente ruido con las manos e incluso los pies. A pesar de ello, la hiperactividad es el síntoma que más se atenúa a medida que el infante va creciendo; en la edad adulta desaparece o si la sigue presentando es imperceptible haciendo movimientos continuados de una pierna mientras está sentado, golpecitos en la mesa con los dedos o patadas con los pies en el suelo, etc. (Marcia, 2012).

2.2.3 Impulsividad

La impulsividad se puede definir como: un déficit en la capacidad para inhibir conductas en respuesta a demandas situacionales (Marcia, 2019). Los niños y niñas que padecen TDAH se caracterizan por ser impacientes, actúan sin pensar en las consecuencias de sus actos, por ende, realizan actividades físicas arriesgadas, teniendo frecuentemente pequeños accidentes. El concepto de impulsividad se concreta en la incapacidad que tienen los sujetos para inhibir conductas que conllevan una satisfacción inmediata, ya que no pueden frenar sus impulsos, ni la capacidad de demorar las gratificaciones (Servera-Barceló, 2005; Soutullo y Díez, 2007; Marcia, 2012; Isorna, 2013), la explicación de la inhibición conlleva toda una explicación de modelos propuestos para dar explicación al trastorno, los cuales se presentarán más adelante.

A lo largo de la historia el concepto acerca del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad se ha ido afinando para la comprensión de su naturaleza, ya que se han encontrado múltiples dificultades debido a la falta de acuerdo en la terminología reflejo de las discrepancias existentes entre especialistas acerca del concepto, su origen y sus más importantes manifestaciones (Soutullo y Díez, 2007; Isorna, 2013). Cabe destacar que las siglas TDAH relativamente tienen poco tiempo de ser utilizadas para denominar a esta condición neuropsiquiátrica, ya que anteriormente se consideraba la hiperactividad como punto clave.

La primera descripción del TDAH fue realizada de una forma peculiar, el psiquiatra alemán Heinrich Hoffmann en el año de 1854, escribió 10 cuentos infantiles entre los cuales se encontraban dos casos de TDAH (Solloa, 2006; Soutullo y Díez, 2007; Isorna, 2013); el primero de ellos titulado «*The Story of Fidgety Phil*» (Felipe el inquieto).

“Phil, para, deja de actuar como un gusano, la mesa no es un lugar para retorcerse”. Así habla el padre a su hijo, lo dice en tono severo, no es broma... pero Phil no sigue el consejo, él hará lo que quiera a cualquier precio. Él se dobla y se tira, se mece y se ríe, aquí y allá sobre la silla, “Phil, estos retortijones, yo no los puedo aguantar”. (Hoffman, 1854, p. 64 como se citó en Isorna, 2013).

Como puede apreciarse se refleja un caso claro de un niño que presentaba todas las características del trastorno con predominio hiperactivo-impulsivo.

El segundo se trata del poema titulado *The «Story of Johnny Head-in-Air»*, relataba el caso de un niño que tenía el comportamiento propio de un paciente con TDAH de predominio inatento. Desde entonces se comenzó a estudiar el padecimiento.

En 1902, el pediatra británico George Frederic Still lleva a cabo la primera descripción sistemática de la conducta de veinte casos de niños y niñas con hiperactividad, dificultad para sostener la atención, impulsivos, reacciones violentas, agresividad y poca respuesta al castigo (en esta descripción ya aparece la estrecha relación de la hiperactividad con la conducta disocial y negativismo desafiante); Still definió a este cuadro clínico como un «*defecto anormal en el control moral de los niños*», con ello se refería a la incapacidad

que presentaban los infantes para inhibir sus impulsos, presentando incapacidad para controlar sus acciones de acuerdo a las normas que conducían al bien común (como se citó en Solloa, 2006; Soutullo y Díez, 2007; Carboni, 2011; Marcia, 2012; Isorna, 2013).

Heuyer (1914) fundador de la psiquiatría infanto-juvenil en su tesis «*Los niños normales y los delincuentes juveniles*» atribuye a la hiperactividad la etiqueta de síndrome, además de que este autor relaciona las conductas agresivas e inadaptadas con circunstancias ambientales y sociales (como se citó en Navarro y García, 2010).

En los años de 1917-1918 en Estados Unidos de América atacó una epidemia de encefalitis letárgica la cual juega un papel importante en la explicación de la hiperactividad, ya que tras la epidemia, se comprobó (Ebaugh, 1923 como se citó en Carboni, 2011) que muchos niños, niñas, adolescentes y adultos que había contraído la enfermedad, tiempo después de su recuperación mostraban secuelas neurológicas y conductuales como: hiperactividad, impulsividad, fatiga, inestabilidad emocional, irritabilidad, problemas de atención y de memoria. Ebaugh consideraba que la encefalitis provocaba una ligera disfunción cerebral a lo que llamó «*Trastorno Conductual Posencefálico o síndrome orgánico cerebral*» cambiando el término propuesto por Still (como se citó en Carboni, 2011; Solloa, 2006; Soutullo y Díez, 2007; Marcia, 2012).

Después de esto los científicos de la época se dedicaron a estudiar las secuelas conductuales de otras lesiones cerebrales tales como: las perinatales, otras infecciones del sistema nervioso central, epilepsia y traumatismo craneoencefálico. En muchos de estos síntomas se encontraron síntomas de TDAH, por lo que en la década de 1930 a 1940 cobró fuerza el concepto de «*síndrome del daño cerebral*» (Carboni, 2011).

Entre los años de 1937-1950, Bradley realizó un descubrimiento accidental del efecto positivo que la medicación psicoestimulante producía en la conducta de infantes que atendía con síntomas como la hiperquinesia y la distractibilidad, siendo el primero en emplear derivados anfetamínicos. La mejoría con el tratamiento farmacológico se consideró como evidencia de que los infantes con este padecimiento presentaban algún tipo de problema cerebral (Solloa, 2006; Soutullo y Díez, 2007; Navarro y García, 2010; Carboni, 2011).

Los intentos por localizar una lesión cerebral fracasaron, por lo que el término fue sustituido por «*disfunción cerebral*» por los autores Strauss y Lehtinen (1947, como se citó en Solloa, 2006; Marcia, 2012), quienes plantearon que la conducta era el resultado de un daño cerebral.

Strauss y Lehtinen trabajaron en un centro de educación especial con niños discapacitados psíquicos, los cuales en su gran mayoría presentaban signos de lesión cerebral, observaron que estos tenían necesidades atencionales y de hiperactividad. Debido ello se veía perjudicado su aprendizaje, agregando que se carencia de un tratamiento, esta problemática los llevó a diseñar estrategias psicoeducativas como por ejemplo: un menor número de alumnos por aula, la eliminación de distractores ambientales, la enseñanza muy estructurada y otras, para cubrir las necesidades de los infantes y mejorar sus resultados en el aprendizaje. Posteriormente el término fue cambiado por Strauss y colaboradores al de: «*disfunción cerebral mínima*» ya que observaron que los niños con lesiones cerebrales aparentes no siempre presentaban problemas atencionales y comportamentales. Este término se afianzó con la llegada de la psicobiología de la cual surgieron investigaciones que apoyan el uso del mismo (como se citó en Navarro y García, 2010).

De forma paralela otros autores empiezan a cuestionar el término «*disfunción cerebral mínima*»; así, se empieza a utilizar el de «síndrome del niño hiperactivo» poniendo a raíz de un artículo de Stella Chess (1960) pasando a primer plano el exceso de actividad y enfatizando los factores psicológicos y ambientales en la explicación del mismo (como se citó en Solloa, 2006; Navarro y García, 2010). En 1957 Laufer y Denhoff (como se citó en Solloa, 2006; en Marcia, 2012) utilizaron el término «*síndrome hipercinético infantil*» para referirse a niños y niñas con una actividad motriz excesiva en relación a la considerada normal en niños y niñas de su misma edad y sexo, no necesariamente asociada con una patología cerebral demostrable; explicaron que el síndrome era consecuencia de un efecto en el funcionamiento de un conjunto de estructuras subcorticales que incluían el tálamo, el hipotálamo, el subtálamo y el epítálamo, y concluyeron que el problema no se debía a un daño cerebral sino a una disfunción.

Siguiendo la misma línea, en el año de 1968 en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Psiquiátricas segunda edición (DSM II) apareció por primera vez este trastorno con el nombre de: «*reacción hiperkinética de la infancia*» como un desorden caracterizado por sobreactividad, inquietud, distractibilidad y lapsos de atención cortos, especialmente en niños y niñas de corta edad, se planteaban que los síntomas generalmente desaparecían en la adolescencia (Solloa, 2006; Soutullo y Díez, 2007; Marcia, 2012; Isorna, 2013). Mientras que en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-8) es nombrada como «*Síndrome hiperquinético en la infancia*» siendo la hiperactividad el eje del trastorno hasta su edición diez (CIE-10) en la cual se le otorga un apartado llamado «Trastornos Hiperkinéticos» (Marcia, 2012).

Durante los años setenta, la investigación sobre este trastorno arrojó datos que sugerían la necesidad de considerar la inatención como el problema más profundo y crónicos del trastorno (Solloa, 2006; Navarro y García, 2010), Douglas (1972) en sus estudios comprobó que se podía diagnosticar con hiperactividad (TDAH+) o sin hiperactividad (TDAH-); así la hiperactividad había pasado a segundo plano (como se citó en Soutullo y Díez, 2007; Isorna, 2013). Estos estudios se tomaron en cuenta para elaborar la siguiente edición del Manual (DSM-III) en el año de 1980, en el cual ocuparon el término «*Trastorno por déficit de atención*» mencionando los subtipos propuestos por Douglas. En el DSM-IV (1994) se introdujo el concepto de «*Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad*» e introdujo nuevamente los dos subtipos después de su cambio en el DSM-III-TR (Capdevila, Artigas y Obiols, 2006, como se citó en Soutullo y Díez, 2007). Se conservaron ya que en este mismo año se intentó desarrollar un concepto desde las teorías que intentan dar respuesta a qué es lo que funciona de manera defectuosa en el TDAH y no reducirla a la descripción de síntomas o comportamientos (Artigas Pallarés, 2009, como se citó en Marcia, 2012). Para Barkley, la década de los noventa puede denominarse la era de las funciones ejecutivas, de la neuroimagen, la genética y el TDAH en adultos Navarro y García, 2010).

Finalmente, en el año del 2013 en la quinta edición del Manual Diagnóstico de Enfermedades Psiquiátricas (DSM-V) conserva el concepto de «*Trastorno por Déficit de*

Atención e Hiperactividad» y continuando con las subcategorías con la diferencia de ser insertada en los Trastornos del Neurodesarrollo (López, Romero, *et, al.*, 2014).

La conceptualización del TDAH aún no se hace definitiva ya que aún en nuestros días no se ha llegado a una definición, debido a la complejidad del trastorno.

2.3 Teorías del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad

En el apartado anterior se hizo mención del desarrollo del concepto TDAH a través de la historia, retomando que a partir de los años 90' la comunidad científica se enfocó en desarrollar teorías que intentan dar respuesta a qué es, y cómo funciona de manera defectuosa el TDAH; buscando así una explicación detallada de su origen y que, en conjunto con las neurociencias aportan a la creación de modelos explicativos del TDAH.

De acuerdo con Piñón, Vázquez-Justo y Fernández (2017) los modelos explicativos se pueden clasificar en tres tipos: los modelos con un déficit único, los modelos de disminución motivacional y los modelos de neurocognitivos de déficit múltiple, el primero y el segundo pertenecen a modelos psicológicos cognitivos, agregando dos tipos por el lado de las neurociencias: neurobiológicos y neuropsicológicos.

2.3.1 Los modelos cognitivos de déficit único

Este tipo de modelos presuponen que la baja eficiencia de un mecanismo cognitivo básico puede por sí misma explicar todas las manifestaciones ligadas al TDAH, en caso de que existiesen otras disfunciones cognitivas, de igual forma serían a causa del déficit primario (Artigas-Pallarés, 2009).

❖ Modelo atencional de Douglas (1970)

El modelo de Virginia Douglas pasó por diferentes etapas; lo más relevante desde el inicio es que desplazó a segundo plano la sobreactividad motora por aparecer como una variable inespecífica y muy afectada por variables madurativas y situacionales; lo que le permitió impulsar el término TDAH. El trabajo de Douglas destacaba que la ausencia de

reforzadores externos inmediatos, impedían el rendimiento de la tarea. Siendo la atención sostenida/vigilia, la que ocupará siempre un lugar central en su modelo, ya que para la autora la variable más importante de este trastorno eran los déficits atencionales que distinguía al de TDAH de la “normalidad” y de otros trastornos (Servera-Barceló, 2005).

❖ *Modelo de déficit en el control inhibitorio*

El proceso de inhibición implica que el individuo tenga la capacidad de controlar la atención, el comportamiento, los pensamientos y las emociones frente a fuertes predisposiciones internas o tentaciones externas; esto sucede con el fin de que el individuo logre hacer lo apropiado o lo necesario en diferentes situaciones; de tal modo que hace posible la elección y toma de decisiones. Por el contrario, si el sujeto carece de control inhibitorio este se encontrará a merced de sus impulsos, malos hábitos, pensamientos, instintos o a merced de estímulos del ambiente que atraen la atención hacia ellos (Canet, Introzzi y Zamora, 2016).

Este modelo desarrollado por Barkley surge como una alternativa al modelo atencional de Douglas y se apoya en el análisis conductual de Skinner; proponiendo la desinhibición conductual como eje vertebrador del modelo, Barkley la define como la capacidad de respuesta de acción conjunta en los que participan tres procesos paralelos (Sánchez, Carpintero y Narbona, 2004, como se citó en Ramos, Pérez-Salas y Lepe, 2016; Servera-Barceló, 2005):

- a) Capacidad de inhibir respuestas prepotentes (son aquellas asociadas a procesos de refuerzo automático) o automáticas ante un evento.
- b) Interrupción de respuestas prepotentes o automáticas en marcha, que es el control motor que se puede presentar en las respuestas que se están ejecutando; es decir, se trata de la capacidad para detener patrones de respuesta habituales, permitiendo así una demora en la toma de decisiones.
- c) Control de interferencia, que es la capacidad de controlar las interrupciones e interferencias de estímulos ambientales como internos; se explica como la capacidad de proteger el periodo de demora anteriormente mencionado y las

respuestas autodirigidas, además de las interrupciones de eventos y respuestas competitivas.

Soutullo y Díez (2007) para entender este proceso proponen el siguiente ejemplo: para iniciar a realizar los deberes el niño tiene que inhibir su primer impulso automático (no quiero hacerlo o no soy capaz/no puedo hacerlo), pensar en una respuesta alternativa en ese momento de reflexión (voy a intentarlo), empezar a hacerlo. Darse cuenta de si lo está haciendo bien o mal, corregir sus actuar sobre la marcha, sin rendirse, para que lo siga con su deber a pesar de otras ideas que le puedan surgir, ruidos que oye, y otras distracciones que aparezcan, manteniendo en el centro de su mente la meta final (terminar la tarea).

Un déficit en la capacidad de control inhibitorio generaría alteraciones en el desempeño de las funciones ejecutivas en general. Las funciones ejecutivas (FE) constituyen un grupo de habilidades mentales que permiten al ser humano planificar, ejecutar, monitorear y verificar actividad mental y comportamental, además de que están involucradas en el desarrollo de comportamientos eficaces, creativos y acordes a los parámetros socialmente aceptado (Luria, 1984; Barkley, 1997; Ozonoff, 2000, como los citaron en Ramos y Pérez, 2015). En la teoría planteada por Barkley describe las siguientes (Artigas-Pallarés, 2009):

- Internalización del lenguaje o memoria de trabajo verbal: es una reflexión mediatizada por el lenguaje facilitando el razonamiento consciente y que por ende dirige la conducta, permitiendo la resolución de situaciones o problemas de manera lineal.
- Sentimiento del yo o memoria de trabajo no verbal: representa la percepción implícita o encubierta que uno tiene de sí mismo. Es la sensación de sentirse ubicado en el espacio y en el tiempo.
- Planificación o reconstrucción: para esta FE se requiere de dos actividades interrelacionadas que son el análisis (consiste en descomponer distintos componentes de la conducta o información en sus elementos básicos) y la síntesis (es la reconstrucción de dichos elementos de forma coherente para poder autodirigir la conducta eficazmente). La interacción social requiere el

uso constante de estos dos procesos para mantener una ubicación eficaz en el entorno, de igual manera la fluencia verbal y el discurso coherente y ajustado.

- Autorregulación de las emociones, motivación y «*aurosal*»: las dos primeras se refieren a la capacidad para dirigir la conducta en ausencia de una gratificación inmediata, movilizándolo el esfuerzo dirigido y de forma eficaz. Las emociones no controladas promueven conductas desajustadas, muchas veces generadoras de conflicto. Y el estado «*aurosal*» se refiere a un tipo de atención de los seis que Barkley plantea.

Esta cadena de causalidad es la explicación del deterioro clínico en la regulación comportamental manifestándose en: una incapacidad para generar conductas gobernadas por reglas (CGR) y una respuesta anormal a las consecuencias del medio (Servera-Barceló, 2005) Las CGR son aquellas que expresan el control de la conducta por parte del lenguaje, en otras palabras es un proceso de cumplimiento en el que un adulto da una indicación en voz alta a un infante y acto siguiente o en poco tiempo, debe darse la conducta en el tiempo, en ausencia del control externo. Como se puede observar el adulto da el estímulo verbal ya que los niños y niñas deben madurar e interiorizar el lenguaje para realizar sus autoinstrucciones que regulen su comportamiento. Los maestros, padres y madres que tienen a su cargo un infante con TDAH constantemente se quejan de que deben estar encima del niño o niña para que realice la tarea; pero a la mínima que ceda, el niño o niña deja de hacer la tarea asignada.

En cuanto al segundo déficit Barkley entiende que la respuesta anormal en el TDAH a los estímulos y consecuencias del medio hay que buscarla, tras descartar que se trata de un problema de detección sensorial o discapacidad en:

- Un déficit en el efecto de los estímulos reforzadores.
- Un efecto inusualmente rápido de habituación o de saciedad a estímulos.
- Un déficit en la manera habitual con la que los programas de refuerzo mantienen la conducta de los individuos.

Quay (1988) mostró que esto puede deberse a que en el TDAH puede haber una disminución de la actividad del sistema de inhibición conductual, de modo que el castigo o su amenaza no consigue inhibir o regular las conductas como sucede en los demás niños y niñas.

❖ *Modelo de autorregulación (1997)*

Hoy es uno de los modelos más aceptados entre la comunidad de expertos. Desarrollado por Russell A. Barkley proponiendo el análisis de las interrelaciones entre la inhibición conductual, las FE (Funciones Ejecutivas) y la autorregulación. En esta nueva propuesta Barkley le da continuidad a su modelo anterior (modelo de déficit en el control inhibitorio) mejorándolo e incorporando otras teorías como: la teoría del lenguaje humano, la teoría del córtex prefrontal, la teoría de la memoria de trabajo o de representación y la teoría de los marcadores somáticos (Bronowski, 1977; Fuster, 1989, 1995; Goldman-Rakic, 1995; Damasio, 1995, en Servera-Barceló, 2005; Soutullo y Díez, 2007).

Retomado su anterior modelo, Barkley (2006) propone que la inatención y la hiperactividad-impulsividad son causadas por una deficiencia en la capacidad para inhibir y supervisar al mismo tiempo las conductas, presentando una dificultad para poner freno a las distracciones (déficit de atención), a los pensamientos y actividad (impulsividad) y a los movimientos y acción constante, es decir, hiperactividad (López, Romero, *et. al.*, 2014).

La inhibición se encuentra estrechamente ligada al concepto de autorregulación o autocontrol, Barkley (1997) define este concepto como:

“cualquier respuesta o cadena de respuestas del individuo que altera la probabilidad de que ocurra una respuesta que normalmente sigue a un evento, y que además altera a largo plazo la probabilidad de sus consecuencias asociadas” (p.362, Servera-Barceló, 2005).

En otras palabras, es la capacidad en la que el individuo puede pensar en una consecuencia inmediata de sus actos, predecir si su acción es adecuada o no en ese momento y cambiar el acto antes de hacerlo para conseguir otra consecuencia mejor

(Soutullo y Díez, 2007). En conclusión, es la capacidad consciente de regular impulsos de una manera voluntaria (Marcia, 2012).

La autorregulación humana normal depende del buen funcionamiento de las Funciones Ejecutivas (FE) las cuales regulan la inhibición, por tanto, déficits específicos en alguna de las Funciones Ejecutivas producirán daños en el proceso de autorregulación. Según Barkley, las FE hacen referencia a aquellas acciones autodirigidas del individuo usa para autorregularse, las cuales retoma de su modelo anterior, mostrando una mejora al integrar los modelos anteriormente mencionados, las cuales son (Servera-Barceló, 2005; Soutullo y Díez, 2007; Marcia, 2012):

- Memoria de trabajo
 - Memoria de trabajo no verbal (ser consciente de uno mismo)

Es la capacidad de tener presente en el sistema cognitivo la información de una manera auditiva o visual mientras se realiza una tarea, que será utilizada para guiar las acciones en la toma de decisiones, ya que, ayuda a recordar situaciones o predecirlas antes de haberlas vivido, debido a su carácter en retrospectiva (acordarse de cosas que ha visto y oído) y prospectiva (pensar cómo sería una cosa visual o auditivamente).

Los niños y niñas con TDAH no lo pueden hacer y viven en el momento; no son capaces de usar el pasado para pensar en el futuro y como resultado, no tienen sentido interno del tiempo. Son descritos como olvidadizos y con dificultades para cumplir actividades con tiempo pasado.

- Memoria de trabajo verbal (hablarse a uno mismo)

Esta función se refiere al lenguaje interno, el cual permite la reflexión, a darse autoinstrucciones y autocorregirse. Se encarga de formar la base de la conducta moral, hace posible leer en voz baja, sirve para resolver problemas, cuestionar dudas, y decidir acciones.

Los infantes de cinco años aún se acostumbran a hablarse en voz alta a sí mismos recordándose cómo hacer una tarea. Hasta después es posible desarrollar un habla

internalizada. Y en caso los niños y las niñas con TDAH presentan un importante retraso de hasta el 30% de la internalización del lenguaje, ya que no pueden hablarse a sí mismos ni usar el lenguaje como guía, en consecuencia, tienen incapacidad para seguir instrucciones, para seguir sus propios planes y reglas, y para hacer lo que se les ordena, fracasando en la interiorización de códigos morales.

- Autorregulación del humor, de la motivación, de la activación y de la emoción (sentimiento o emoción hacia uno mismo)

Gracias a esta función ejecutiva y en complemento con las dos anteriores; es la encargada de retrasar la respuesta emocional ante una situación y decidir si mantiene esa respuesta en privado o externaliza. Los niños y niñas con dificultades para retrasar su respuesta emocional, y con frecuencia suelen tener explosiones afectivas ante situaciones frustrantes. También implica la capacidad de automotivarse, que es fundamental para mantenerse haciendo una tarea hasta el final.

Los niños y niñas con TDAH tienen problemas inhibiendo sus reacciones emocionales, mostrando sus sentimientos y emociones más que el resto de los niños; aparentan ser menos maduros emocionalmente y más reactivos con sus sentimientos, ya que les resulta difícil controlar los sentimientos. Del mismo modo presentan dificultades para generar motivación intrínseca para las tareas que no tienen ningún atractivo o recompensa inmediata para ellos, requiriendo refuerzo inmediato.

- Reconstrucción (autojuego; fluidez, flexibilidad o generabilidad)

La cuarta función ejecutiva consta de dos procesos distintos: la segmentación de las conductas observables (análisis) y la combinación de sus partes en nuevas acciones no aprendidas de la experiencia (síntesis). Esta habilidad es empleada para planificar y resolver problemas. La capacidad de reconstruir nos permite crear nuevas conductas a partir de otras ya adquiridas.

Los niños y niñas con TDAH tienen disminuidas sus capacidades para resolver problemas, la inventiva y la flexibilidad en la consecución de metas a largo plazo. Abandonando sus metas al enfrentarse a un primer obstáculo, sin pensar en alternativas

u opciones; son menos flexibles ante una situación problemática y tienen mayor probabilidad de responder de forma automática o de forma impulsiva.

En conjunto las FE comparten el mismo propósito: internalizar conductas para anticipar cambios en el futuro y, de este modo, maximizar a lo largo plazo los beneficios del individuo. Como ya se ha mencionado, Barkley ha manifestado su convicción de que tales funciones están interrelacionadas, pero son independientes y los déficits específicos en una u otra función producirán daños relativamente diferenciados en el proceso de autorregulación. La organización de la conducta a través de las FE conlleva la puesta en funcionamiento de las CGR o, como ahora prefiere llamarlas Barkley, conductas propositivas e intencionales orientadas a la consecución de objetivo (Servera-Barceló, 2005).

Hay que resaltar que en este modelo Barkley hipotetiza una posible vía de maduración y desarrollo de la inhibición conductual, las FE y la autorregulación, a través de distintos estadios (Servera-Barceló, 2005). En resumen, dentro de los estadios que propone lo siguiente: lo primero en desarrollarse sería la capacidad de inhibición conductual, aunque bastante en paralelo con las funciones de trabajo no verbal. Seguidamente, vendría la progresiva internalización del habla. El último paso consiste en la internalización del juego, la reconstrucción.

Por último, cabe resaltar que este modelo plantea que el TDAH es más un trastorno de la ejecución que un trastorno de habilidad o capacidad, es decir, el problema no radica en que estos niños y niñas no sepan qué hacer y cómo hacerlo; lo que ocurre es que no saben cuándo y dónde hacerlo. Esto explica cómo infantes con TDAH presentan un nivel intelectual y de procesamiento de información dentro de los parámetros normales y que el avance de sus aprendizajes sea en la dirección esperada, aunque mucho más lentamente. La cuestión es que sin una guía externa que marque el momento y el lugar donde es pertinente poner en práctica las habilidades adquiridas, no lo hacen, o lo hacen de un modo muy desorganizado. En este marco, el factor “tiempo” ocupa un lugar central (la capacidad cognitiva más disminuida es el reloj cognitivo). Al no tener presentes los efectos que produjeron sus conductas en el pasado y no tener la capacidad de predicción de los que pueden acontecer en el futuro, tienen muy disminuida su consciencia de

responsabilidad. O se les hace evidente la consecuencia de sus actos en el mismo momento en que éstos se producen, o ya será difícil que la asuman. Además, el niño con TDAH calcula mal el esfuerzo y la dedicación que requieren las tareas de procesamiento secuencial. Recalcando que no se trata, que no sepan hacer, si no que carecen de la mínima capacidad organizativa, planificación y de control de su actuación (Servera-Barceló, 2005).

❖ *Modelo neuroconductual (1994)*

El creador de este modelo es Herber Quay, quien se basó en el modelo neuropsicológico de ansiedad de Jeffrey Gray para explicar el origen de la desinhibición en el TDAH, siguiendo con las suposiciones de Barkley.

Quay (1994, como se citó en Servera-Barceló, 2005) explicó la respuesta emocional mediante la definición de dos estructuras cerebrales, los sistemas de inhibición conductual (SIC) y los de activación (SAC):

- inhibición conductual (SIC): engloba principalmente estructuras del área medial septal, el hipocampo, el córtex y el núcleo caudado frontal orbital.
- los de activación (SAC): está formado por el sistema de recompensa del Olds, en especial por el área septal, el haz medial del cerebro anterior y el hipotálamo lateral.

La propuesta se basa en que tanto los aprendizajes por reforzamiento positivo como negativo son regulados por la parte del SAC; por ende, los estímulos que causan estas conductas reforzadas incrementan la actividad de este sistema. En caso contrario sucede con el SIC, en la cual se incrementa su función ante estímulos que causan condiciones de castigo (conductas aprendidas por las que el sujeto recibe consecuencias aversivas) o de extinción (conductas por las que el sujeto deja de ser recompensado).

Los dos antes mencionados completan un sistema llamado «*fight-flight*» (de ataque-huida), que es el que se activa ante estímulos amenazantes novedosos o sorprendentes. De acuerdo a ello Gray propone que la impulsividad del TDAH se debe a una actividad disminuida de SIC. Sin embargo, la hipótesis que ha obtenido más evidencia es la que

predice que los niños con TDAH serán menos sensibles a los estímulos aversivos, especialmente en paradigmas de evitación pasiva (Servera-Barceló, 2005). Es decir, retomando el modelo de Barkley basaría en la inhibición-activación de la conducta, concluyendo que los niños y niñas con TDAH serán menos sensibles a los estímulos aversivos, y tendrán menor capacidad de inhibición de respuestas donde las consecuencias aversivas se evitan con la no respuesta (Rodríguez, Álvarez, González-Castro, Núñez, González-Pieda, Álvarez, Bernardo y Cerezo, 2009).

❖ *Modelo de la regulación del estado (1999)*

Este modelo fue desarrollado por Sergeant, Oosterlaan y Van Deer Meere desde los postulados del procesamiento de la información, en el cual pretenden determinar dónde se originan los problemas de los sujetos con TDAH (Servera-Barceló, 2005; Artigas-Pallarés, 2009; Rodríguez, Álvarez, González-Castro, Núñez, González-Pieda, Álvarez, Bernardo y Cerezo, 2009).

En estudios realizados en infantes con TDAH aplicando pruebas neuropsicológicas especialmente con pruebas computarizadas, los datos evidencian una alteración en el tiempo de reacción, observando que las respuestas están desajustadas, tanto por su lentitud como por su irregularidad (Artigas-Pallarés, 2009). Lo que se explica como una baja capacidad para generar el ajuste energético necesario para responder a las demandas del entorno (Johnson et al., 2007, como se citó en Artigas-Pallarés, 2009). Así pues, los autores proponen que para lograr cualquier objetivo se requiere de la activación y movilización de «energía mental» (hace referencia esfuerzo mental o motivación), con el objetivo de adecuar las energías cognitivas y las demandas para optimizar la respuesta (Artigas-Pallarés, 2009).

El déficit en la capacidad para regular la «energía mental» que se presenta en el TDAH es a lo que Barkley señaló como déficit en el control inhibitorio; coincidiendo en que la disfunción ejecutiva es un aspecto nuclear del TDAH (Artigas-Pallarés, 2009).

La «energía mental» son mecanismos habilitadores o limitadores de las funciones ejecutivas de modo que es la encargada de detectar si se dan problemas de

funcionamiento y, de acuerdo con la presencia o no de factores motivacionales, les asigna mayor o menor capacidad de trabajo.

❖ *Modelo de aversión a la demora (1992)*

Este modelo es planteado por Sonuga-Barke plantea una teoría alternativa ya que cuestiona la explicación basada exclusivamente en la difusión ejecutiva (Castellanos, Sonuga-Barke, Milham y Tannock, 2006, como se citó en Isorna, 2013). Este modelo se encuentra basado en la aversión a la demora, sosteniendo que los individuos con TDAH prefieren la obtención de una gratificación inmediata, aunque sea pequeña, por encima de una gratificación de mayor magnitud y de largo alcance, pero demorada. En este argumento la impulsividad tendría como objetivo reducir el tiempo de demora para obtener la gratificación, de manera que el niño o niña con TDAH controle su entorno; si no tiene el control sobre su entorno, el infante opta por desconectarse y dejar que el tiempo vaya pasando, es decir, trata de ignorar la demora (Artigas, 2009).

La explicación que propone Sonuga-Barke se basa en los circuitos cerebrales de recompensas, modulados por catecolaminas que conectan regiones frontales (Cingulado anterior y Córtex orbitofrontal) con el núcleo accumbens, al igual que la amígdala posiblemente encargada de la definición del significado motivacional de los incentivos. Y finalmente la dopamina tiene un papel clave como neuromodulador de recompensa (Artigas, 2009).

2.3.2 Modelos duales de déficit múltiple

Debido a la necesidad de recurrir a teorías más complejas que den cuenta de los distintos déficits neuropsicológicos y concibiendo los anteriores modelos como aproximaciones reduccionistas los autores pertenecientes a este enfoque proponen que el TDAH es un trastorno psicopatológico basado en un déficit cognitivo heterogéneo, asumen que la etiología del TDAH es debida a la interacción de varios aspectos sin un origen único y surgen para aportar comprensión a la estructura cognitiva del TDAH, facilitando la comprensión de algunas comorbilidades (Artigas, 2009; Isorna, 2013).

❖ *Modelo cognitivo-energético*

Este modelo es una ampliación del modelo de la regulación del estado. Sergeant, quien siguió con el modelo, basó este nuevo en la falta de eficiencia en el procesamiento de la información determinada por la interacción entre tres niveles de pensamiento (Artigas, 2009).

1. Nivel computacional de los mecanismos atencionales: implica codificación, búsqueda/ decisión y organización motora.
2. Nivel de estado: se compone de mecanismos de energía agrupados en el «*Arousal*» (nivel de alerta), esfuerzo y activación. El nivel de alerta es el estado de excitabilidad o pasividad para actuar, los cuales se encuentran influidos por la intensidad del estímulo y por el carácter novedoso. El esfuerzo es la energía necesaria para afrontar las demandas derivadas de las tareas. La activación es la disponible para actuar.
3. Nivel de gestión/funcionamiento ejecutivo: se define como la capacidad para planear, monitorear, detectar errores y corrección de los errores.

Cuando existe un déficit en cualquiera de los niveles anteriormente mencionados, emergen los déficits inhibitorios, los cuales se presentan recurrentemente en el segundo nivel. Los déficits en la organización motora surgen a partir del primer nivel, o sea, de los mecanismos computacionales de atención (Servera-Barceló, 2005; Artigas, 2009).

❖ *Modelo Dual de Sonuga-Barke*

El modelo Dual es creado por Sonuga-Barke quien realiza una ampliación del modelo de aversión a la demora. Este modelo se sustenta en dos déficits de naturaleza distinta:

- La alteración en los circuitos de recompensa: origina que no sea detectada la señal de recompensa retardada.
- La respuesta: se trata de la conducta impulsiva propia del TDAH.

De estas dos se deriva un déficit en las habilidades organizativas relacionadas con la demora que simultáneamente produce un déficit en el control inhibitorio, ya que el tiempo de demora no es suficiente para que las FE guíen la actuación de acuerdo con como se

espera de una situación dada. Como puede observarse instantáneamente se dirige hacia los déficits ejecutivos propios del TDAH, tal como describe Barkley. Por tanto, existirá un bajo rendimiento en tareas que requieran la participación de las funciones ejecutivas (Artigas, 2009).

❖ *Modelo dual de comorbilidad con la dislexia*

Este modelo explica que los pacientes con dislexia al igual que los pacientes con TDAH han mostrado dificultades en factores como: la velocidad de procesamiento, MT verbal y flexibilidad cognitiva (Weyandt, Rice, Linterman, Mitzlaff y Emert, 1998; Rucklidge y Tannok, 2002; en Artigas, 2009). La aplicación de la prueba de RAN/RAS (Wolf y Denkla, 2005, como se citó en Artigas, 2009) evidenció los factores cognitivos compartido por ambos trastornos, además de mostrar una correlación entre la velocidad de denominación y la capacidad lectora, lo que sugiere el empleo de metilfenidato para mejorar la lectura en pacientes disléxicos.

❖ *Modelo dual de comorbilidad con el autismo*

Este modelo toma como base estudios comparativos entre TDAH y autismo, en los cuales se han hallado déficit compartidos entre ambos trastornos (aunque no de forma unánime). Nyden y colaboradores (1999, como se citó en Artigas, 2009) encontraron que el TDAH y el autismo compartían el déficit en el control inhibitorio, pero no la flexibilidad cognitiva, presente sólo en el TDAH. Otros autores como Geurts, Verte, Oosterlaan, Roeyers y Sergeant (2004, como se citó en Artigas, 2009) encontraron en los autistas déficit en todas las medidas de función ejecutiva, excepto en control de interferencia y memoria de trabajo, mientras que en el TDAH se evidenciaban mayores déficits en la capacidad de inhibición de respuesta y fluencia verbal.

Así es como dos posturas completamente distintas, pero tampoco se puede afirmar que sean contradictorias (postura de déficit único y postura de déficit múltiple) dan a conocer sus aportes en busca de una explicación para el origen del TDAH, el cual hasta ahora no se ha concretado. Cabe mencionar que el modelo más usado hasta nuestros días y que ha recibido más apoyo por la comunidad científica es el modelo de Autorregulación de Barkley.

2.4 Sintomatología y diagnóstico del TDAH según el DSM-5 y la CIE-10

Los datos sobre la sintomatología del paciente, en el caso de infantes, deben ser proporcionados por los familiares responsables, los docentes y cuidadores cercanos (Ávila, Sarmiento, Brenes, Cárdenas, Gutiérrez, Escoto, Tapia, Torres, Arrieta y Manzano, 2009). El diagnóstico se hará con base en los criterios diagnósticos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Psiquiátricas quinta edición (DSM-5) de la Asociación Americana de Psicología (APA).

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales quinta edición (DSM-5) el TDAH es clasificado dentro de la categoría «*Trastornos del Neurodesarrollo*», en esta categoría los trastornos se caracterizan por manifestar un retraso o desviación de la maduración de procesos neuronales o psicológicos. Por ende, el TDAH es un trastorno del desarrollo, dado que los niveles evolutivos son inapropiados a su edad debido a los problemas atencionales, sobreactividad e impulsividad (Servera-Barceló, 2005). Por consiguiente, las niñas y niños con TDAH presentan las características del trastorno en los primeros años, los cuales irán disminuyendo a lo largo de su vida, debido a que los procesos de autorregulación van evolucionando en un ritmo y forma diferente a la mayoría de los infantes con desarrollo normal, lo cual afecta en todas las áreas de funcionamiento, fundamentales para conseguir un buen rendimiento y adaptación (López, Romero, *et. al.*, 2014).

El DSM-5 indica que los síntomas del trastorno deben estar presentes antes de los 12 años, manifestándose en más de un entorno, además deben existir pruebas que tales síntomas interfieren y reducen la calidad en el funcionamiento del individuo dentro de dichos contextos, tomando en cuenta que los síntomas varían en cada entorno. Los síntomas para la detección del TDAH en el manual se dividen en dos ámbitos: inatención e hiperactividad-impulsividad (APA, 2014).

Inatención: los síntomas se deben manifestar por lo menos durante seis meses, en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las

actividades del individuo, para ello se deben presentar seis (o más) de los siguientes síntomas:

- a) El individuo tiene dificultades para prestar la debida atención a detalles, o por descuido se cometen errores en actividades que el individuo realiza, esto suele ocurrir con frecuencia.
- b) Con frecuencia el individuo presenta dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas.
- c) Con frecuencia el individuo parece no escuchar cuando se le habla directamente.
- d) Con frecuencia el individuo no sigue instrucciones o no termina tareas asignadas en el ámbito escolar, en el hogar o en el laboral.
- e) Con frecuencia el individuo presenta dificultades en organizar tareas y actividades.
- f) Con frecuencia, el individuo evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta para iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido.
- g) El individuo pierde cosas necesarias, con frecuencia.
- h) Con frecuencia el individuo se distrae fácilmente por estímulos externos.
- i) Con frecuencia el individuo olvida realizar tareas cotidianas.

Hiperactividad e Impulsividad: al igual que la inatención deben de presentarse 6 o más síntomas de los siguientes, estos se han mantenido durante, al menos, 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas/laborales.

- a) Con frecuencia el individuo juguetea o golpea las manos, los pies o bien se retuerce en el asiento.
- b) El individuo se levanta en situaciones en las que se espera que permanezca sentado, esto suele pasar con frecuencia.
- c) Con frecuencia el individuo corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado.
- d) El individuo es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas, ocurriendo con frecuencia.

- e) Con frecuencia el individuo actúa como “si lo impulsara un motor”.
- f) El individuo con frecuencia habla excesivamente.
- g) El individuo con frecuencia responde inesperadamente o antes de que otra persona logre concluir una pregunta.
- h) El individuo, con frecuencia le es difícil esperar su turno.
- i) Con frecuencia el individuo interrumpe o se inmiscuye con otros.

Ahora bien, el TDAH tiene diferentes presentaciones que especifican el diagnóstico con los síntomas contabilizados de acuerdo con el caso.

- Presentación combinada (F90.2): cumple con 6 síntomas o más de inatención y 6 síntomas o más de hiperactividad-impulsividad, durante los últimos 6 meses.
- Presentación predominante con falta de atención (F90.0): cumple con seis o más síntomas de inatención, pero no con los suficientes síntomas de hiperactividad-impulsividad, durante los últimos 6 meses.
- Presentación predominante hiperactividad/impulsividad (F90.1): cumple con seis o más síntomas de hiperactividad-impulsividad, no con los suficientes síntomas de inatención, durante los últimos 6 meses.

Otras características que se encuentran asociadas al TDAH y que apoyan el diagnóstico son: la baja tolerancia a la frustración, irritabilidad y labilidad del estado de ánimo.

Después de haber contabilizado el número de síntomas por categoría (inatención e hiperactividad-impulsividad) se debe especificar la gravedad de cada caso. Existen tres niveles de gravedad descritos por el DSM5: leve, moderado y grave.

- Leve: pocos o ningún síntoma están presentes más que los necesarios para el diagnóstico, los síntomas sólo producen deterioro mínimo en el funcionamiento social o laboral.
- Moderado: síntomas o deterioros funcionales presentes entre “leve” y “grave”.
- Grave: presencia de muchos síntomas aparte de los necesarios para el diagnóstico o de varios síntomas particularmente graves, o los síntomas producen un deterioro notable del funcionamiento social o laboral.

Es de relevancia mencionar que en ocasiones los signos del trastorno pueden ser mínimos o ausentes cuando el individuo recibe recompensas frecuentes por comportamientos apropiados, se encuentra bajo estrecha supervisión, está en una situación nueva, cuando participa en actividades especialmente interesantes, cuando existe una estimulación externa constante, o está en situaciones donde interactúa cara a cara con otra persona.

Ahora bien, a diferencia del DSM-5 en la Clasificación Internacional de Enfermedades décima edición (CIE-10) no se encontrará el trastorno con el nombre de TDAH. La CIE-10 presenta el apartado «*Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia*» dentro de la cual aparece el trastorno como: *trastorno hiperactivo, trastorno de la actividad y de la atención, trastorno hiperactivo disocial*. Estos tres trastornos se caracterizan por: el inicio (manifestándose durante los primeros cinco años de vida); por una falta de persistencia en la realización de tareas que requieren un esfuerzo mental y tendencias a cambiar de una actividad a otra sin terminarlas; además de una actividad desorganizada, irregular y excesiva (OMS, 1992).

Trastorno hiperactivo (F90)

Los infantes hiperactivos muy a menudo son descritos como: descuidados e impulsivos, propensos a accidentes, y plantean problemas de disciplina por saltarse las normas, además de su desafío deliberado y su falta de premeditación. Es frecuente que los infantes presenten un déficit cognitivo y son extraordinariamente frecuentes los retrasos específicos en el desarrollo motor y del lenguaje.

La CIE hace puntualización en la presencia clara de déficit de atención, hiperactividad o impulsividad para poder confirmar el diagnóstico, estos síntomas deben persistir por lo menos 6 meses atrás y en diferentes situaciones, los cuales no deben ser causados por otros trastornos. Además de que los síntomas se encuentren en un nivel de desarrollo que no es apropiado para su edad.

Déficit de atención: debe presentar por lo menos 6 síntomas con un periodo mínimo de seis meses en los cuales debe presentarse en más de un contexto en los cuales se encuentra inmerso el individuo.

1. El individuo presenta frecuentemente incapacidad para prestar atención a los detalles, además de presentar errores por descuido en las labores escolares y en otras actividades.
2. El sujeto frecuentemente presenta incapacidad para mantener la atención en las tareas o en el juego.
3. A menudo el individuo aparenta no escuchar lo que se le dice.
4. De manera frecuente el individuo es incapaz de cumplir con las tareas escolares asignadas u otras misiones que le hayan sido encargadas en el trabajo (hay que tener en cuenta que esta conducta no debe ser originada deliberadamente de oposición ni por una dificultad para entender las instrucciones).
5. El sujeto presenta incapacidad para organizar tareas y actividades, de manera frecuente.
6. A menudo el sujeto evita o se siente incómodo ante tareas tales como las domésticas, que requieran un esfuerzo mental sostenido.
7. De manera frecuente el individuo pierde objetos necesarios para determinadas tareas o actividades (material escolar, libros, lápices, juguetes o herramientas).
8. El sujeto se distrae fácilmente por estímulos externos.
9. A menudo el sujeto se caracteriza por ser olvidadizo en el curso de las actividades diarias.

Hiperactividad: debe presentar por lo menos 3 síntomas con un periodo mínimo de seis meses en los cuales debe presentarse en más de un contexto en los que se encuentra inmerso el individuo.

1. Con frecuencia el individuo muestra inquietud con movimientos de manos o pies, o removiéndose en el asiento.
2. El individuo abandona su asiento durante clases o en otras situaciones en las que se espera permanezca sentado.

3. Durante situaciones inapropiadas el sujeto a menudo corretea o trepa en exceso (en adolescentes o en adultos se manifestó solo el sentimiento de inquietud).
4. En general el sujeto es inadecuadamente ruidoso durante el juego o tiene dificultades para entretenerse tranquilamente en actividades lúdicas.
5. El individuo exhibe permanentemente un patrón de actividad motora excesiva, que no es modificable principalmente por los requerimientos del entorno social.

Impulsividad: debe presentar por lo menos 1 síntoma con un periodo mínimo de seis meses en los cuales debe presentarse en más de un contexto en los cuales se encuentra inmerso el individuo.

1. Con frecuencia el sujeto hace exclamaciones o responde antes de que se le termine de decir la pregunta.
2. A menudo el individuo es incapaz de guardar su turno en las colas o en situaciones de grupo.
3. De manera frecuente interrumpe o se entromete en los asuntos de los demás, interrumpiendo en conversaciones o en juegos de otros.
4. La mayoría de las veces habla en exceso, sin una respuesta adecuada a las limitaciones sociales.

Trastorno de la actividad y de la atención (F90.0)

La CIE-10 determina que deben cumplirse los criterios generales tanto para los trastornos hiperkinéticos (anteriormente mencionados) pero no para los trastornos disociales (OMS, 1992).

Trastorno hiperkinético disocial (F90.1)

Deben cumplirse los criterios generales tanto para los trastornos hiperkinéticos (anteriormente mencionados) como para los trastornos disociales.

Trastorno hiperkinético no especificado (F90.9)

Se trata de una categoría residual no recomendable. Se usará únicamente cuando no sea posible diferenciar entre F90.0 y F90.1, pero si con el conjunto de pautas para F90.

No hay que olvidar que el DSM-5 es creado a partir de la teoría planteada por Barkley que aunque los criterios diagnósticos de ambas bibliografías comparten varios criterios diagnósticos en común, el DSM-5 nos propone una visión más actualizada de la comprensión del TDAH, debido a que en primer lugar establece el TDAH como *Trastornos del Neurodesarrollo* lo que reafirma el origen neurológico y genético, en segundo lugar proporciona recomendaciones específicas para el diagnóstico de TDAH en adultos y eleva la edad de aparición a 12 años, dejando atrás el supuesto que consideraba a este trastorno como específico de la infancia, el tercer punto es que propone tres subtipos: combinada (inatención e hiperactividad-impulsividad), predominante hiperactivo-impulsivo y predominante inatento.

2.5 Causas de la Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad

Soutullo y Díez (2007), López, Romero y otros (2014) y Carboni, (2011) afirman que el TDAH se origina por causas multifactoriales. Barkley (1998), Cantwell (1996) y Hechtman (1996) consideran que es “el resultado de una serie de vulnerabilidades biológicas que interactúan entre sí y con otras variables ambientales, tanto de orden biológico como psicosocial” (p. 73 como se citó en López y Romero, 2014). Sin embargo, la evidencia apunta que los principales factores son de origen neurobiológico de naturaleza hereditaria (Marcia, 2013; López y Romero, 2014), evidenciando esta afirmación en los antecedentes históricos y evolutivos del concepto, ya que los primeros estudios revelaban un daño o lesión cerebral, y que en la actualidad esta explicación causal se ha ido afianzando con ayuda tecnológica de diferentes técnicas de diagnóstico por neuroimagen y en el área de la genética (López, Romero, *et. al.*, 2014). En todo caso, los factores socioambientales no son determinantes en la aparición de TDAH, así mismo Barkley y colaboradores (1999), Biederman y cols. (1992) y Pauls (1991) afirman que estos factores suelen intensificar la gravedad de los síntomas o bien, propician la aparición de un mayor o menor número de síntomas secundarios o de igual forma la evolución de otros trastornos como: trastornos emocionales, trastornos conductuales, dificultades de aprendizaje, etc. desencadenando en un peor pronóstico para el menor (como se citó en Marcia, 2012; López, Romero, *et. al.*, 2014).

2.5.1 Causas Endógenas

Como se ha planteado anteriormente las causas endógenas o bien las causas neurobiológica-hereditarias (orgánica) son las principales responsables del origen del TDAH, estas constan de un desequilibrio químico en las áreas cerebrales involucradas en la atención y el movimiento, así como déficits en los neurotransmisores, principalmente en el proceso transmisión de la dopamina o en todo caso la herencia (genética), siendo el principal predisponente para desarrollar TDAH.

2.5.1.1 Factores heredo-genéticos

Cuando los paidopsiquiatras (psiquiatras especializados en infantes y adolescentes) o psicólogos realizan entrevistas a los padres con el fin de obtener antecedentes familiares del niño o niña con TDAH, es muy común encontrar que uno de los padres (en especial el padre) presentó los mismos síntomas que su hijo o hija en su niñez. Esto llevó a que se realizara diferentes investigaciones en los antecedentes hereditarios y familiares del padre y la madre; en los cuales se encontró fuerte evidencia de la existencia de un componente genético en la etiología del trastorno (Barkley, 2006, en Carboni, 2011; Solloa, 2006; López, Romero, *et. al.*, 2014).

En estudios familiares realizados con padres e hijos/hijas se ha constatado que los hijos/hijas de padres con TDAH tienen un 50% de probabilidad de padecer este trastorno (Marcia, 2012; López, Romero, *et. al.*, 2014). A su vez Alberts-Corush, Firestone y Goodman (1986 como se citó en Carboni, 2011) revelan que entre el 15% y 20% de madres y el 20-30% de los padres con hijos que padecen TDAH a su vez presentan el trastorno o es probable que lo hayan padecido en el pasado, y el 26% de los hermanos de niños con TDAH también presenta los síntomas. En más estudios realizados con hermanos gemelos, donde se compararon gemelos (monocigóticos) y mellizos (dicigóticos), demostrado una alta heredabilidad del trastorno, entre 60% y 91% (Faraone *et al.*, 2005 en Marcia, 2012; López, Romero, *et. al.*, 2014; Artigas-Pallarés, 2009). Gillis, Gilbert, Pennington y Defries (1991) precisaron que existe una concordancia del 81% en gemelos monocigóticos y del 29% en gemelos dicigóticos. Barkley (1998 como se citó en López, Romero, *et. al.*, 2014) concluyó que, en los estudios con gemelos, gran parte de

la varianza (70-90%) del rasgo hiperactividad-impulsividad se debe a factores genéticos, incrementando cuanto más extrema sea la manifestación clínica de dicho rasgo.

En la actualidad se han realizado estudios genéticos a profundidad, los primeros genes en ser estudiados son aquellos que tienen que ver con el proceso de dopamina. El gen principal llamado DRD4*7, encontrado en el cromosoma 11; es responsable de producir el receptor (los receptores funcionan como llave para que el neurotransmisor pueda activar la neurona, ya que cada neurotransmisor sólo se puede unir a su receptor) D4 del neurotransmisor dopamina. Se ha comprobado que el gen DRD4*7 es defectuoso entre el 50% y 60% en los sujetos diagnosticados con TDAH. El receptor D4 se activa al unirse a la dopamina, pero también por la adrenalina y noradrenalina (Soutullo, Díez y cols., 2007; Artigas-Pallarés, 2009; López, Romero, *et. al.*, 2014). Es por ello por lo que las medicaciones que elevan los niveles de dopamina (como el metilfenidato y la dextroanfetamina) y noradrenalina (como la atomoxetina y los antidepresivos tricíclicos) son eficaces en el tratamiento del TDAH (López, Romero, *et. al.*, 2014). Otro gen que se asocia con el TDAH es el DAT1 al igual que el gen DRD4*7, se trata de un gen relacionado con la dopamina, específicamente es un gen de la proteína transportadora de la dopamina que se encuentra en el cromosoma 5. Otros genes que se han visto implicados en el TDAH en diferentes estudios son el DRD5 y el DBH, también estos genes son proteínas relacionadas con la dopamina (Soutullo y Díez, 2007).

Investigadores del Hospital Infantil de Filadelfia en Estados Unidos (Elia, Gai, Xie, Perin, Geiger, Glessner et al., 2009 como se citó en López, Romero, *et. al.*, 2014; Artigas-Pallarés, 2009) identificaron diversas variaciones genéticas que se producen de manera frecuentemente en niños y niñas con TDAH. Estos investigadores analizaron los genomas de 335 pacientes con TDAH y sus familias comparándolos con más de 2.000 niños sanos sin parentesco. Descubriendo que estas alteraciones genéticas participan en el desarrollo del sistema nervioso, las cuales son cambios más amplios en la estructura denominados: Variaciones en el Número de Copias (sus siglas en inglés CNV), los cuales son fragmentos de ADN que no están o se repiten. Los resultados de la comparación mostraron una cantidad similar de CNV en cada grupo, pero aparecieron distintos patrones. Entre los 222 CNV hereditarios descubiertos en las familias con TDAH

y no en los individuos sanos, un número significativo eran genes identificados antes en otros trastornos del neurodesarrollo como el autismo, la esquizofrenia y el síndrome de Tourette. Los CNV descubiertos en las familias con TDAH también alteraban genes importantes en las funciones psicológicas y neurológicas como aprendizaje, conducta, transmisión sináptica y desarrollo del sistema nervioso. Así es como los investigadores descubrieron que algunos de los mecanismos biológicos que participan en el TDAH también podrían ser comunes en otros *Trastornos del Neurodesarrollo*.

La esperanza yace en que a medida que los investigadores descubren más sobre los genes específicos de los *Trastornos del Neurodesarrollo*, puedan realizarse tratamientos más personalizados de acuerdo con cada perfil genético.

2.5.1.2 Factores neuroanatómicos

Esta es el área de más interés entre las últimas investigaciones, teniendo como objetivo identificar estructuras o zonas cerebrales que sugieren una relación con la sintomatología (Inatención e Hiperactividad-Impulsividad) del TDAH. Gracias a los avances tecnológicos y el desarrollo de nuevas técnicas de imágenes cerebrales se ha logrado ampliar los estudios. Las técnicas más utilizadas para investigación en esta área son: tomografía axial computarizada (TAC), tomografía por emisión de positrones (TEP) y la resonancia magnética (Solloa, 2006; Marcia, 2012).

El área cerebral relacionada con el TDAH debido a sus síntomas eje, es la corteza prefrontal, en esta zona se encuentran los circuitos de la atención y controlan la memoria de trabajo, la atención y la inhibición de las respuestas y por ende las se encarga de las funciones ejecutivas. En investigación con ayuda de la neuroimagen Castellanos, Giedd, Hamburger, Marsh y Rapport (1996) y los estudios de Flipeck y colaboradores (1997) encontraron en pacientes con TDAH anomalías en la corteza frontal derecha (como se citaron en López, Romero, *et. al.*, 2014). Otros estudios mencionan que, en la población general, la parte anterior del hemisferio derecho es ligeramente más grande que el hemisferio izquierdo. Sin embargo, en los sujetos con TDAH se ha demostrado que se encuentra disminuida la asimetría (Reiss y cols., 1999, como se citaron en López, Romero, *et. al.*, 2014). De igual forma distintos autores encontraron una disminución en

tamaño de las regiones prefrontales del hemisferio derecho (Flípek y cols. 1990, como se citaron en Muñoz, Palau, Salvadó, y Valls, 2006; Castellanos y Acosta, 2004).

Además de la corteza frontal, en estudios anatómicos de autores como: Castellanos y cols, (1996), Flípek y cols. (1997), Hynd y colaboradores (1993), Castellanos, Giedd y Eckburghan (1996), Castellanos, Giedd Hamburger (1996), Mataró, García-Sánchez, Junqué, Estévez-González y Pujol (1997) y el estudio de Casey y otros (1997) descrito alteraciones en el tamaño y en la función de los ganglios basales (como se citaron en López, Romero, *et. al.*, 2014). Los ganglios basales y se compone de: el núcleo caudado, putamen, globo pálido, claustro y complejo amigdalario; son los encargados del control motor y el aprendizaje motor, ya que coordinan y filtran la información que llega de otras regiones del cerebro e inhibe las respuestas automáticas. En niños y niñas con TDAH se ha evidenciado que tienen 105 ganglios basales más pequeños (Soutullo y Díez, 2007). En distintos estudios han detectado alteraciones en el volumen o asimetría del núcleo caudado. Sin embargo, existe controversia respecto a sus interpretaciones, cuestionando si existe una asimetría normal de éste, o si esta asimetría favorece al hemisferio derecho o izquierdo, en cuanto al putamen estudios recientes señalan que presenta una reducción bilateral de su tamaño, de igual manera el globo pálido presenta una disminución en su volumen (Muñoz, Palau, Salvadó, y Valls, 2006).

Otra de las afectaciones significativas en el TDAH se encuentra en la sustancia gris en el giro frontal derecho y en el giro del cíngulo posterior derecho, en los cuales se ha descrito una disminución (Mulas, Mattos, De la Osa y Gandía, 2007). El cíngulo, o bien, circunvolución cingulada se encuentra implicada en la regulación de la atención y en la eliminación de las distracciones (sector atencional o cognitivo), también es responsable de la regulación del humor (sector afectivo). El cíngulo anterior en el sector afectivo se encuentra afectado en pacientes con depresión, y la función del sector cognitivo del cíngulo anterior está afectada en personas con TDAH. Sin embargo, la línea que separa estos dos sectores del cíngulo no es clara ya que hay neuronas del sector afectivo que están muy cerca de neuronas del sector cognitivo. Esto explicaría que pacientes con depresión tienen problemas de memoria, concentración y atención. También explica que

los infantes con TDAH tienen muchos problemas en su regulación afectiva y en el manejo de sus emociones (Soutullo y Díez, 2007).

Mediante estudios de resonancia magnética se han encontrado reducciones del 10% en el lóbulo frontal, ganglios basales y algunas regiones del cuerpo calloso (Artigas-Pallares, 2009; Soutullo y Díez, 2007; Muñoz, Palau, Salvadó, y Valls, 2006; Marcia, 2012). En conjunto, el tamaño del cerebro en individuos con TDAH es un 3.2% menor que personas que no lo padecen (Castellanos, *et. al.*, 2002 como se citaron en Artigas-Pallares, 2009).

Entre los estudios que apoyan la afirmación en la que el TDAH pertenece a los *Trastornos del Neurodesarrollo* se encuentra la investigación de Nopoulos y colaboradores (2000) detectaron alteraciones en la migración neuronal y anomalías de las fosas posteriores (exceso de líquido cefalorraquídeo). Afirmando que este trastorno del desarrollo tendría su origen en las primeras etapas de gestación, debido a que las alteraciones de la migración neuronal parecen estar causadas por una susceptibilidad genética acompañada de alteraciones ambientales que ocurrirían en el segundo trimestre del desarrollo prenatal (Muñoz, Palau, Salvadó, y Valls, 2006).

Barkley (2007) considera que probablemente es la tendencia a tener problemas en el desarrollo del córtex frontal (área de localización de las funciones ejecutivas) y del núcleo caudado del cerebro. Como hemos visto anteriormente, se ha asociado el TDAH con la disfunción en distintos receptores y transportadores de neurotransmisores, pero no se conocen todos los posibles genes implicados (como se citó en Marcia, 2012).

2.5.1.3 Factores neurofisiológicos

Con base en los hallazgos de la anatomía del cerebro TDAH y las técnicas de neuroimagen implementadas, dieron cabida a otras técnicas metabólicas que muestran una disminución en el metabolismo cerebral. La tomografía computarizada por emisión de fotón único (SPECT) ha permitido demostrar una distribución anormal y un decremento del flujo sanguíneo en la región prefrontal del cerebro y en el núcleo caudado que forma parte de la conexión con el sistema límbico. También a través de la tomografía por emisión de positrones (TEP) se ha podido comprobar esta menor actividad del flujo sanguíneo y del metabolismo de la glucosa en el área prefrontal. Lo que podría estar

ligado a la severidad de los síntomas conductuales (Zamtkin et al., 1990; Zametkin et al., 1993, como se citaron en Carboni, 2011; Marcia, 2012).

Otras hipótesis explicativas se han centrado en demostrar una actividad cerebral menor de la actividad eléctrica en el área frontal. Mediante estudios comparativos entre personas con TDAH y personas que no lo presentaban, se observó que la actividad eléctrica cerebral es más baja en el área frontal en las personas con TDAH (Marcia, 2012). En estudios electroencefalográficos afirma la presencia de anomalías en la actividad cerebral, caracterizada por ser lenta, difusa y en general ausencia de una cantidad apropiada de ondas alfa para la edad, el porcentaje ronda entre el 35% y el 50% de los niños y niñas diagnosticados con TDAH. Por lo tanto, esto se puede interpretar como un retraso en la maduración del sistema nervioso central o bien patrones inmaduros de funcionamiento (Solloa, 2006).

2.5.1.4 Alteraciones neuroquímicas

Recordando los antecedentes históricos, el hallazgo accidental de Bradley (1937-1950) quien suministró estimulantes a pacientes con TDAH teniendo efectividad terapéutica, es una prueba indirecta de que un factor etiológico asociado a este trastorno es un funcionamiento inadecuado de las catecolaminas (como se citó en López, Romero, *et. al.*, 2014). Las catecolaminas son aquellos compuestos que contienen el grupo catecol y son sintetizadas en las glándulas suprarrenales; las principales son los neurotransmisores adrenalina, noradrenalina y dopamina (Solloa, 2006). Los neurotransmisores son mensajeros químicos que sirven para que las neuronas se comuniquen entre ellas por todo el sistema nervioso a través de receptores. La dopamina, la adrenalina y noradrenalina son encargados de excitar o activar la neurona (Soutullo y Díez, 2007).

Existe una relación entre el TDAH con las catecolaminas cerebrales, vinculadas a un posible desequilibrio de estas, específicamente entre la dopamina y la noradrenalina (Barkeley, 2006 como se citó en Carboni, 2011).

Castellanos (1997 como se citó en Muñoz, Palau, Salvadó, y Valls, 2006) propuso la teoría unitaria de la dopamina el TDAH, la cual se basa en la existencia de anomalías

en dos regiones dopaminérgicas: en las regiones corticales (cíngulo anterior) presentando una hipoactividad (actividad baja) produciendo un déficit cognitivo y en las regiones subcorticales (núcleo caudado) presentando una sobreactividad causando un exceso motor.

Estudios realizados en personas con TDAH indican que existen problemas en los circuitos reguladores que comunican al córtex prefrontal con los ganglios basales mediante la dopamina y la noradrenalina. Asimismo, se han realizado estudios en animales demostrando que los niveles bajos de noradrenalina producen hiperactividad e impulsividad (Soutullo y Díez, 2007). En otro estudio (Ernst, Zametkin, Matochik, Jons y Cohen, 1998, como se citaron en López, Romero, *et. al.*, 2014) realizado mediante imágenes con radiomarcadores en 17 adultos con TDAH utilizando fluorodopa (liquido fluorescente) para marcar terminales catecolaminérgicas. La captación de fluorodopa se observó disminuida de manera significativa en la corteza prefrontal medial izquierda, sustentando la idea de que existe una alteración en la regulación catecolaminérgica.

Esta hipótesis se encuentra respaldada por estudios de distribución de estos neurotransmisores en las regiones cerebrales involucradas con el TDAH y por el tratamiento de los síntomas de TDAH a través de drogas estimulantes tales como el metilfenidato (Barkley y Cunningham, 1979; Cook et al., 1995 como se citaron en Carboni, 2011). La eficacia de los estimulantes es debido al bloqueo de la recaptación de dopamina y noradrenalina hacia las neuronas presinápticas y por tanto un incremento con ello de la liberación de las catecolaminas al espacio presináptico (Shaywitz, 1990, como se citó en Solloa, 2006). Herreros y colaboradores (2002 como se citó en López, Romero, *et. al.*, 2014) afirma que los estimulantes facilitan un aumento del dominio inhibitorio de la corteza frontal específicamente en las estructuras subcorticales a través de vías dopaminérgicas y noradrenérgicas, ya que aumenta la disponibilidad de estos neurotransmisores.

Sin embargo, en el 20-30% de los niños con TDAH no se encuentra respuesta positiva al tratamiento, es más, hasta puede producirse una respuesta negativa a la medicación, lo que significa que el TDAH no estaría causado en su totalidad por un desequilibrio en la

producción de dopamina y noradrenalina como el modelo neuroquímico sugiere (Brown, 2000 en Carboni, 2011)

Se ha intentado identificar si existe una anormalidad en el funcionamiento de un neurotransmisor específico, pero como los neurotransmisores se encuentran interrelacionados en cadenas, es muy poco probable que se pueda alterar el funcionamiento de un neurotransmisor sin afectar a otro (Solloa, 2006).

2.5.2 Causas Exógenas

Se han investigado muchos factores como probable causa del TDAH, entre ellos: el funcionamiento familiar y la ausencia de habilidades parentales (Barkley, Karlssn y Pollard, 1985; Biederman, Munir y Knee, 1987 como se citaron en Carboni, 2011), y el síndrome de alcoholismo fetal durante el embarazo (Clarren, 2000 como se citaron en Carboni, 2011), el saturnismo (Blondis y Chisomlm, 2000, como se citó en Carboni, 2011), la dieta alta en azúcar y saborizantes artificiales, el síndrome de tensión y fatiga alérgica, la exposición a la luz blanca fluorescente o miraba mucha televisión (Armstrong, 1995; Barkley, 2006). Sin embargo, la evidencia apunta a que los factores neurobiológicos son causales principales del TDAH (Barkley, 2006 como se citó en Carboni, 2011).

Si bien, los agentes psicosociales no son determinantes causales del TDAH, su presencia ocasiona un aumento en la gravedad de los síntomas nucleares, la aparición de un mayor o menor número de síntomas secundarios e influyen la mejoría o gravedad de la evolución del trastorno; por ello resulta imprescindible tomarlos en consideración en la intervención terapéutica (Del Corral, 2005 en Marcia, 2012; López, Romero, *et. al.*, 2014)

2.5.2.1 Factores ambientales

Sprich-Buckminster, Biederman, Milberger, Faraone y Krifcher-Lehman, (1993 en López, Romero, *et. al.*, 2014) destacan ciertos factores ambientales que afectan biológicamente durante la gestación y preperinatales, como son: la toxemia (intoxicación de la sangre), eclampsia (convulsiones en el bebé que se producen durante el embarazo o poco

después de nacer), prematuridad (término del embarazo antes de la semana 37), infecciones neonatales, mala salud materna, menor edad de la madre, edad fetal postmadura, parto prolongado, distrés fetal, bajo peso al nacer, hemorragias preparto, etc. Los estudios realizados con respecto a lo mencionado no son concluyentes, salvo a la hora de presentar una serie de factores predisponentes a una mayor vulnerabilidad general, lo cual no son específicos para la adquisición del TDAH (Barkley, 1998 como se citó en López, Romero, *et. al.*, 2014).

Para Zuluaga (2009 como se citó en López, Romero, *et. al.*, 2014), otros factores en la gestación que correlacionan con la hiperactividad son el consumo de alcohol y el tabaco, es decir, el hábito de fumar de la madre durante el embarazo y el alcoholismo materno. Estos factores pueden valorar la predisposición más que como causa directa y concreta del trastorno hiperactivo, instaurando en el crecimiento del niño/a una vulnerabilidad que más tarde podrá ser fortalecida por factores ambientales de carácter personal, familiar y social.

2.5.2.2 *Factores psicosociales*

Hechtman (1996 como se citó en López, Romero, *et. al.*, 2014) señalan que los factores psicosociales contribuyentes que aumentan su prevalencia son: la pobreza, malnutrición, exclusión social, malos cuidados pre y postnatales, problemática familiar, consumo de drogas o bebidas alcohólicas y la violencia en el hogar favorecen la aparición de los síntomas, contribuyendo a su desarrollo y perpetuación, así como un medio escolar desorganizado o muy desestructurado provoca un deterioro de la conducta del niño y un mayor fracaso escolar.

Algunos estudios longitudinales que se centran en las conductas hiperactivas a lo largo del desarrollo, sobre todo, al mantenimiento de conductas oposicionistas, encontraron que un exceso de órdenes y críticas, con un estilo de manejo hipercontrolador e intrusivo por parte de los padres contribuyen a la aparición de trastornos comórbidos asociados al TDAH (Barkley, Fisher, Edelbrock y Smallish, 1991; Campbell y Ewing, 1990 en López, Romero, *et. al.*, 2014).

Biederman y colaboradores (2002 como se citó en López, Romero, *et. al.*, 2014), plantea que la adversidad psicosocial influye significativamente en la expresión de los síntomas del TDAH. Ya que en sus investigaciones evidenciaron que mientras ningún estresor psicosocial particular incrementó la mala evolución del TDAH, el efecto aditivo de múltiples estresores como: la clase socioeconómica baja, familia numerosa, psicopatología de los padres, hogares de acogida, entre otros, ejercía un impacto significativo en el nivel de alteración.

Para finalizar este apartado es necesario recalcar la importancia de conocer los factores biológicos y hereditarios que determinan la aparición del TDAH, ya que en su comprensión radica el entendimiento del trastorno en sí y las afectaciones a nivel cerebral, teniendo estos aspectos en cuenta se logrará ofrecer una atención especializada. Si bien, los factores ambientales no son determinantes en la aparición del TDAH, han logrado ofrecer una perspectiva alternativa para mejorar su desarrollo y bienestar del niño o niña.

2.6 Familia, Escuela y Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad

En el apartado anterior se mencionó que las condiciones socioambientales no son elemento determinante para la adquisición del TDAH. Sin embargo, las variables ambientales y psicosociales desempeñan un papel modulador fundamental sobre el TDAH. Según Grau (2007) y otros autores estas variables se encargan de modular la evolución del trastorno y pueden considerarse como variables de riesgo (aumentando la probabilidad de aparición de los síntomas) o como variable de protección (disminuyen o amortiguan el impacto de los acontecimientos de riesgo). Referente a esto, la autora afirma que el padre y la madre son los responsables de cubrir todas las necesidades físicas, afectivas y psicosociales del niño o la niña con TDAH, además de posibilitar aprendizajes y las condiciones estimulantes que favorezcan su desarrollo biopsicosocial.

Sin embargo, la crianza de un niño o niña con TDAH está llena de retos, ya que las características sintomáticas del TDAH hacen difícil llevar a cabo esta tarea. Solloa (2006) precisa las conductas del infante en casa:

“En el hogar, la inatención se hace evidente en el hecho de que no termina lo que se le pide y las instrucciones que se le dan; cambia frecuentemente de una actividad a otra. Los problemas de impulsividad consisten en interrumpir y entrometerse con otros miembros de la familia, y una tendencia a sufrir accidentes. La hiperactividad se refleja como una incapacidad para permanecer sentado en situaciones que se espera que lo haga y porque el niño o niña tienden a ser muy ruidosos” (p. 158).

En diferentes estudios que se han realizado con padres y madres externan sus opiniones y sentir respecto a las dificultades que experimentan en el cuidado de sus hijos o hijas con TDAH. Un ejemplo de ello es el estudio de Bullard (1997 como se citó en Grau, 2007), quien realizó un análisis de las percepciones que tenían los padres y madres acerca de sus hijos e hijas con TDAH (de 6 a los 12 años) y el impacto que les había ocasionado su diagnóstico. Bullard encontró que las principales preocupaciones que manifiestan los padres y madres eran:

- Comportamiento imprevisible ante la severidad de la conducta problemática.
- Alteraciones en las relaciones matrimoniales, la relación entre hermanos y con otros miembros de la familia.
- Aislamiento social de los padres debido a que los problemas de la conducta de su hijo o hija causa desaprobación por parte de sus conocidos y miembros de la familia, además de que el nivel de demandas que requiere el niño/a es alta.
- Dificultades en la escuela, una mayor exigencia en la planificación y supervisión de las tareas escolares.
- Suelen presentar sentimientos emocionales de frustración, culpa, desesperación y de agotamiento.
- Dilemas en cuanto a la medicación de su hijo o hija como: esfuerzos por encontrar la dosis terapéutica ajustada y los efectos de esta.

Grau (2007) agrega que la principal problemática a la que se enfrentan los padres es que las niñas y niños con TDAH son menos sensibles a las peticiones de sus padres y madres debido a su dificultad para obedecer órdenes y para inhibir las respuestas impulsivas; caracterizándose por ser menos dóciles, menos sumisos y que debido a todo esto las niñas o niños con TDAH suelen solicitar más estimulación y ayuda de su padre y madre que otros niños o niñas (Roselló, García-Castellar, Térraga-Mínguez y Mulas, 2003, Korzeniowsk e Ison, 2008, Aires, Herrero, Padilla, y Rubio, 2015).

Las dificultades que experimentan los padres y madres en el cuidado de sus hijos/as con TDAH, está relacionado a altos niveles de estrés debido a la presentación de los principales síntomas. Rosello, García-Castellar, Térraga-Mínguez y Mulas, (2003) afirma que los padres con altos niveles de estrés se relacionan con la incapacidad de manejar el comportamiento del niño o niña con TDAH. En el estudio realizado por Donenberg y Bake (1993 como se citó en Grau, 2007) se analizó el impacto que ocasiona la crianza de hijos/as TDAH a sus padres y madres, teniendo como resultado un elevado nivel de estrés y de conflictividad en las relaciones padres/madres-hijos/as. Concluyendo que los padres de niños TDAH percibían que la conducta de sus hijos/as les había producido sentimientos negativos sobre su paternidad, impacto negativo en su vida social y mayor nivel de estrés que los padres/madres de niños/as sin TDAH.

Los altos niveles de estrés son debido a que los tutores en un intento por manejar y controlar la conducta de su hija o hijo usan métodos disciplinarios que no funcionan con la misma eficacia que con otros niños y niñas, generando un sentimiento de frustración e impotencia al no lograr una afectividad en su crianza (Grau, 2007; Korzeniowsk e Ison, 2008; Aires, Herrero, Padilla, y Rubio, 2015).

Cuando el padre y la madre del menor con TDAH no logran tener efectividad en sus métodos aunado a los altos niveles de estrés por no conseguir que su hijo/ja se comporten como ellos desean, los tutores empiezan a aplicar métodos disciplinarios basados en la utilización del castigo para corregir al infante con TDAH, acompañado de críticas, amenazas y penitencias volviéndose cotidianas. Estudios sobre la crianza han sustentado que los padres de hijos/as con TDAH usan métodos basados en el castigo, un claro ejemplo es la investigación de Keown y Woodward (2002 como se citó en Grau,

2007), quienes estudiaron aspectos de la conducta parental y factores del funcionamiento familiar asociados con la hiperactividad en 33 familias de niños/ niñas hiperactivos y 34 familias control. Los resultados del análisis mostraron que la hiperactividad se encontraba estrechamente asociada con un estilo de disciplina más permisivo, menos sentimientos de eficacia paternal, más bajo nivel de comunicación padres-hija/o e interacciones madre-hija/o menos sincrónicas, incluso con un control en los problemas de conducta.

Este tipo de crianza va a traer grandes repercusiones en el infante puesto que “no siempre puede controlar su comportamiento”, decodifica estas pautas educativas de los adultos como falta de comprensión y afecto; repercutiendo en el desarrollo emocional y en su autoestima del propio niño o niña con TDAH, además de tener una relación conflictiva entre padre-madre e hijo/hija (Grau, 2007; Korzeniowsk e Ison, 2008; Aires, Herrero, Padilla, y Rubio, 2015). Anastopoulos, Smith y Wein (1998 como se citó en Korzeniowsk e Ison, 2008) observaron que los niños y niñas que padecen TDAH suelen experimentar sentimientos de fracaso, incapacidad, baja autoestima, desmotivación por aprender, síntomas depresivos, ansiedad y un comportamiento opositorista–desafiante. De igual modo observaron que sus padres suelen manifestar frustración, tristeza, culpa, un sentido de pobre competencia parental y baja autoestima. Estos sentimientos y entre padre-madre e hijo-hija crean un círculo vicioso de interacciones negativas y sentimientos de fracaso que perpetúa las dificultades familiares y las manifestaciones sintomáticas del TDAH (Grau, 2007; Korzeniowsk e Ison, 2008; Aires, Herrero, Padilla, y Rubio, 2015).

En otros estudios familiares se describió la relación entre hermanos, como el realizado por Kendall (1999 como se citó en Rosello, García-Castellar, Térraga-Mínguez, y Mulas, 2003) en el que participaron 11 familias. Mediante diarios y entrevistas los hermanos de niños y niñas con TDAH manifiestan sentirse influidos por la conducta de sus hermanos de tres maneras: como víctimas de sus abusos, se veían obligados por sus padres a ejercer el rol de “cuidadores” o “guardianes” de su hermano/a, y por los sentimientos de tristeza y derrota que experimentan. De igual, forma Grau (2007) en su trabajo también toma en cuenta a las relaciones entre hermanos presentando la investigación de Córdoba y Verdugo (2003) en la cual, se evidenció que los hermanos o hermanas (especialmente los mayores) se auto-responsabilizan por el cuidado permanente del hermano o hermana

que padece TDAH. Los hermanos o hermanas implicados en el cuidado suelen experimentar mayores niveles de estrés en situaciones en las que su hermano/a manifiesta comportamientos impulsivos o agresivos. En el caso de Stone (2000 como se citó en Grau 2007) encontró que se les resta tiempo dedicado por la madre y el padre a otros miembros de la familia a consecuencia de una mayor cantidad de demandas que presenta el infante con TDAH.

A pesar de las problemáticas experimentadas por la familia con un infante que padece TDAH estudios han demostrado que mediante el tratamiento farmacológico y psicosocial mejoraba la calidad de vida de la familia en general. La investigación de Presentación, Pinto, Meliá y Miranda (2009) en el cual realizaron una intervención psicosocial en la familia, concluyeron que el tratamiento afecta positivamente a todos los aspectos familiares, los sentimientos y actitudes de los padres son más positivos hacia el hijo/a con TDAH y desaparecen las diferencias en la relación entre hermanos.

Las conductas derivadas de los síntomas principales del TDAH (hiperactividad, inatención e impulsividad) que suelen manifestarse en casa no son tan diferentes a las que manifiestan en la institución educativa, estas conductas suelen ser perjudiciales para el alumno/a con TDAH ya que frecuentemente pueden tener dificultades en la realización de actividades y conflicto con los maestros/as, por lo tanto, se ve perjudicado su rendimiento escolar. Orjales (2012) en su libro ofrece una visión detallada y precisa de los problemas que con mayor frecuencia suelen manifestar los escolares con TDAH, resumiéndose en los siguientes puntos:

- *Problema para prestar atención a las explicaciones o instrucciones dadas por el o la profesor/a, con mayor frecuencia se presenta cuando las tareas o instrucciones son largas, con estímulos monótonos y aburridos, especialmente si el esfuerzo no se ve recompensado con la motivación de la materia o el profesor/a.* La mayoría de veces presenta dificultades para realizar las instrucciones completas o bien hacer lo que se les pide y cuando se les demanda. Debido a la fatiga dada por el sobreesfuerzo que tiene que hacer su cerebro para mantenerse centrado en un objetivo, evitando la interferencia de múltiples distractores externos como: ruidos de sus compañero/as o lo que se ve a su alrededor; al igual que distractores

internos como: la sensación creciente de permanecer sentado, ideas para el recreo, el recuerdo de algo que debe preguntar o pensar en la excusa que pondrá por no haber realizado los deberes. También presentan dificultades para recordar prohibiciones.

- *Trabajo más lento, irregular, inconstante y con mayor número de errores durante su realización.* Esto ocurre ya que les produce fatiga las tareas que requieren atender a un estímulo e ignorando otros (atención selectiva), de igual forma sucede con aquellas tareas que requieren atención sostenida, que exigen un trabajo reflexivo y ordenado como la comprensión lectora, las cuales sobrecargan la memoria de trabajo; es decir, que requieren tener en la mente información mientras se opera con ella. Lo mismo sucede en la realización de exámenes, los que suelen tener más errores que otros alumnos/as, por ejemplo: desatención al olvidar las que se lleva, operaciones matemáticas erróneas por no colocar bien los números, confundir fechas históricas, cometer errores ortográficos u olvidar cambiar las unidades al final de un problema de matemáticas, errores debido a la baja comprensión de preguntas o enunciados, en exámenes con preguntas de desarrollo presentan una expresión pobre: respuestas telegráficas, demasiado generales y desorganizadas. Tomando en cuenta lo dicho anteriormente el aprovechamiento del trabajo en clase, suele ser menor y usualmente los trabajos realizados en clase deben ser terminados en casa ya que no los finalizaron durante la jornada escolar.
- *Trabajo frecuentemente desordenado, sucio y desorganizado, con escritos poco legibles, con letra que se distorsiona cuando toda su atención está centrada en tareas más difíciles que el mero copiar, agregando que su mochila se caracteriza por ser desordenada.* Se debe a una decadente capacidad de organización, además, de que cuenta con tiempo insuficiente para guardar adecuadamente su material, copiar o realizar actividades debido a su lentitud para responder a las instrucciones del profesor o profesora.
- *Automatizar procesos y rutinas.* Estos niños y niñas pueden presentar inmadurez en la automatización de la lectura, necesitan más tiempo para memorizar las tablas de multiplicar, sus respuestas en clase suelen ser más lentas, por ejemplo: para

responder una operación de cálculo lanzada por el profesor en la que los alumnos/as deben resolver con rapidez.

- *Dificultades para realizar dos tareas al mismo tiempo*, presentan dificultades para entablar conversaciones sin dejar de realizar alguna actividad, recordar que no se corre por los pasillos mientras comentan el partido o respetar las normas en los juegos cuando están metidos en la emoción del momento.
- *Pérdida constante de material* como: los lentes, el aparato de los dientes, el dinero para el almuerzo, la autorización de una excursión, el lápiz, la goma, etc.
- *Menor eficacia para enterarse y anotar las tareas que debe realizar en casa*. La mayoría de las veces es que creen haber apuntado todo, y es cierto, pero “todo lo que ellos escucharon”.
- *Se olvida de realizar trabajos, cumplir con los requisitos de los mismos o equivocarse en las fechas de entrega*. Es frecuente que los niños y las niñas con TDAH realice ejercicios o estudien para asignaturas que no corresponden a su horario de clases, olvide en casa láminas de la tarea que sí habían realizado, entregan los trabajos a tiempo pero no ajustados a lo que se pedía en contenido o formato, u olvidan el material correspondiente. Tienen más dificultades para organizarse y gestionar el tiempo: pueden llegar tarde a clase, no estudian hasta el día antes del examen, tienen dificultades para terminar los exámenes en el tiempo previsto, o calculan mal el tiempo que dedican a la realización de tareas. Es debido a una percepción inmadura, en la cual “creen firmemente que podrán cumplir con todo a última hora; el fracaso al conseguirlo les frustra y desespera, pero no parece que les sirva para modificar fácilmente esta percepción” (p. 19).
- *Dificultades para automotivarse y mantenerse centrados en los objetivos a largo plazo*. Dependen más que los de su edad de la aprobación de los demás y de refuerzos o premios externos, por ende presenta dificultades para: estudiar a diario con el fin de recibir buenas notas, practicar un instrumento para una exhibición o aprobar todo para obtener un premio a final de curso. Por esta misma razón muestran un mayor agotamiento y peor rendimiento a medida que pasa el curso.
- *Una menor censura de sus emociones e inmadurez para analizar situaciones*. Con frecuencia este aspecto le trae problemas por contestar airadamente a una

profesora o profesor ante una llamada de atención que perciben injusta o a discusiones con los compañeros y compañeras. Aunque algunos argumentan que las alteraciones en lóbulo frontal dan lugar a una incapacidad para prever las consecuencias de sus actos y aprender de los errores, no se trata tanto de una incapacidad como una inmadurez respecto a su edad cronológica.

Estas son las dificultades que suelen tener los niños y niñas con TDAH sin importar la asignatura. En cifras estadísticas se estima que más de la mitad de los estudiantes con diagnóstico primario de TDAH tiene conflictos relacionados con la escuela: (Miranda, Presentación y López, 1995 como se citaron en Aires, 2015). Entre el 40% y el 60% de ellos tiene graves problemas de aprendizaje, por ende, la mayoría de ellos requieren adaptaciones curriculares debido a que presentan más posibilidades de repetir curso, de abandonar los estudios y obtener resultados académicos por debajo de sus posibilidades (Aires, 2015).

También, estudios han encontrado una alta comorbilidad con otros *Trastornos de Aprendizaje*. En el campo de la evaluación neuropsicológica infantil se ha estimado que cerca de una tercera parte de los niños y niñas con *Trastornos del Aprendizaje* manifiestan algún nivel de hiperactividad, y que al menos el 95% de los infantes con TDAH presentan problemas en el aprendizaje (Ardila, Rosselli & Matute, 2005, como se citaron en Montoya, Varela y Dussan, 2012). Sin embargo, es importante señalar que no todos los menores con TDAH tienen *Trastorno de Aprendizaje*, ni todos los menores con *Trastorno de Aprendizaje* tienen comorbilidad con el TDAH. No obstante, como hemos visto anteriormente los problemas de atención, la hiperactividad y la impulsividad ocasionan, en mayor o menor medida, problemas de aprendizaje en todos los estudiantes con TDAH, presentando algunas de las dificultades (Mena y Tort, 2001 como se citaron en Aires, 2015). Aires (2015) realiza algunas precisiones de las dificultades por área de desarrollo:

- *Trastorno del lenguaje y la comunicación.*

A los infantes con TDAH se le atribuye una disminución del proceso cognitivo que organiza el pensamiento y la conducta, presentando problemas de tipo como: retraso

simple del lenguaje y problemas en el lenguaje expresivo, suele hablar más de forma espontánea y menos con el lenguaje organizado, numerosas pausas y muletillas, son menos eficientes en la organización del lenguaje, tienen dificultades en la comprensión y fluidez lectora ya que comete frecuentes omisiones en la lectura, se “come” palabras o letras y sustituyen unas letras por otras, además de que su comprensión lectora es deficiente. (McInnes, Humphries, Hogg-Jonson y Tannock, 2003).

La postura neuropsicopedagógica afirma que el TDAH presenta dificultades en la lectura y escritura superiores a las mostradas por los menores que no padecen el trastorno (Holborow & Berry, 1986; Rodríguez, López, Garrido, Sacristán, Martínez & Ruíz, 2009 en Montoya, Varela y Dussan, 2012). En la investigación realizada por Montoya, Varela y Dussan (2012) con niños y niñas que padecen TDAH, entre los 6 y 14 años de edad, pertenecientes a la ciudad de Manizales, Colombia, establecieron una correlación entre las habilidades académicas de lectoescritura y el desempeño neuropsicológico, en el cual consideraron procesos cognitivos específicos relacionados con la lectoescritura como: la atención, la memoria, el lenguaje y la abstracción. Concluyendo que estadísticamente la importancia del proceso atencional en el aprendizaje escolar y las dificultades académicas en el cuadro clínico del TDAH parecen estar asociado con el funcionamiento académico de los niños y niñas que lo padecen. La investigación muestra que niñas, niños y adolescentes con TDAH muestran un desempeño inferior a sus iguales en la comprensión tanto de textos narrativos como de textos expositivos, deduciendo que la atención es indispensable para lograr una adecuada decodificación de los estímulos y comprensión del texto.

Con respecto a la comorbilidad de *Trastornos de Lectura* con TDAH el estudio realizado por Willcutt y colaboradores (2005 como se citaron en Mejía y Cifuentes, 2015) aplicaron una serie de instrumentos neuropsicológicos con el fin de estudiar la comorbilidad entre el TDAH y los trastornos de lectura, en el cual se detectó que entre el 25% y el 40% de los infantes con TDAH *Trastornos de Lectura*, mientras que el 15% y el 40% que en los infantes con *Trastorno de Lectura* presentan TDAH. En otro estudio realizado por Mejía y Cifuentes (2015) con el objetivo de describir las manifestaciones de los trastornos de lectura y escritura en 184 niños, niñas y adolescentes con TDAH y sin presencia de TDAH

con edades de 5 a 15 años de la ciudad de Manizales (Colombia). Evidenciaron la presencia de errores al leer, así como la baja velocidad lectora, en ese orden, entre más longitud tenga el texto más se acentúan las diferencias con infantes sin TDAH. En donde presentaron más dificultades los infantes con TDAH fue en la lectura en voz alta. Y en comprensión lectora se observaron que hay diferencias de esta por debajo de la media.

- *Dificultades en el cálculo y en la resolución de problemas matemáticos.*

Aires (2015) menciona algunos autores como Zentall y Frerkis (1993) y Zentall, Smith, Lee, Wiczorek (1994) que hablan de las siguientes dificultades: los menores con TDAH no suelen presentar dificultades cuando se trata de hacer cálculos matemáticos mecánicos, como cálculo mental o multiplicaciones con cifras sencillas, cuando se les presenta operaciones de varias cifras o las que impliquen “llevadas” les resulta complicado mantener la concentración. De igual manera les es difícil la resolución de problemas matemáticos.

- *Dificultades en la escritura.*

Suelen mostrar problemas de caligrafía, su letra se caracteriza por ser excesivamente grande o demasiado pequeña, en ocasiones las letras son inteligibles y la mayoría de veces es desorganizada. Sin embargo, si le insiste puede controlarla de forma adecuada, para controlarla suelen ejercer una presión excesiva sobre el bolígrafo, desencadenando que se canse de escribir y perdiendo el interés en las tareas o en tomar apuntes durante las clases. Esta situación empeora por la diferencia de velocidad entre su pensamiento y su habilidad manual (Zentall y Smith, 1993 como se citaron en Aires, 2015). La escritura y la ejecución visomotora están influenciadas por una tercera variable: el mantenimiento de la atención que requiere la práctica. Causando que los niños y niñas cometan más errores en función de la longitud de las tareas de copia (Zentall, 1993 como se citó en Aires, 2015).

- *Dificultades para organizar la información*

Esta dificultad es una de las principales consecuencias de los problemas atencionales de las personas con TDAH. Su pensamiento se caracteriza por ser caótico y desordenado

consecuencia de sus problemas para discriminar entre la información relevante y la secundaria, su falta de flexibilidad cognitiva y sus rápidas e impulsivas decisiones en función de datos.

Es prudente recalcar que aproximadamente entre un 25-30% de los niños con TDAH tiene una alteración específica del aprendizaje en alguna de las siguientes áreas: lectura, escritura, matemáticas, y coordinación motora. (Rodríguez-Salinas, Navas, Fominaya y Duelo, 2006). En otro estudio realizado por Miranda-Casas, Soriano y García (2006), plantearon que alrededor de un 50% de infantes con TDAH tiene problemas en el aprendizaje de la lectura, escritura o matemáticas, incidiendo negativamente en el rendimiento académico (Montoya, Varela y Dussan, 2012).

Cuando se realiza la detección de dificultades en el rendimiento escolar de los menores con este trastorno, es preciso realizar una valoración cognitiva-psicoeducativa de forma individualizada. La cual consiste en estudiar el nivel de rendimiento en áreas básicas como la lectura y las matemáticas, simultáneamente se realiza una evaluación en la que se observa que el estudiante esté aprendiendo de forma adecuada, de acuerdo a su edad y a su capacidad (Rodríguez-Salinas, Navas, Fominaya y Duelo, 2006).

Hay que tener presente que no existe un solo tratamiento idóneo para todos los casos que padecen TDAH, por ello la intervención siempre será adaptada al perfil individual de cada uno de los casos, lo mismo sucede con el plan de tratamiento, este debe de ser flexible para realizar las modificaciones pertinentes las veces que sea necesario a lo largo de todo el proceso de intervención.

2.7 Tratamiento

Es necesario recordar que el TDAH no tiene una cura, por esta razón los tratamientos son dirigidos a reducir la sintomatología del trastorno y actuar sobre las probables complicaciones (Solloa, 2006; Marcia, 2012).

Como se ha mencionado las necesidades de cada caso con TDAH son muy variadas entre sí, por ello el especialista a cargo del caso deberá adaptar la intervención al perfil individual de cada niño o niña con TDAH, involucrando y tomando en cuenta a los miembros de su familia (Soutullo y Díez, 2007; Aires, Herrero, Padilla y Rubio, 2015).

Dada la diversidad, la profundidad y la cronicidad del TDAH, se requiere de la intervención de profesionales de distintas disciplinas como: neurólogos, psicólogos, trabajadores sociales y maestros de educación especial. Cada uno aporta su experiencia para abordar los problemas específicos que el caso requiera. El tratamiento donde se integran estas disciplinas y sus intervenciones se le conoce tratamiento multimodal, del cual hay evidencia de resultados más efectivos (véase en Solloa, 2006; Soutullo y Díez, 2007; Marcia, 2012). Este tipo de tratamiento, además del tratamiento farmacológico, incluye intervenciones de tipo educativa, familiar, psicoterapia, cognitivo-conductual, de pareja y adaptación escolar o laboral. (López, Romero, *et. al.*, 2014).

El tratamiento de primera línea para el abordaje del TDAH es el farmacológico ya que es eficaz para mejorar las manifestaciones de los síntomas nucleares del trastorno, es decir, la medicación puede mejorar la atención y la hiperactividad-impulsividad. Sin embargo, no afectará directamente, por ejemplo, en la interacción social del niño, ni el rendimiento escolar, para ello es necesario de la intervención psicológica en aspectos específicos del menor con TDAH como los ya mencionados (Marcia, 2012). López, Ramos y colaboradores (2014) mencionan que el objetivo del tratamiento psicológico es: proporcionar a la familia y al menor información apropiada sobre la naturaleza neuropsicológica y el curso evolutivo del trastorno, así como las particularidades del tratamiento farmacológico; además de trabajar y acompañar a los padres y educadores en un entrenamiento que les permita manejar las conductas disruptivas del menor con TDAH, al mismo tiempo adaptar actividades y contextos a las necesidades del infante para favorecer su funcionamiento; paralelamente, hay que trabajar con el niño para enseñarle habilidades que le permitan desenvolverse de una manera más adaptativa.

Para Barkley (2007 como se citó en Marcia, 2012) uno de los principales logros de la medicación estimulante es potenciar los efectos de los tratamientos psicológicos. Los fármacos, al hacer que disminuya la impulsividad o la sobreactividad, facilitarán otras

intervenciones dirigidas a dificultades específicas que pueda presentar el individuo que padece TDAH.

A continuación, se puntuará de manera más específica el tratamiento farmacológico y las diferentes intervenciones psicológicas más efectivas en el tratamiento de niños y niñas con TDAH.

2.7.1 Tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico como se mencionó anteriormente tiene como función mejorar los síntomas principales del TDAH ayudando a mejorar la atención, la habilidad para enfocarse, el comportamiento dirigido hacia metas y las destrezas organizacionales, por ello la medicación debe ser una parte del plan de tratamiento inicial en los infantes TDAH. Existen dos tipos de fármacos: los estimulantes como el metilfenidato y los no estimulantes como atomoxetina o antidepresivos tricíclicos (Soutullo y Díez, 2007).

- Psicoestimulantes

El tratamiento farmacológico más utilizado son los psicoestimulantes (NICE, 2009 en Aires, Herrero, Padilla y Rubio, 2015). Moreno (2009 en Marcia, 2012) afirma que es la modalidad terapéutica mejor fundamentada dentro de toda la psicofarmacología infantil y adolescente; afirma que más del 70% de infantes que padecen TDAH muestran mejoras conductuales de acuerdo con cuestionarios aplicados a padres y maestros, pruebas de ejecución en laboratorio y observaciones directas (Solloa, 2006). En otros estudios se ha demostrado que entre 70% y el 90% de menores con TDAH responden positivamente a los psicoestimulantes incrementando su atención además de mostrar una disminución de su impulsividad y en el nivel de actividad (Aires, Herrero, Padilla y Rubio, 2015). Y según Barkley (1987, como se citó en Solloa, 2006) los efectos de los estimulantes son positivos en las funciones cognitivas y en la memoria.

Los estimulantes actúan de manera que alteran los niveles de los neurotransmisores cerebrales que las células nerviosas utilizan para comunicarse, incrementando a su vez el nivel de alerta del sistema nervioso central; el más comúnmente usado para el

tratamiento de TDAH es el clorhidrato de metilfenidato (Soutullo y Díez, 2007; Marcia, 2012; Aires, Herrero, Padilla y Rubio, 2015).

Específicamente el metilfenidato funciona como bloqueador de la recaptación de los neurotransmisores: dopamina y noradrenalina, lo que a su vez aumenta la disponibilidad de estos neurotransmisores en el espacio intersináptico en la corteza frontal y regiones subcorticales asociadas a la motivación y la recompensa (Volkow, *et. al.*, 2004 como se citaron en Marcia, 2012; Soutullo y Díez, 2007).

Generalmente el metilfenidato se administra por vía oral debido a sus características, y su efecto terapéutico se empieza a notarse de 30 a 60 minutos con un pico de efecto terapéutico que se alcanza en 1 a 2 horas, produciendo una mejoría clínica que dura entre 4 y 6 horas en la mayoría de las personas con TDAH (Soutullo y Díez, 2007).

Marcia (2012) menciona que el tratamiento con metilfenidato mejora la atención y el rendimiento en tareas que requieren atención sostenida y continua; de igual manera disminuye la impulsividad y la hiperactividad facilitando el seguimiento de las normas y favoreciendo estrategias de trabajo más flexibles. Por ende, el menor mejora en su rendimiento escolar. Además, el metilfenidato reduce en el menor con TDAH las conductas que le provocan problemas de adaptación en el ambiente familiar y escolar, mejorando las relaciones con su familia, profesores y compañeros.

Este mismo autor menciona que los efectos secundarios son escasos, en caso de presentarse, generalmente suelen ser leves y transitorios (desapareciendo a los 10 o 15 días de iniciado el tratamiento, la desaparición se produce por sí sola o mediante un reajuste de la dosis). Wolraich, McGuinn y Doffing, (2007 como se citaron en Marcia 2012) describen como posibles efectos adversos a corto plazo la pérdida de apetito y de peso, insomnio, ansiedad, inquietud; algunos infantes también suelen referir dolores de cabeza y molestias de estómago, son algunos de los efectos más frecuentes. Es importante resaltar que los psicoestimulantes no generan adicción (Soutullo y Díez, 2007).

- Fármacos no estimulantes o antidepresivos tricíclicos

Entre 10% y 30% de los infantes medicados con psicoestimulantes no responden al tratamiento o no pueden tolerar los efectos secundarios, debido a esto se ha ofrecido una alternativa del tratamiento con medicamentos no estimulantes. Los tratamientos con medicamentos no estimulantes tienen efecto principalmente sobre la noradrenalina aumentándola (Soutullo y Díez, 2007).

La única medicación no estimulante con suficiente evidencia para tratar los síntomas del TDAH es la atomoxetina, ya que su eficacia y seguridad en niños, niñas y adolescentes se ha demostrado en al menos 12 estudios (Soutullo y Díez, 2007). La atomoxetina es un inhibidor potente y altamente selectivo del transportador presináptico de la noradrenalina en la corteza prefrontal, con el beneficio de no actuar directamente sobre los transportadores de serotonina o dopamina (Soutullo y Díez, 2007; Marcia, 2012). Su uso es a partir de los 6 años, de edad, de administración oral, caracterizada por su rápida absorción, y que generalmente se toma en una dosis diaria; a los 15 o 20 días después de la primera ingesta ya pueden observarse cierta mejoría, y el efecto óptimo puede tardar de mes y medio o dos meses (Marcia, 2012).

Los efectos adversos más frecuentes son: somnolencia, dolor abdominal y la disminución del apetito, estos suelen ser transitorios, muy parecidos a los efectos adversos del metilfenidato.

Por último, cabe señalar que el tratamiento con medicamento ya sea estimulante o no, se encuentran contraindicados en niños menores de 3 años (Solloa, 2006). En la mayoría de los casos, la medicación se emplea con el objetivo de minimizar los síntomas, no como medio para controlar el comportamiento de los menores con TDAH. Por ello, no hay que olvidar que resulta imprescindible la intervención a otros niveles (familiar y escolar) con ayuda del tratamiento psicológico (Aires, Herrero, Padilla y Rubio, 2015).

2.7.2 Tratamiento Psicológico

Las conductas que suele presentar el infante con TDAH a raíz de los síntomas principales (inatención e hiperactividad-impulsividad) suelen causar problemas en los ambientes en

los que se mueve; principalmente en la familia y la escuela. Estas problemáticas pueden afectar gravemente la vida del menor con TDAH desencadenando en un pronóstico negativo. La intervención psicológica en combinación con el tratamiento farmacológico se dirige a reducir la sintomatología del trastorno y es fundamental para prevenir o tratar otras complicaciones o problemas asociados; ya que Las terapias de tipo psicológico por sí solas, sin medicación, sólo tienen un efecto débil sobre los síntomas del TDAH (Soutullo y Díez, 2007, Marcia, 2012).

El tratamiento psicológico se caracteriza por ser individualizado, es decir debe ser centrado en objetivos dependiendo del caso, en función de las características e intensidad de los síntomas, de la comorbilidad y de las complicaciones o repercusiones sobre el desarrollo evolutivo del niño, niña o adolescente con TDAH, también es importante tomar en cuenta el ámbito familiar, escolar y social ya que es esencial una máxima implicación y motivación de padres y profesores (Soutullo y Díez, 2007; Marcia, 2012; López, Romero, *et. al.*, 2014; Aires, Herrero, Padilla y Rubio, 2015). Para conseguir el éxito en el tratamiento psicológico es conveniente realizar un planteamiento inicial razonable especificando las metas iniciales concretas, comenzar a trabajar en el entrenamiento y la práctica continua y dejar de lado las expectativas de éxito globales; agregando que expertos aconsejan no descartar ninguna de las posibilidades terapéuticas que han demostrado ser eficaces, sugiriendo la aplicación de procedimientos y enfoques necesarios en cada caso (López, Romero, *et. al.*, 2014).

A continuación, se especificará la función de las corrientes psicológicas que se utilizan en el tratamiento de los menores con TDAH y han demostrado ser eficaces.

- *Enfoque Conductual*

El objetivo principal del tratamiento con este enfoque consiste en formar a padres, madres y a profesores/as en conocimientos generales sobre el TDAH para poner en marcha procedimientos o técnicas que derivan de los principios del condicionamiento operante o mejor conocidos como *técnicas de modificación de conducta*, con el fin de comprender y

dirigir mejor los problemas de comportamiento de los menores con TDAH (Weiss y Hetchtman, 1992 en López, Romero y *et. al.*, 2014; Soutullo y Díez, 2007).

Las técnicas operantes más utilizadas en infantes con TDAH aplicadas por padres, madres y profesores/as se agrupan en tres apartados (Martin y Pear, 1999, como se citaron en Marcia 2012):

- Técnicas utilizadas para fortalecer conductas adecuadas ya existentes.

Este tipo de técnica se puede llevar a cabo de dos maneras: por medio de estrategia de reforzamiento positivo y estrategias por rol designado. Las primeras consisten en reforzar positivamente (un elogio, una palmadita en la espalda, una mirada, etc.) una conducta, aumentando la probabilidad de que dicha conducta se repita en el futuro. La segunda se puede utilizar tanto para incrementar conductas positivas como para eliminar conductas indeseables. En esta estrategia el tutor a cargo del menor refuerza antes de que se produzca una conducta deseada utilizando el valor que las personas conceden a la opinión positiva de los demás respecto a nosotros y el valor del elogio. Por ejemplo, los padres comentan entre ellos (asegurándose que el niño les escucha, pero haciendo creer a éste que no saben que esto es así) admiración y elogio hacia la conducta del niño (¡Has visto que Juan desde que ha vuelto del campamento discute menos con su hermano... se está haciendo mayor!), el cambio positivo en su conducta detallando en realidad, con cierta precisión, la conducta que esperan de su hijo.

- Técnicas utilizadas para reducir la frecuencia o eliminar conductas desadaptativas, negativas o coercitivas.

Consiste en eliminar conductas no deseadas y para realizarlo existen estrategias como: la extinción, castigo positivo, el castigo negativo y el reforzamiento diferencial de conductas.

- Extinción: Esta estrategia tiene como objetivo disminuir o desaparecer una conducta no deseada y consiste en romper la relación existente entre una conducta y sus consecuencias eliminando los reforzadores. En el caso de un niño que toma con frecuencia los juguetes de su hermano y ante ello la

madre o el padre se sientan con el chico para explicarle porqué debe respetar las cosas de su hermano, la atención de los adultos resulta un potente reforzador que provoca en el menor seguir con su conducta. La aplicación de la de extinción en este caso consistiría en que los padres quiten su atención del niño cuando él hace algo que no gusta a los padres (molestar a su hermano tomando sus juguetes) en todo caso se le dirá una sola vez, para que conozca la opinión de los padres; esto provocará la disminución en la frecuencia de la conducta y finalmente extinguiéndola. La estrategia de extinción debe ir acompañada del refuerzo de las conductas adecuadas.

- Castigo positivo: Este tipo de estrategia se utiliza en programas operantes de modificación de conducta y consiste en debilitar o disminuir la frecuencia de una conducta con la aplicación de estímulos aversivos es decir aplicar en el infante un estímulo molesto o desagradable. En este caso la sobrecorrección como estímulo aversivo es más recomendable, la sobrecorrección consiste en la restitución o reparación de los efectos de la conducta inadecuada y/o la práctica positiva o repetición de la conducta apropiada. Por ejemplo, si un niño no quiere encender la luz y lo hace pegando el apagador se le pide que lo repita y lo realice de la manera correcta.
- Castigo negativo: Este procedimiento consiste en retirar los reforzadores positivos en la emisión de una conducta no deseada, con el fin de disminuir la frecuencia de esta o eliminarla. Las dos formas más utilizadas son: tiempo fuera que consiste en sacar al niño durante un breve tiempo de la situación en la que está, obteniendo reforzamiento a la emisión de la conducta que se desea eliminar. Y el coste de respuesta que consiste en retirar reforzadores positivos a la emisión de una conducta inadecuada que se desea eliminar, en este caso puede funcionar la retirada de la pérdida de tiempo de recreo por mal comportamiento durante la clase.
- Reforzamiento diferencial de conductas: Esta estrategia se trabaja de la mano con el refuerzo positivo. Sin embargo, lo emplear para disminuir o

eliminar conductas inadecuadas. Al reforzar conductas distintas o incompatibles con la conducta problema, o bien, reforzando períodos de tiempo libres de conductas inadecuadas, disminuye la frecuencia o elimina por completo las conductas no deseadas.

- Técnicas de elogio y retiro de atención: Cuando hablamos de retirar la atención consiste en ignorar de modo constante mirar hacia otro sitio, evitando mostrar ninguna expresión facial de desaprobación ante la conducta-problema haciendo desaparecer la misma. Cabe señalar, que cuando la conducta no deseada llega se incrementa es una señal de que y cuando llega a su pico más alto la conducta irá disminuyendo. Esta estrategia requiere un gran autocontrol por parte del aplicador.

Se han diseñado programas intensivos en los que los padres, madres y maestros/as en los que se aplican sistemas de puntos y recompensas a una serie de conductas que se producen en el día a día. En el sistema de puntos se establece un contrato con el niño o niña en el que se establecen objetivos con el fin de modificar cierta conducta como el programa de fichas y los contratos conductuales.

De esta manera si el infante consigue los objetivos establecidos a lo largo del día, ganará determinados puntos; que después de determinado tiempo podrá canjear los puntos por privilegios u otros premios previamente acordados con los padres/madres o con los profesores/as en el contrato; si el/la menor no obedece o no realiza una conducta que se espera, entonces no gana puntos. La idea es que los padres/madres se fijen más cuando el menor lo hace bien, y menos cuando lo hace mal. De este modo el menor aprende que recibe más atención por conductas positivas y que las acciones negativas tienden a ser ignoradas, por tanto, intentará hacer más comportamientos positivos. De esta forma, el comportamiento del niño/a y/o alumno/a se va conformando en función de las consecuencias que le siguen (Soutullo y Díez, 2007; López, Romero, *et. al.*, 2014).

- *Enfoque cognitivo*

La intervención derivada de esta corriente se encuentra orientada a la intervención en niños y niñas con TDAH, aunque también puede ser aplicable en algunos aspectos con

los padres. El enfoque cognitivo tiene como objetivo principal enseñar a los/as niños/as con TDAH técnicas de autocontrol y resolución mediante el diálogo interiorizado (Solloa, 2006; Orjales 2007; Marcía, 2012; López, Romero, *et. al.*, 2014) argumenta el uso de esta corriente mediante la teoría de la autorregulación planteada por Barkley en la que se describe un atraso en el desarrollo de la interiorización del diálogo. Las verbalizaciones internas o bien, lo que el niño se dice a sí mismo, acompañan la actividad del niño para que pueda alcanzar un objetivo dado, es decir son instrucciones u órdenes que se da a sí mismo, dirigiendo su actuación. Por ejemplo: «voy a estudiar», «tengo que esperar mi turno», «voy a callarme como quiere el profesor» (Marcía, 2012). Estas dificultades para guiar su conducta por instrucciones internas se deben a la dificultad de autocontrol.

Meichenbaum (1969, como se citó en Orjales, 2007) y Meichenbaum y Goodman (1981 como se citaron en Marcía, 2012), se basaron en los trabajos de Vygostky y Luria sobre el lenguaje en el control de la conducta en los niños pequeños, del cual elaboran un programa de entrenamiento mediacional cognitivo o autoinstruccional con el fin de desarrollar en los niños y niñas hiperactivos/as la verbalización de sus pensamientos. Para que así los infantes adquieran la habilidad para dirigir el curso de su acción, con el objetivo de modificar conductas agresivas, hiperactivas e impulsivas. Para simplificar el procedimiento general que permite modificar las verbalizaciones internas del niño y, en consecuencia, la conducta manifiesta de los y las infantes hiperactivos/as. Orjales (2007) asegura que la base del tratamiento con enfoque cognitivo se basa en el esquema general de autoinstrucciones de Meichenbaum y Goodman el cual aumenta la capacidad de planificación, concentración y razonamiento, mejorando las habilidades sociales y un incremento en el rendimiento académico.

Según Meichenbaum y Goodman (1971 como se citaron en López, Romero, *et. al.*, 2014) las técnicas más usadas son: técnicas para aumentar la autorregulación, administración de autorrecompensas y autoinstrucciones.

Otra manera de intervención cognitiva es la atribucional, en la cual los niños y niñas medicados con TDAH suelen atribuir los éxitos o fracasos al medicamento. Esta intervención consiste en que el terapeuta acompañe al menor mediante un diálogo estructurado a realizar especificación de las atribuciones de sus éxitos y fracasos. A lo

largo del tratamiento, el infante irá aprendiendo la importancia que tiene el atribuirles los éxitos y fracasos a factores controlables mediante el uso de estrategias de autocontrol (Solloa, 2006).

En padres y madres de hijos con TDAH esta corriente puede ayudar en el aprendizaje de ciertas habilidades cognitivas como: la reestructuración cognitiva, autoinstrucciones de afrontamiento a la ansiedad. Con el fin de reconocer la importancia de los pensamientos en las emociones sentidas ante el comportamiento de los/as hijos/as. Ayudándoles a adquirir confianza y una nueva perspectiva de la situación con un estado de ánimo más positivo para afrontar los problemas a raíz del trastorno de su hijo/a (Solloa, 2006; Marcía, 2012).

- *Enfoque cognitivo-conductual*

Este enfoque es la unión de técnicas de los dos enfoques anteriores ya que presentaban características en comunes según lo describió Meichenbaum (como se citó en Orjales, 2007). En España, Calderón (2001 como se citó en López, Romero, *et. al.*, 2014) implementó un programa cognitivo-conductual en niños/as con TDAH; los resultados mostraron una disminución en las conductas relacionadas con el trastorno, un descenso en los problemas de comportamiento y una disminución en la escala de problemas escolares; es importante señalar que los cambios se mantuvieron durante la fase de seguimiento.

El procedimiento de estas terapias incluye tres fases (López-Soler, 2005 como se citó en López, Romero, *et. al.*, 2014). En la primera parte de modificación de conducta se utilizan técnicas como: el reforzamiento diferencial de tasas bajas, la extinción, el coste de respuesta, el tiempo fuera y la restitución, o se pueden poner en marcha programas como: la economía de fichas y los contratos de contingencias. En segundo lugar se encuentra la intervención propiamente cognitiva, en la que aparecen las técnicas de autoinstrucciones principalmente. Y finalmente en la tercera parte, se lleva a cabo la intervención que actúa a un nivel físico sobre el menor como: ejercicios de psicomotricidad y de relajación, favoreciendo en la disminución en los niveles de tensión de las respuestas que estos niños y niñas dan ante demandas ambientales.

Es importante mencionar que, al elaborar el plan de intervención, considerar la motivación del menor con TDAH, procurando que las sesiones de trabajo sean lo más atractivas, lo más variadas posible y con un lenguaje comprensible, todo de acuerdo a su edad.

Las estrategias comúnmente ocupadas son:

- Autoobservación y autoevaluación: Sipos (2009, como se citó en Marcia, 2012) propone iniciar la intervención con este tipo de estrategias para implicar de forma activa al niño en la evaluación de su conducta para tomar conciencia de su comportamiento, de sus limitaciones, dificultades y capacidades. Esto se puede llevar a cabo mediante la elaboración de listas con cosas que le resulta sencillo realizar y que considera que hace bien y cosas que le resulta difícil hacer bien, para que el infante se vale a partir de esa información y pueda buscar posibles soluciones.
- Entrenamiento en autoinstrucciones: tiene como objetivo modificar el comportamiento, mediante el cambio de las verbalizaciones internas (o pensamientos) que el niño utiliza cuando realiza cualquier tarea, para aumentar el nivel de autocontrol de su comportamiento (Marcía, 2012; López, Romero, *et. al.*, 2014; (Solloa, 2006).
- Entrenamiento en identificación de sentimientos. Es importante que los niños aprendan a reconocer y manejar sus emociones. Existen varias estrategias que utilizan técnicas de relajación y autocontrol emocional para entrenar al niño a enfrentarse de un modo adaptativo a la ansiedad, a la ira o a la tristeza. Sin embargo, las más utilizadas con los niños y niñas es la técnica de la tortuga (López, Romero, *et. al.*, 2014); es una técnica de autocontrol de la conducta impulsiva para que el infante con TDAH aprenda a expresar y canalizar sus emociones “utilizando la analogía de la tortuga cuando se repliega dentro del caparazón cuando se siente amenazada; señalando al niño replegarse (contenerse y relajarse) dentro del imaginario caparazón” (Marcia, 2007, p. 165).
- Entrenamiento en solución de problemas: son un grupo de técnicas destinadas a proporcionar a los sujetos ciertas habilidades que les permitan

aumentar la probabilidad de resolver eficazmente las diversas situaciones problemáticas en las que se pueden encontrar diariamente (López, Romero, *et. al.*, 2014). El entrenamiento se lleva a cabo combinando las técnicas de modelado, ensayo de conducta y esfuerzo positivo, siguiendo la metodología de aprendizaje estructurado de Golsdtein (1973 como se citó en Marcia, 2007). Con el fin de que las y los menores con TDAH aprendan a reconocer y resolver problemas.

- Entrenamiento en habilidades sociales: el objetivo del entrenamiento en habilidades sociales es aumentar la competencia del niño o del joven para responder adecuadamente a situaciones interpersonales específicas. Los componentes básicos de este entrenamiento, según Caballo (2002 como se citó en Marcia, 2007) son: las instrucciones proporcionadas por el psicólogo, el modelado, el ensayo de conducta, la retroalimentación, el reforzamiento social y la práctica en vivo o tareas para casa.

- *Psicoeducación*

Desde el enfoque psicoeducativo, la intervención se debe adecuar a cada uno de los distintos contextos o ambientes en los que se desenvuelve el/la niño/a, al igual que se deben implicar aquellas personas que interactúan mayormente con el infante, sobre todo tutores y docentes. Esta perspectiva tiene como objetivo enseñar a los tutores y al menor en qué consiste el TDAH, qué se puede hacer para mejorar su sintomatología, y sus repercusiones positivas del tratamiento (López, Romero, *et. al.*, 2014). De acuerdo con su particularidad en la intervención para cada uno de los sujetos implicados. A continuación, se describirán las diferentes intervenciones:

- Psicoeducación con padres

La psicoeducación empieza desde que los padres madres y tutores reciben el diagnóstico de su hijo o hija ya que es fundamental para que puedan identificar los síntomas como parte de la enfermedad y no, como parte del niño o culpa de ellos. Si los padres entienden qué es el TDAH aumentan las posibilidades de adherencia al tratamiento (Soutullo y Díez,

2007). Este tipo de intervención puede ser en modalidad individual o grupal. En la modalidad individual se establecen sesiones específicas y se les guía en el caso de su hijo/a. En cambio, en la modalidad grupal sobre todo se lleva a cabo en asociaciones en la que los padres, madre o tutores de niños y niñas con TDAH se facilita información acerca del TDAH como: del tratamiento y de los efectos secundarios, comparten las dificultades que presentan sus familias, recomendarse profesionales, etc. Este tipo de sesiones tiene la ventaja de entenderse, apoyarse entre sí y aprender de los demás (Soutullo y Díez, 2007; López, Romero, *et. al.*, 2014).

La psicoeducación además de otorgar conocimientos sobre el trastorno, también se realizan actividades dirigidas a tutores, tales como charlas educativas, talleres, seminarios, con el fin de entrenar a las figuras parentales para el manejo de la disciplina y de las situaciones conflictivas, adiestrándolos en el manejo de las conductas derivadas de la sintomatología nuclear, sobre todo en técnicas cognitivo-conductuales para potenciar los mecanismos de autorregulación (Aires, Herrero, Padilla y Rubio, 2015).

Otras de las orientaciones desde la psicoeducación se basan en preparar a las figuras parentales con estrategias de: comunicación, expresión de los afectos y que los padres logren establecer normas claras y asegurar su cumplimiento, llegando a acuerdos de actuación conjunta, implicando a todos los miembros de la unidad familiar, de lo contrario afecta el clima familiar (Soutullo y Díez, 2007; Marcia, 2012; López, Romero, *et. al.*, 2014).

2.7.3 Tratamiento multimodal

Existen gran variedad de programas de intervención en los que se atienden a cada una de las áreas en donde se desenvuelve el infante; por lo general este tipo de programas ya se encuentran previamente diseñados e integran diferentes perspectivas, a este tipo de intervención se le denomina tratamiento Multimodal, ya que interviene desde distintos ámbitos con los menores TDAH, sus figuras parentales y sus profesores/as. Y como ya se ha mencionado, este tratamiento es altamente aconsejable en niños, niñas y adolescentes que padecen TDAH debido a la amplia repercusión y la complejidad de este trastorno y de su manejo (López, Romero, *et. al.*, 2014).

Un estudio realizado por “The MTA Cooperative Group” (1999 como se citó en Marcia, 2012) impulsado por el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos (NIMH), en el cual evaluaron la eficacia del tratamiento multimodal en 579 niñas y niños con TDAH combinado, de edades entre los 7 y los 10 años. El tratamiento multimodal consistió en:

- a) Tratamiento farmacológico. Metilfenidato de liberación inmediata (tres tomas diarias) aplicado por los equipos de investigadores.
- b) Tratamiento conductual. Incluye el entrenamiento dirigido a las figuras parentales siguiendo el programa de Barkley (1987), intervención conductual con los niños y niñas con TDAH (programa de tratamiento de verano de Pelham y Hoza, 1996), además de la intervención en la escuela con los niños, niñas y docentes.

Los resultados evidenciaron de forma empírica una mayor eficacia del tratamiento farmacológico frente al tratamiento conductual para los síntomas nucleares del TDAH. Este estudio también afianzó la idea de la necesidad de un tratamiento integral y multidisciplinar que incluya medidas psicológicas, educacionales y sociales, fundamentalmente con niños y niñas que presentan trastornos comórbidos, ayudando en la prevención futuras complicaciones.

Parece claro que los mejores resultados se obtienen mediante multintervenciones multicomponentes. Sin embargo, este tipo de intervenciones suelen ser muy costosas por lo que incluyen varios expertos implicados, además de que exige que los padres, madres, tutores, docentes y el mismo niño o niña con TDAH se encuentren profundamente involucrados en el tratamiento (López, Romero, *et. al.*, 2014).

3. Trastorno Negativista Desafiante

3.1 Estadística en México

El Trastorno Negativista Desafiante (TND) o también conocido como Trastorno Opositorista Desafiante forma parte de los *Trastornos de Conducta Impulsiva*. Varios autores refieren que este tipo de trastornos son muy frecuentes y graves en nuestra sociedad actual y suelen provocar desajustes familiares y problemas escolares de importante relevancia. El Trastorno Negativista Desafiante (TND) suele aparecer desde los 3 años, aunque suele iniciarse a los 8 años, de edad, antes de la adolescencia y tiene una prevalencia de entre 2 y 16% en una población general de niños, niñas y adolescentes; es decir, este trastorno afecta aproximadamente de 2 a 16 niñas, niños y adolescentes de cada 100 (Vásquez, Feria, Palacios y de la Peña, 2010; Pedreira-Massa, 2011; Rabadán y Giménez, 2012; López-Villalobos, Andrés-De Llano, Rodríguez-Molineroc, Garrido-Redondoc, Sacristán-Martínd, Martínez-Riverac, Alberola-López y Sánchez-Azóne, 2013; Martínez, Fernández, Lemus, Antonio y Ramírez, 2014; López, Romero *et. al.*, 2014; Morales, Félix, Rosas, López y Nieto, 2015).

Como se puede observar el rango de aparición del TND es muy amplio esto es común en trastornos infantiles; se ha comprobado en varios estudios realizados que esto ocurre como consecuencia de la influencia de: la determinación de la muestra, la estrategia clínica y/o psicométrica, el punto de corte utilizado en las escalas, el informante o número de informantes, la edad, la fuente de información, el criterio diagnóstico y la inclusión de deterioro en la definición (López-Villalobos, Andrés-De Llano, Rodríguez-Molineroc, Garrido-Redondoc, Sacristán-Martínd, Martínez-Riverac, Alberola-López y Sánchez-Azóne, 2013; Váscenez, 2019).

En el caso de la población clínica pediátrica en España se encontraron resultados de una prevalencia de 18.5% del Trastorno Negativista Desafiante (TND) en niños y niñas de 6 a 12 años. La prevalencia en niños arrojaba cifras del 19.8% y el 15.7% para las niñas (López-Soler, Castro, Alcántara, Fernández y López, 2009 en Emberley y Pelegrina, 2011; Martínez, Fernández, Lemus, Antonio y Ramírez, 2014).

Lahey y colaboradores (1999, como se citó en Emberley y Pelegrina, 2011) describen que los datos con relación al sexo suelen mostrar datos bastante inconsistentes y muy dispersos en diferentes estudios. En un estudio longitudinal realizado por Lewinson y colaboradores (1993, como se citó en en Emberley y Pelegrina, 2011) en su primer análisis mostro diferencias en la prevalencia del factor sexo, pero las diferencias desaparecen cuando se realiza una segunda evaluación un año más tarde.

En México mediante los resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica se dio a conocer que los *Trastornos Conductuales* están incluidos en el listado de los más frecuentes entre los trastornos individuales que los y las mexicanas padecen a lo largo de su vida, en donde el Trastorno Opositor Desafiante (o TND) se caracteriza por aparecer a los 8 años, de edad (Medina-Mora, Borges, Lara, *et. al.*, 2003). Mientras que Medina-Moray, *et. al.* (2003, como se citó en Morales, Félix, Rosas, López y Nieto, 2015) afirma que aproximadamente 6.1% de la población ha ha presentado problemas conductuales al menos una vez en su vida y que aproximadamente el 1.5% de niñas, niños y adolescentes la padece.

Gómez (2003, como se citó en Martínez, Fernández, Lemus, Antonio y Ramírez, 2014) da a conocer en su estudio epidemiológico que durante el periodo 2003-2007 fueron recibidos 589 niños, niñas y adolescentes con Trastorno Negativista Desafiante que equivale al 2.99% en las instalaciones del Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro, ubicado en la Ciudad de México.

En México no se han llevado a cabo estudios suficientes para determinar la prevalencia exacta de este padecimiento en edad pediátrica nacional; sería importante conocerlo debido a los altos índices delictivos y a otros factores de riesgo que imperan en la población de nuestro país.

3.2 Conceptualización

Originalmente el Trastorno Negativista Desafiante era conocido como un tipo de personalidad pasivo-agresiva y se les diagnosticaba como *Trastorno de Personalidad*, a

infantes, adolescentes e incluso adultos. En la actualidad se distinguen dos trastornos dependiendo de la edad del sujeto; los niños y niñas al no poder ser diagnosticados con un *Trastorno de Personalidad*, se les diferencia de los adultos por un negativismo desafiante, el cual es considerado como un trastorno típico de la niñez (Laviertes, 2003 en Solloa, 2006).

El TND es considerado un trastorno desde 1984 por el APA (Asociación Americana de Psicología) en la versión tercera revisión del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-III), el cual se introdujo en el apartado de los trastornos mentales del comportamiento de la infancia y la adolescencia (Solloa, 2006; Pedreira-Massa, 2011). Sucesivamente el DSM-IV lo clasificó, en el apartado de los trastornos por Déficit de Atención y comportamiento perturbador y se refiere a él como Trastorno Negativista Desafiante (Solloa, 2006). En la actualidad el DSM-V lo reclasifica como Trastorno Disruptivo del Control de Impulsos y de la Conducta conservando el nombre de TND (APA, 2013).

El inicio de este trastorno suele ser gradual y mantenerse durante meses o años. Principalmente aparecen en el contexto familiar, aunque con el paso del tiempo podrían aparecer en otros ambientes. En la mayoría de casos, especialmente si no es atendido, suele evolucionar hacia *Trastornos Disociales* o incluirse en *Trastornos de Personalidades Disociales* (Pedreira-Massa, 2011; Lopez, Romero *et. al.*, 2014; Morales, Félix, Rosas, López y Nieto, 2015). Las principales características o síntomas que componen al Trastorno Negativista Desafiante son: negativismo, desafiar, desobediencia y hostilidad dirigida a las figuras de autoridad. Estas características se presentan en diferentes grados y debe manifestarse de forma más o menos continua (Ortiz, Giraldo y Palacio, 2008; De la Peña-Olvera y Palacios-Cruz, 2011).

A diferencia del Manual la OMS en la CIE 10 (Clasificación Internacional de Enfermedades), considera al TND como un subtipo de *Trastorno Disocial*, exigiendo que además de sus características distintivas, cumplan con criterios del *Trastorno Disocial* (Muñoz, 1995; López, Romero *et. al.*, 2014).

Es preciso señalar que clínicamente se pueden diferenciar dos tipos de negativismo: el pasivo y el activo; en el primero, el comportamiento del niño y niñas se caracteriza por lo que se ha llamado “la huelga de brazos caídos”; es decir, que los menores no realizan las órdenes o peticiones dadas por alguna autoridad, pero sin llevar a cabo conductas hostiles u opositoras. Estos niños y niñas nunca se enfrentarán directamente con un «no lo hago» sino que sólo dirán que sí a todo, pero sin llevarlo a cabo. Por otro lado, los infantes con un negativismo activo se resistirán en forma abierta a realizar las peticiones de otros, mostrando actitud constante de enojo y resentimiento y desplegando conductas francamente hostiles y agresivas (Solloa, 2006). Hay que señalar que las conductas de los menores que padecen este trastorno no presentarán transgresiones de los derechos de otros ni de las normas sociales, de ser así sería diagnosticado con *Trastorno Disocial*, es decir el TOD es una forma más moderada que el *Trastorno Disocial* (López, Romero *et. al.*, 2014; Morales, Félix, Rosas, López y Nieto, 2015).

Los niños y niñas con TOD presentan con frecuencia los siguientes comportamientos: terquedad, discuten frecuentemente, enfados explosivos, berrinches, discutir con adultos, desafiarlos activamente o rehusarse a cumplir sus demandas, molestar deliberadamente a otras personas, acusar a otros de sus errores o mal comportamiento, son muy sensibles a los comentarios ajenos mostrándose enojados y resentidos, rencorosos y vengativos. A menudo se halla en oposición directa a las normas, valores, escuela, comunidad, cultura o sociedad. (APA, 2014; De la Peña-Olvera y Palacios-Cruz, 2011; López y Romero, 2014). A grandes rasgos se trata de una conducta antagonista, poco amistosa, asocial, hostil y agresiva.

Si bien, el TND tiene una relevancia clínica importante, son relativamente pocos los conocimientos que se tienen sobre él, posiblemente debido a la falsa creencia de considerar a este trastorno como una variante o una manifestación de normalidad infantil (Vásquez, Fera, Palacios y de la Peña, 2010; Palacios-Cruz, 2011; López, Romero *et. al.*, 2014).

Al infante que padece el Trastorno Negativista Desafiante frecuente es descrito como: «niños agresivos», «niños actinosos», «niños con problemas de conducta», «niños opositoras», etc. Estos adjetivos utilizados por la sociedad suelen ser comunes en la

actualidad llegando a perder de vista el trasfondo patológico. Sin embargo, es verdad que estas manifestaciones no siempre son signo de un *Trastorno de Conducta*.

Lavietes (2003 como se citó en Solloa, 2006) señala que el oposicionismo o negativismo es normal en ciertas etapas del desarrollo, ya que es necesario para asumir una individualidad y poder establecer normas de controles internos; es decir, el oposicionismo sano de una etapa sirve para adquirir autonomía por sí mismo. Solloa (2006) describe tres fases en las que aparece el negativismo (oposicionismo) de forma natural:

- La primera etapa en la cual aparece el oposicionismo va de los 10 a 11 meses de edad, esta etapa se caracteriza por su peculiar nombre «batalla de la cuchara», llamado así porque en esta edad los niños y niñas desean alimentarse por sí mismos.
- La siguiente fase ocurre entre los 18 y 30 meses de edad, esta se caracteriza por ser la más prolongada. En esta fase el negativismo es una expresión de la independencia y autonomía que se desarrolla. El infante hace visible su autonomía durante el entrenamiento de control de esfínteres, siendo la primera experiencia educativa que vive.
- La adolescencia es la tercera fase en la que las conductas rebeldes y oposicionistas son normales. Para Erikson (1963 como se citó en Solloa, 2006) el problema clave, es la capacidad del yo de mantener la continuidad y la mismidad frente a un destino cambiante. Mientras que Aberastury y Knoble (1994 como se citó en Solloa, 2006) señalan que esta etapa es difícil delimitar lo normal y lo patológico, ya que el adolescente en su búsqueda de identidad debe separarse y para ello necesita probar, representar, rechazar y negar lo que antes le era propio, especialmente las cualidades y virtudes que apreciaba en sus padres.

Por lo tanto, si el negativismo va de acuerdo a la búsqueda de autonomía, independencia y en caso de los adolescentes la búsqueda de identidad este oposicionismo o negativismo es un proceso natural, la patología comienza cuando estas fases se prolongan o cuando el medio reacciona excesivamente a la oposición del niño, niña o adolescente, convirtiéndose en parte del carácter y persiste aún después de que su función adaptativa ha terminado.

3.3 Teorías del Trastorno Negativista Desafiante

Las teorías que se han realizado sobre TND se encaminan al tema de agresividad, ya que como se ha mencionado el TND es conformado por un patrón recurrente de conductas negativas, desafiantes, desobedientes y hostiles contra las figuras de autoridad, caracterizada por ser poco amistosa, asociales, y agresivas. Solloa (2006) propone dos perspectivas, las cuales sustentan teorías que explican este trastorno.

3.3.1 Teoría cognitiva

Los teóricos cognositivistas postulan que los síntomas del TND se deben a deficiencias cognitivas que implican una actividad cognitiva insuficiente o que son consecuencia de distorsiones erróneas de los hechos. Como ya se había explicado en el apartado de Depresión, las distorsiones o errores cognitivos se encuentran almacenados en la memoria, formando esquemas cognitivos (representaciones del conocimiento y la experiencia) que actúan como filtros que perciben, interpretan y recuerdan la realidad.

- Distorsiones cognitivas

En el área de la interacción social (percepción social-cognitiva) las investigaciones en cuanto a las distorsiones cognitivas señalan que los niños y niñas agresivos perciben e interpretan los eventos del medio de manera diferente que aquellos que no son agresivos y que atienden a un mayor número de señales cuando interpretan el significado de la conducta de los otros.

Solloa (2006) retoma a Doge y Newman (1981) y a Doge y Frame (1982) los cuales afirman que los menores agresivos son peculiarmente hipervigilantes lo que les hace atender señales inmediatas, especialmente aquellas que se caracterizan por ser hostiles, no se toman el tiempo para planificar o hacer inferencias más profundas sobre la conducta de los demás, lo que los lleva a pensar que los demás tienen la intención de molestarlos; sobrepercibiendo la agresión de los otros, además de subestimar su propia agresividad.

En un estudio realizado por Slaby y Guerra (1988 como se citó en Solloa, 2006) hallaron que los niños, niñas y adolescentes agresivos piensan que la agresión es legítima, que

aumenta su autoestima y que ayuda a evitar una imagen negativa, además estos idealizaban que las víctimas se merecen la agresión y que no sufren. En cuanto a las diferencias de las distorsiones entre ambos sexos, encontraron que los varones mostraban una mayor inclinación a tener estas creencias a cerca de la agresión, mientras que las mujeres afirmaban que la conducta del otro era hostil, lo que las llevaba a suponer que la víctima se merecía ser castigado.

En otro estudio realizado por Lochman en el año 1987 (como se citó en Solloa 2006) demostró que los infantes agresivos tienden a atribuirle la responsabilidad de un conflicto a otro, de este modo justifica su acción. Ocurre lo contrario con infantes no agresivos, los cuales tienden a asumir la responsabilidad del conflicto y/o autoculparse.

En cuanto a las distorsiones cognitivas relacionadas con la activación interna y reacciones emocionales, Solloa (2006) menciona la investigación de Garison y Stolber (1983), los cuales describieron que los menores agresivos muestran muchas dificultades al momento de reconocer y nombrar sus sentimientos, frecuentemente sobregeneralizan y tienden confundir el enojo con otros sentimientos, generalmente la tristeza suelen confundirla con la emoción de enojo. Por tanto, esta dificultad supone una pobre capacidad para empatizar. La capacidad para sentir empatía inhibe la tendencia a agredir a los demás o de involucrarse en actos antisociales (López, Romero *et. al.*, 2014).

- Deficiencias cognitivas

Los niños y niñas agresivos/as se caracterizan por manifestar deficiencias importantes en sus habilidades para solucionar problemas, al igual que los menores que padecen TDAH.

En investigaciones realizadas por Kedall y Fischer (1984 como se citó en Solloa, 2006) señala que los niñas y niños agresivos generan un menor número de soluciones y que éstas son deficientes en calidad y contenido. Además de que estas soluciones se basan en conductas directas y no en estrategias verbales, esto los llevó a pensar que tienden a actuar por impulso, sin reflexionar sobre el contexto o en las consecuencias de su conducta y no buscan respuestas alternativas, de ahí la característica impulsiva y actinosa de estos infantes.

3.3.2 *Teoría psicodinámica*

Esta teoría justifica que la agresividad e impulsividad de los infantes con este trastorno es un reflejo de una tendencia oculta en los padres. Sperling (1993 como se citó en Solloa, 2006) explica que los padres y madres por intermedio de la identificación con su hijo/a, sutilmente transmite su temor o su disponibilidad a tolerar la fuerza de sus propios impulsos; es decir, los padres y madres pueden intervenir en las actividades, conductas y actitudes de sus hijos/as, comúnmente no les permiten expresarse abiertamente y de manera inconsciente actúan por intermedio de sus hijos. De esta manera, cuando la madre no tiene la capacidad para controlar sus propios impulsos, mucho menos podrá lograr que su hijo logre controlarse. Este tipo de conducta se puede reconocer en los padres por la indebida aspereza con la que reprimen las manifestaciones impulsivas de sus hijos, ya que estas representan una amenaza para ellos; en otras palabras, se puede decir que el adulto tiene miedo de que el acto de la niña/o pueda provocar un desencadenamiento de sus propios impulsos reprimidos, de acuerdo con el grado de pánico que despierta en ellos, es la fuerza de sus propios impulsos.

Esta teoría también ha logrado identificar que la debilidad del yo por parte de los padres interviene en el TND, en este caso suelen presentarse cuando existe una incoherencia de la severidad y la indebida permisividad de la educación, ya que para los infantes la permisividad excesiva y la falta de límites de su padre, madre o ambos es interpretada por su hijo como un indicio de debilidad y de falta de interés por él; y no como un signo de amor o respeto por sus derechos democráticos. La verdadera disciplina necesita de una identificación positiva con la persona que educa, la cual se encarga de restringir, necesaria para ayudar a que el niño o niña logre su autorregulación.

Otro factor destacado, diferente al anterior, se presenta cuando los padres tienen un conflicto emocional muy arraigado y lo proyectan en sus hijos/as sin advertirlo, generalmente estos padres suelen ser muy exitosos en el ámbito laboral, pero en su función paternal no tanto. En estos casos, los hijos e hijas se adecuan al “inconsciente” de los padres y madres, reaccionando ante ellos y no ante las actitudes conscientes. Todos los padres y madres tienden a proyectar algo sobre los hijos e hijas: sus

necesidades, deseos, carencias, frustraciones y aspectos inaceptables de su propia personalidad. Sin embargo, esta carga suele ser más pesada cuando es un solo hijo el que la lleva, probablemente este comience a manifestar síntomas hostiles y negativistas.

Otras teorías descritas por López, Romero y colaboradores (2014) se encuentran orientadas a factores individuales como es el caso de la personalidad.

3.3.3 Teoría de la personalidad de Eysenck

López, Romero *et. al.* (2014) explican que la investigación sobre esta teoría posee una gran importancia en la comprensión de la conducta antisocial y delictiva. La teoría de Eysenck (1964 y 1987 como se citó en López, Romero *et. al.*, 2014) propone que la personalidad puede describirse con base a tres dimensiones básicas, configuradas por diversos rasgos de personalidad:

- Extraversión: caracteriza al individuo por tener rasgos de sociabilidad, vitalidad, actividad, dogmatismo, búsqueda de sensaciones, despreocupación, dominancia, surgencia y aventura.
- Neuroticismo: es caracterizada por rasgos como ansiedad, sentimientos de culpa, baja autoestima, tensión, irracionalidad, timidez, tristeza y emotividad.
- Psicoticismo: presentan rasgos como la agresividad, la frialdad, el egocentrismo, la impulsividad, la baja sociabilidad, la baja empatía, la creatividad, la inmovilidad y la dureza.

Eysenck (1996 como se citó en López, Romero *et. al.*, 2014) consideró que la dimensión de psicoticismo se encuentra estrechamente relacionada con la delincuencia, mientras que la extraversión y el neuroticismo se relacionan con la psicopatía secundaria. Este autor ha señalado que las dimensiones y las conductas varían dependiendo del género, del tipo de muestra y de la edad.

Pérez en 1986 (como se citó en López, Romero *et. al.*, 2014) realizó una revisión sobre una gran cantidad de trabajos llevados a cabo hasta entonces para comprobar la teoría de Eysenck sobre la criminalidad, en la cual los organizó en tres grandes bloques, dependiendo de la metodología utilizada:

1. Estudios que evalúan las tres variables en población reclusa y grupos control.
2. Los que evalúan sólo a población reclusa.
3. Los que evalúan población normal únicamente.

En estos tres bloques Pérez encontró diferentes relaciones en las tres variables de personalidad y la conducta antisocial. La conclusión a la que llegó fue que en prácticamente todos los estudios analizados por él la variable psicoticismo está claramente relacionada con la conducta antisocial o bien, conducta delictiva. Y que la variable extraversión no parece discriminar entre los grupos control y delincuentes encarcelados, aunque conforme mejora la metodología aumenta la relación positiva de esta variable con la conducta antisocial, ya que al ser compuesta principalmente por rasgos de impulsividad y sociabilidad estos suelen correlacionarse con la conducta antisocial, Pérez lo constató en varios trabajos revisados.

Cabe señalar que la impulsividad, como rasgo de personalidad, implica una predisposición a responder de forma rápida y espontánea, considerada un factor temperamental de fuerte sustrato biológico (Cattell, 1972; Eysenck, 1997; Zukerman, 1983 como se citó en López, Romero *et. al.*, 2014). Finalmente, concluyó que la variable neuroticismo, al contrario que la extraversión, al mejorar la metodología y sobre todo en muestras no carcelarias, pierde su relación con la conducta antisocial.

3.3.4 Modelo evolutivo de personalidad de Millon

Este modelo evolutivo de la personalidad es desarrollado por Theodor Millon (1969, 1990 como se citó en López, Romero *et. al.*, 2014), se sustenta en una perspectiva teórica y empírica integradora e innovadora, la cual está dirigida a comprender la adolescencia en múltiples dimensiones, a través del Inventario Clínico para Adolescentes.

El objetivo principal de esta investigación fue identificar y describir perfiles de personalidad en un grupo de adolescentes varones que presentan conductas delictivas en varias ocasiones. Además, realizaron una discusión y reflexión sobre variables de personalidad como riesgo para avanzar en la escalada de desadaptación social. Al final de la investigación lograron identificar cinco perfiles de personalidad:

- Personalidad transgresor-disruptivo: este tipo de personalidad conforma el 33.7% de la muestra de adolescentes reincidentes en comportamientos delictivos en la investigación. Se caracterizan por afrontar la vida presentando indiferencia social, sin preocupación por los resultados de sus acciones en otros (McCann, 1997 como se citó en López, Romero *et. al.*, 2014). Este tipo de personalidad puede afianzarse en un trastorno de personalidad antisocial expresada en manipulación y seducción, en busca de la satisfacción de sus propios intereses o deseos, y a la búsqueda de excesivas expresiones de afecto y aprobación; también suele ser expresado en una segunda forma más pasiva narcisista, concentrada en la consecución de sus propios objetivos; este tipo de personalidad en adolescentes suele ser menos visualizada en los grupos (Millon y Davis, 1998 como se citó en López, Romero *et. al.*, 2014).
- Personalidad opositorista-autodestructivo: este tipo de personalidad se presenta en un 18.6% de la muestra, caracterizada por un patrón errático de ira explosiva, terquedad, culpa, vergüenza y una gran inestabilidad emocional, probablemente ligada a experiencias de naturaleza traumática durante su infancia como: abuso sexual o maltrato físico. El grupo con esta categoría presentaba sintomatología clínica, desorden emocional, conducta impredecible y de una jerarquía de mayor peligro en sus delitos. La exteriorización de la personalidad en estos adolescentes puede mostrar dos maneras: en la primera domina un funcionamiento más impulsivo y activo, goza el ejercer poder y control sobre otros, se observa desorganización emocional significativa, un elevado consumo de drogas y riesgo de conducta suicida. En la segunda forma de exteriorización presentan diferentes estilos de enfrentamiento pasivo, de afecto depresivo y escasa autoestima, con un elevado riesgo de tener conductas autodestructivas orientadas a la consecución de castigo o sanción externa, es decir presentan un patrón sádico-masoquista.
- Personalidad inhibidos-evitativos: este grupo simboliza el 14% de los adolescentes, estos se caracterizan por ser más pasivos y alejados de su realidad, se recluyen de inmediato en su vida o evitan implicarse en vivencias agradables de interacción social o afectiva; por ende, suelen presentar síndromes clínicos de carácter depresivo. La exteriorización de este tipo de personalidad se hace por

medio de una postura indiferente-evitativa o bien depresivo-ansiosa, observando en ellos desánimo y el abatimiento hacia el ambiente que les rodea. Este estilo puede presentarse en afecto depresivo, elevada exigencia consigo mismos, nula autoestima, preocupación por su cuerpo y apariencia personal. Los adolescentes con este perfil no buscarán problemas sociales. Sin embargo, se halla en entornos que muestran oportunidades, su estilo de afrontamiento de disminuido compromiso emocional y social posibilitará conductas muy arriesgadas y sin fronteras.

- Personalidad dependiente-ansioso: los adolescentes con este tipo de personalidad presentan un estilo inseguro y pueden experimentar sus conductas delictivas de manera muy ansiosa y con bastante preocupación. Suelen manifestar deplorable autoestima y sentimientos de incapacidad e ineficacia. En algunos casos el comportamiento sexual emergente puede causar un conflicto, incrementando el ansia de ser aceptado potencializando conductas de abuso sexual, aunque se necesitan más estudios para explorar esta conjetura (Mattingly, 2000 como se citó en López, Romero *et. al.*, 2014).
- Personalidad subclínica: esta muestra de adolescentes suele tener una actuación ajustada y normal, basan los motivos de su conducta delictiva en ocasiones y circunstancias de supervivencia de su contexto social; es decir sus motivos de las conductas delictivas suelen ser la necesidad de adaptarse a su medio en el que se desempeñan.

Estos dos últimos perfiles podrían formar parte de la subcultura delincuente, ya que son de estilo socializado o de funcionamiento en bandas descrito por otros autores en distintas investigaciones, en donde las variables de tipo familiar y de interacción con los iguales aumentan el riesgo de comenzar o mantenerse en la progresión delictiva (Farrington, 1986; Quay, 1986a como se citó en López, Romero *et. al.*, 2014).

Como ya se ha mencionado en repetidas ocasiones la investigación sobre el TDN es muy escasa, no existe una teoría dedicada específicamente al TND. Sin embargo, la información acerca de este trastorno se ha logrado sostener a partir de teorías que buscan diferentes explicaciones sobre el origen de conductas antisociales, agresivas o

delictivas ya que este trastorno se encuentra en la categoría de *Trastornos Disruptivos del control de los impulsos y de la conducta*, además de que este trastorno suele evolucionar a un Trastorno Disocial, los cuales son caracterizado por conductas que transgreden los derechos de otras personas como: romper reglas, escaparse, consumir drogas, robar, mentir y cometer actos delictivos en grupo.

3.4 Sintomatología y diagnóstico del TND según el DSM-5 y la CIE-10

Ya se ha explicado un poco de la sintomatología que suelen presentar los niños y niñas con Trastorno Negativista Desafiante; en este apartado se presentarán los síntomas especificados por el Manual Diagnóstico y Estadístico en su quinta edición (DSM-5) y por la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima edición (CIE-10).

El DSM-5 nombra a este Trastorno como: Trastorno Negativista Desafiante (su clave es F91.3) y lo sitúa en los *Trastornos de disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta*; los cuales se caracterizan por ser afecciones que se manifiestan con dificultades en el autocontrol del comportamiento y las emociones, reflejados en conductas que violan los derechos de otras personas (agresiones de todo tipo) o llevan al individuo afectado a conflictos importantes ante normas de la sociedad o con las figuras de autoridad (Asociación de Psicología Americana, 2014).

Los criterios diagnósticos que el manual (APA, 2014) presenta son: un patrón de enfado/irritabilidad, discusiones/actitud desafiante o vengativa que debe tener una durabilidad de al menos 6 meses, se manifiesta por lo menos con cuatro síntomas de cualquiera de las categorías siguientes y que el individuo exhibe durante la interacción a excepción de sus hermano/as, ya que suele ser normal la interacción de este tipo entre familiares. Cabe destacar que los síntomas del trastorno son típicamente más evidentes en las interacciones con adultos o compañeros a los que el individuo conoce bien, pueden no ser evidentes durante la evaluación clínica.

Enfado/irritabilidad

1. A menudo pierde la calma.
2. Frecuentemente se encuentra susceptible o se molesta con facilidad.
3. Con frecuencia se encuentra enfadado y resentido.

Discusiones/actitud desafiante

4. Frecuentemente discute con la autoridad o en el caso de niñas, niños y adolescentes con los adultos que lo rodean.
5. A menudo el individuo desafía activamente o rechaza satisfacer la petición dada por parte de alguna figura de autoridad, también suele suceder con las normas.
6. Con frecuencia molesta a los demás deliberadamente.
7. A menudo culpa a los demás por sus errores o su mal comportamiento.

Vengativo

8. Ha sido rencoroso o vengativo por lo menos dos veces en los últimos seis meses.

El DSM-5 (APA, 2014) es muy claro en la frecuencia con la que se perciben los síntomas ya que debemos de recordar que la frecuencia dará la pauta para diferenciar la patología de un comportamiento normal en el desarrollo de la niña, niño y adolescente. Con respecto a esto el manual marca que los niños y niñas menores de cinco años presentan con normalidad el comportamiento, el cual tiene una duración de seis meses, con una frecuencia alta casi todos los días, lo cual es coherente a las etapas en las que el negativismo se presenta con normalidad. Así mismo, se deben tener en cuenta otros factores como el grado de desarrollo del individuo, su sexo y su cultura.

El DSM (APA, 2014) también puntualiza que se debe considerar el malestar en el individuo o en otras personas de su entorno social inmediato (es decir, familia, grupos de amigos, compañeros de trabajo), o tienen un impacto negativo en el área social, educativa, profesional u otras importantes.

Este trastorno al igual que los otros se especifica en el diagnóstico la gravedad del individuo, ofreciendo las siguientes categorías de acuerdo a la presentación de los síntomas anteriormente enlistados:

- Leve: se clasifica como leve si los síntomas se limitan a un entorno.
- Moderado: si algunos síntomas aparecen en dos entornos por lo menos.
- Grave: si algunos síntomas aparecen en tres o más entornos.

Como se puede observar los casos más graves suelen presentar los síntomas en varios entornos, dado que la generalización de los síntomas es indicativa de la gravedad del trastorno, es fundamental que el comportamiento del individuo se evalúe en los diferentes entornos y relaciones.

Por último, el manual señala que las consecuencias radican en un deterioro significativo de la adaptación emocional, social, académica y laboral del individuo, ya que cuando el TND es persistente durante el desarrollo, los individuos que lo padecen presentan conflictos frecuentes con padres, profesores, compañeros y parejas.

Por otra parte, la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima edición (CIE-10) en comparación con el DSM-5 nombra a este trastorno como *Trastorno Disocial Desafiante y Opositor*; el cual se encuentra dentro del apartado *Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia*, en una subcategoría titulada *Trastornos Disociales* (Organización Mundial de la Salud, 1992).

Según la CIE-10 (OMS, 1992) los *Trastornos Disociales* se caracterizan por un comportamiento disocial, agresivo o retador de forma persistente y reiterada. Los casos más graves de este trastorno pueden llegar a violaciones de normas mayores de las que serían aceptables para la edad del individuo y su entorno social. Los tipos de comportamientos en los que se basa el diagnóstico pueden ser: las peleas o intimidaciones excesivas, crueldad hacia animales o personas, destrucciones graves de pertenencias ajenas, incendio, robo, mentiras reiterativas, fugas del hogar y escuela, rabietas frecuentes y graves, y la desobediencia; cualquier detección de este tipo de comportamientos es suficiente para el diagnóstico.

El *Trastorno Disocial Desafiante y Oposicionista* es descrito por la CIE como un tipo de *Trastorno Disocial* el cual normalmente ocurre en niños jóvenes caracterizado por una conducta desafiante, desobediente y por un comportamiento disruptivo de menor peligrosidad ya que no se dan actos de delincuencia o las formas más agresivas del trastorno disocial (OMS, 1992). Para que el TND en este caso el *Trastorno Disocial Desafiante y Oposicionista* se pueda diagnosticar por la CIE debe cumplir con los criterios del *Trastorno Disocial*. Además de que, un comportamiento malicioso o travieso grave no es suficiente para el diagnóstico pues debe haber una alta frecuencia de este tipo de actos. Al igual que el DSM-5 señalan tener precaución con la etapa de desarrollo en la que se encuentra el menor ya que suelen ser comportamientos normales, sobre todo en niños y niñas de mayor edad.

Los criterios diagnósticos que la Clasificación establece para el *Trastorno Disocial Desafiante y Oposicionista* (OMS, 1992) son:

- Se debe cumplir con los criterios generales para el trastorno disocial los cuales se puntúan a continuación.

Hay que precisar que el patrón de conducta repetitivo y persistente que conlleva la violación de los derechos básicos de los demás o de las normas sociales básicas apropiadas a la edad del paciente. En algunos de los síntomas solo es necesario que se presenten una vez para que cumplan con el diagnóstico (OMS, 1992).

1. Frecuentes y graves rabietas para la edad y el desarrollo del niño o niña.
2. Constantes discusiones con los adultos cercanos.
3. Los desafíos suelen ser graves y frecuentes a los requerimientos y órdenes de los adultos.
4. Con mucha frecuencia realiza cosas para molestar a otras personas de forma deliberada.
5. Con frecuencia culpa a otros de sus faltas o de su mala conducta.
6. Se caracteriza por ser quisquilloso y se molesta con facilidad con los demás.
7. Frecuentemente el infante se encuentra enfadado o resentido.
8. Con frecuencia es rencoroso y vengativo.

9. Con bastante frecuencia miente y rompe promesas para la obtención de beneficios y favores o para evadir sus obligaciones.
10. A menudo inicia peleas físicas (no se incluyen las peleas entre hermanos).
11. Ha utilizado algún arma en una situación para causar daños (por ejemplo: botellas rotas, ladrillos, cuchillos, armas de fuego, etc.).
12. Permanece fuera de casa por la noche cuando sabe que está prohibido, esto suele suceder con frecuencia.
13. Muestra crueldad física con otras personas.
14. Muestra crueldad física con animales.
15. Destruye deliberadamente propiedad ajena.
16. Provoca incendios deliberados con el fin de causar daño.
17. Robo de objetos con un valor significativo sin enfrentarse a la víctima, en el hogar o fuera del hogar.
18. Inasistencias en la escuela, las cuales comienzan antes de los 13 años.
19. Abandono de su hogar por lo menos en dos ocasiones o una ocasión durante la noche (con excepción en caso de que el fin sea evitar abusos sexuales o daño físico).
20. Cualquier episodio de un delito violento o que implique enfrentamiento con la víctima.
21. Forzar a una persona a tener actos de tipo sexual.
22. A menudo causa intimidación a otras personas.
23. Haber allanado una morada o un vehículo ajeno.

La CIE (OMS, 1992) plantea subdivisiones con el fin no solo de especificar la gravedad y el pronóstico del trastorno, sino también el tipo de sintomatología ya que este trastorno suele ser muy heterogéneo. La mejor distinción es entre los trastornos socializados y no socializados, los cuales se definen por la presencia o ausencia de amistades duraderas con los compañeros/as. Además de esta categorización, la CIE recomienda describir los casos en términos dimensionales en las puntuaciones que ofrezcan en las tres dimensiones del trastorno:

1. Hiperactividad
 2. Alteración de las emociones como: ansiedad, depresión, síntomas obsesivos, hipocondría.
 3. Gravedad del trastorno del comportamiento:
 - a. Leve: pocos o ningún síntoma disocial.
 - b. Moderado: el número de síntomas disociales y los efectos que producen en los demás son intermedios entre leves y graves.
 - c. Graves: muchos síntomas disociales que causan daño serio a las personas.
- Deben estar presentes cuatro o más síntomas del primer listado de criterios diagnósticos para *Trastorno disocial*, aunque no pueden estar presentes más de dos síntomas del número 9 al 23.
 - Los síntomas del criterio B deben ser mal adaptativos o inadecuados para el nivel de desarrollo del niño o niña.
 - Al menos cuatro de los síntomas deben estar presentes durante seis meses como mínimo, y presentes en más de un contexto en el que se desarrolle el niño o niña.

El manual diagnóstico y la CIE son de gran ayuda en precisar clínicamente describiendo los trastornos de comportamiento, logrando distinguir la patologías relacionadas con la conducta en este caso el Trastorno Negativista Desafiante; ya que procuran situarse por encima de los fundamentos etiológicos del trastorno (las causas de la enfermedad), limitándose a mostrar una serie de comportamientos que se consideran pertinentes a los trastornos de conducta, además de la frecuencia que manifiestan los niños, niñas y adolescentes, logrando así delimitar la enfermedad mental dejando fuera las conductas normales que se presentan en ciertas etapas del desarrollo.

3.5 Causas de Trastorno Negativista Desafiante

De acuerdo con los síntomas que presentan niños, niñas y adolescentes con este trastorno, ha sido difícil diferenciar los factores etiológicos del TND, es decir, no se saben

las causas exactas que lo provocan (Rabadán y Giménez, 2012; López, Romero *et. al.*, 2014; Váscquez, 2019). En esta misma línea Belmonte-Avilés (2004 como se citó en López, Romero *et. al.*, 2014) explica que el origen de los *Trastornos Disociales* es una cuestión que aún está por resolverse. Por tanto, la teoría que cobra más fuerza es la que trata de explicar este problema a través de la interacción de diversos factores; lo que hace posible identificar al menos tres tipos de ellos: los biológicos (causas endógenas), los psicológicos y los sociales (causas exógenas) las cuales se describirán a continuación (De la Peña-Olvera y Palacios-Cruz, 2011; López, Romero *et. al.*, 2014; Vásquez, Feria, Palacios y de la Peña, 2010).

3.5.1 Causas Endógenas

Los factores endógenos se refieren a las causas de origen biológico, siguiendo a Vázquez, Fariña y Seijo (2003a como se citó en López, Romero *et. al.*, 2014) describen que la perspectiva neurofisiobiológica postula que la conducta agresiva posee un fundamento biológico, siendo el comportamiento inadaptado el resultado de la unión entre la conducta agresiva y una serie de hechos biológicos que surgen en el ser humano. Wicks-Nelson e Israel (2000, como se citó en López, Romero *et. al.*, 2014) distinguió el postulado biológico entre influencias genéticas, variables fisiológicas y déficits neuropsicológicos.

3.5.1.1 Factores genéticos

Existe muy poca evidencia genética que respalde el origen del TDN, ya que la interacción con otros factores dificulta afirmar su origen genético (Aires, Herrero, Padilla y Rubio, 2015), López, Romero y otros (2014) advierten que debido a la reducida investigación deben tomarse con mucha precaución.

Rutter y colaboradores (1990 como se citó en López, Romero *et. al.*, 2014) muestran que la influencia genética puede predisponer la aparición de problemas de comportamiento, de la misma forma en que se pueden heredar ciertas características como la constitución

física. La predisposición genética de los problemas de comportamiento en interacción con factores de carácter social y familiar fomentan la aparición de estos problemas.

López, Romero *et. al.* (2014) afirman que existen estudios que avalan genéticamente el TND; como es el caso de Plomin (1990) quien estudio en gemelos tasas de delincuencia y problemas de conducta. Concluyendo una mayor tasa de correlación entre gemelos monocigóticos al compararse con gemelos dicigóticos. En investigaciones más antiguas ya se habían estudiado las diferencias entre niños y niñas adoptadas/os desde el nacimiento y no adoptados/as. En las cuales obtuvieron como resultados que los hijos/as biológicos de padres problemáticos presentaban mayores tasas de problemas de comportamiento que los hijos/as adoptados de padres con los mismos problemas (Cardonet, 1978 como se citó en López, Romero *et. al.*, 2014).

3.5.1.2 Factores Anatómicos

Este tipo de causas suelen estar relacionadas con afectaciones a nivel cerebral, especialmente en el lóbulo frontal encargado de inhibir conductas agresivas y al ser un trastorno clasificado como un trastorno de la desinhibición de la conducta se afirma que tienen una estrecha relación (Martínez, Fernández, Lemus, Antonio y Ramírez, 2014; López, Romero *et. al.*, 2014).

Una de las causas habituales para que un individuo presente agresividad es debido a lesiones cerebrales traumáticas, ya que durante la recuperación del traumatismo se han logrado observar conductas como la desinhibición del lóbulo frontal y descontrol episódico. Especialmente el daño orbitofrontal es asociado a conductas agresivas impulsivas. Este tipo de casos es conocido como síndrome de descontrol episódico, caracterizado por una serie de arrebatos violentos sin ninguna provocación aparente (Martínez, Fernández, Lemus, Antonio y Ramírez, 2014).

Otro de los daños que suele ser significativo durante un trauma es el causado en la amígdala; la cual manifiesta un deterioro en la interpretación de claves sociales como las expresiones corporales y la disfunción para entender reglas sociales, otra de las deficiencias se puede dar cuando la amígdala y las zonas prefrontales no tienen contacto

ya que en conjunto se encargan de suprimir las emociones negativas (Elgen, 2002 en Martínez, Fernández, Lemus, Antonio y Ramírez, 2014).

Saigal (2003 en Martínez, Fernández, Lemus, Antonio y Ramírez, 2014) menciona que otro tipo de lesiones como las posnatales aumentan el riesgo de que el niño o niña presenten conductas agresivas y violencia física.

3.5.1.3 Factores Fisiológicos

La etiología del TND a nivel fisiológico se encuentra más relacionada con alteraciones en el funcionamiento o en la regulación de la serotonina (Martínez, Fernández, Lemus, Antonio y Ramírez, 2014; López, Romero *et. al.*, 2014; Aires, Herrero, Padilla y Rubio, 2015).

Burke (2002 en Elgen, 2002 en Martínez, Fernández, Lemus, Antonio y Ramírez, 2014) afirma que las conductas agresivas actuales y futuras se encuentran estrechamente relacionadas a los bajos niveles de ácido idolacético, lo cual es un metabólico del neurotransmisor serotonina.

Este mismo autor menciona que los varones con inicio de *Trastorno Disocial* y conducta agresiva muestran un nivel alto de serotonina en sangre, más no en mujeres.

Por otra parte, Chance (2009 en Martínez, Fernández, Lemus, Antonio y Ramírez, 2014) afirma que los bajos niveles de cortisol se encuentran relacionados con Trastornos Oposicionistas al igual que la baja reactividad del sistema nervioso autónomo.

3.5.2 Causas Exógenas

Las causas exógenas se refieren a factores externos al sujeto con TND los cuales pueden ser de origen psicológico o social. Los factores psicológicos se asocian principalmente con las acciones parentales que los cuidadores emplean en sus familias, además de posibles afecciones en la cognición del infante. Los factores sociales suelen ser factores como la pobreza, la falta de estructura social y la violencia en la comunidad (De la Peña-

Olvera y Palacios-Cruz, 2011). Este tipo de factores serán los determinantes para el desarrollo del TND, ya que como lo hemos visto anteriormente, existen varias teorías que los sustentan.

3.5.2.1 *Enfoques psicológicos*

Para López-López y López-Soler (2008 como se citó en López, Romero *et. al.*, 2014) los enfoques psicológicos basan sus argumentos en las características individuales de las personas y/o procesos psicológicos compartidos que favorecen el comportamiento violento y el quebrantamiento de las normas sociales. Estos autores enlistan algunas de las corrientes psicológicas que explican la adquisición de conductas antisociales.

Teorías psicodinámicas: Parten del modelo de Freud, Rutter y Guiller (1983 como se citó en López, Romero *et. al.*, 2014), en el cual explican que es imposible resumir en una sola idea o concepto estas teorías acerca de la etiología de la conducta antisocial.

Teoría de la hipótesis frustración-agresión: Planteada inicialmente por Dollard, Doob, Miller, Mower y Sears en 1939 (como se citó en López, Romero *et. al.*, 2014), quienes proponen que la frustración surge cuando no conseguimos los objetivos propuestos, dicha frustración siempre llevará a algún tipo de agresión. Por tanto, a mayor frustración, mayor grado de agresividad.

Teoría de la personalidad de Eysenck: esta teoría mencionada anteriormente se resume en destacar la importancia del condicionamiento clásico como variable mediadora en la adquisición de conductas antisociales. El entorno presente al realizar una determinada conducta va condicionando al individuo, produciendo una serie de singularidades conductuales y emocionales que determinarán este comportamiento, que suele variar según la situación en la que se encuentre.

Teoría del condicionamiento operante: Así Patterson, Debaryshe y Ramsey (1989 como se citó en López, Romero *et. al.*, 2014) plantean que el desarrollo de la agresividad y la conducta antisocial parte del condicionamiento operante. Este tipo de condicionamiento tiene como principio: cualquier comportamiento que conduce a un resultado o consecuencia agradable tiene tendencia a repetirse en un contexto parecido.

Teorías cognitivas: como ya se ha mencionado anteriormente este modelo señala que la conducta agresiva mostrada por los individuos se origina porque sus estructuras cognitivas están alteradas.

3.5.2.2 *Enfoques psicosociales y socioculturales*

Este tipo de teorías explican que el comportamiento que presenta el agresor es originado por el entorno sociocultural de la persona, el cual es caracterizado por conductas antisociales y delictivas (Arce, Fariña, Seijo, Novo y Vázquez, 2003 como se citó en López, Romero *et. al.*, 2014). Ya que la socialización es encargada del intercambio de valores y conductas asertivas entre todos los miembros del grupo o la comunidad. Raya-Trenas (2009 como se citó en López, Romero *et. al.*, 2014) declaran que las principales teorías que desde el ámbito psicosocial han explicado los problemas de conducta se refieren a variables tales como el estilo parental coercitivo de Patterson, el aprendizaje social de Bandura y el aprendizaje a través de las experiencias reforzantes de Skinner; además, se incluirá la influencia del ambiente familiar:

Estilo parental coercitivo. Los padres y madres con estrategias educativas coercitivas se convierten ante sus hijos e hijas en modelos de resolución de conflictos basados en la coerción, la imposición, el castigo, etc. Como ya se mencionado este tipo de conducta es típica en los padres y madres con escasas o nulas habilidades para manejar su familia y acaba siendo imitado por sus hijos o hijas; tanto en el contexto familiar como en otros contextos, con infantes o adultos (Patterson, Reid y Dishon, 1992 como se citó en López, Romero *et. al.*, 2014).

Pasando a la siguiente teoría, la influencia del aprendizaje por observación de modelos, tiene como eje principal la influencia del estilo parental coercitivo, la cual modela a los infantes en sus conductas. Su principal exponente es Stanford Albert Bandura (1989, como se citó en López, Romero *et. al.*, 2014) con su teoría del aprendizaje social. Dicha teoría, describe que mediante la convivencia entre personas las conductas son imitadas principalmente por los menores, incluidas las conductas inadecuadas de los padres o de otras personas del entorno, incluso del ámbito mediático (como la televisión, videojuegos, videos de internet, etc.).

La última teoría social es el papel de las consecuencias reforzantes de la conducta, para Raya-Trenas (2009 como se citó en López, Romero *et. al.*, 2014), desde la perspectiva ambientalista de Skinner se plantea que si una conducta problemática de un infante, en vez de tener consecuencias negativas, las tiene positivas tenderá a repetirlas en el futuro, es decir si un niño hace berrinche porque desea comer un helado y se le es dado, la conducta se repetirá.

3.5.2.3 Teorías integradoras

Las teorías integradoras varían mucho dependiendo de la perspectiva en la que se centre, las principales son las planteadas por Feldman, Farrington, Barkley, recientemente la teoría de Andrews y Bonta, y la teoría de Arce y Fariña han tenido mucho revuelo según Mohamed (2008 como se citó en López, Romero *et. al.*, 2014).

- Teoría de Feldman (hipótesis del aprendizaje antisocial o prosocial). Feldman (1989 como se citó en López, Romero *et. al.*, 2014) basó su teoría en el factor aprendizaje. Esta hipótesis señala que el sujeto humano a lo largo del ciclo vital se ve expuesto a comportamientos tanto prosociales como antisociales, y que las dos conductas se aprenden. Sin embargo, es el uso exclusivo de una de las conductas en las distintas situaciones de la vida lo que va a determinar el desarrollo de una clase de conductas sobre la otra.
- Teoría de Farrington de riesgo/protección: plantea que las variables personales y ambientales reconocidas como factores de riesgo están vinculadas tanto al comportamiento prosocial como al antisocial. Farrington (1996 como se citó en López, Romero *et. al.*, 2014) llevó a cabo una categorización concretada en doce factores de riesgo: factores pre y perinatales; hiperactividad e impulsividad; inteligencia baja y escasos conocimientos; supervisión, disciplina y actividades parentales; hogares rotos; criminalidad parental; familias de gran tamaño; privación socioeconómica; influencias de los iguales; influencias escolares; influencias de la comunidad, y variables contextuales. Esta hipótesis también indica una sucesión de factores de protección. Este modelo se justifica valorando la probabilidad de riesgo de ejecutar comportamientos delictivos tras el análisis del conglomerado de variables de riesgo y protección.

- Barkley (1989, 1998 como se citó en López, Romero *et. al.*, 2014) propone una combinación de cuatro factores para que aparezca la conducta desafiante en el adolescente y posteriormente la conducta antisocial. Los factores son:
 - *Prácticas de crianza.* Se basan en la relación que se establece entre hijos-hijas y padres-madres, en la cual se puede estar dando un refuerzo negativo por comportarse de manera agresiva. Este planteamiento sigue el modelo coercitivo de Patterson, en el que la conducta negativa de un miembro ya sea padre/madre e hijo/a sirve para terminar con la conducta negativa del otro, reforzando negativamente así la conducta coercitiva del que ha iniciado la secuencia.
 - Características del niño, niña o adolescente. Bakley describe que las características hacen a los infantes y adolescentes más propensos a desarrollar conducta antisocial con es el caso de la irritabilidad, los pobres mecanismos de control, el alto nivel de actividad, problemas atencionales y alto nivel de impulsividad.
 - Características de los padres. Según Barkley, es más probable que los padres inmaduros, inexpertos, impulsivos, desatentos, deprimidos, hostiles, rechazantes o con otras características temperamentales negativas u otras patologías como trastorno disocial, sus hijos e hijas son más propensos a tener conductas negativistas o agresivas. Los trastornos emocionales y de personalidad en el padre o la madre también alteran la crianza y la sincronía en la relación y por tanto aumentarán la vulnerabilidad de los hijos e hijas.
 - Factores contextuales. Los factores como el aislamiento social de la madre, el estar sola, las discrepancias matrimoniales, el estrés o las influencias ambientales pueden no sólo contribuir a la conducta antisocial del menor sino también influir indirectamente en las prácticas de crianza utilizadas por los padres.
- La teoría de Andrews y Bonta (2006) se centra en describir los siguientes factores de riesgo:

- Actitudes antisociales/proviolentas. Como los valores, creencias y estados emocionales alterados se encuentran sintonizados con los comportamientos violentos.
 - Historia de comportamientos antisociales individuales.
 - Variedad de delitos y faltas, es importante resaltar de ellas el número e intensidad.
 - Factores familiares como la desestructuración, abandono, etc.
 - Bajos niveles educativos, desempleo o pocos recursos económicos.
 - Estrés personal, consumo de tóxicos o factores de naturaleza biológica-neuro-psicológica.
 - Variable de la cognición antisocial. La cual se puede interpretar por medio del modelo de riesgo-necesidades y responsabilidad, a través del cual la probabilidad de que un sujeto desviado cambie su conducta depende de tres principios fundamentales. El primero es el principio de riesgo: en el caso de los menores con mayor riesgo en factores que son inherentes al sujeto será altamente difícil actuar sobre ellos, y requieren tratamientos más intensos. El segundo principio, de la necesidad, avisa de que los factores dinámicos de riesgo conforman los objetivos principales para la intervención. El tercero y último, es el principio de individualización, que indica que las intervenciones han de adaptarse a cada caso particular, tomando en consideración las circunstancias del sujeto, así como sus características personales.
- El paradigma del no-modelo pensado por Arce y Fariña (2007 en López, Pérez y cols. 2014), resalta la imposibilidad de basarse solamente en un modelo explicativo para comprender la conducta humana, y por ello hay que tener en cuenta las circunstancias, características y factores que rodean cada caso particular, y más tarde crear el modelo explicativo que mejor se ajuste a él. Como se puede observar es un paradigma que se puede aplicar a cualquier comportamiento humano. Desde esta perspectiva se debe elegir un tratamiento, multimodal (el cual se ha mencionado con anterioridad); además de eso debe ser

multinivel con el fin de que la intervención no sea exclusivamente individual, sino también el contexto familiar, sociocomunitario y académico-laboral.

Como se puede apreciar, las teorías más aceptadas están ligadas a factores psicosociales, ya que estos suelen determinar el comportamiento agresivo en las niñas, niños y adolescentes. En la actualidad las teorías más usadas son las teorías integradoras relacionadas con los factores de riesgo, ya que con ellas se puede deducir el nivel en el que se pueden presentar las conductas agresivas en infantes, además de que permiten plantear una intervención personalizada a cada caso.

3.6 Familia, Escuela y Trastorno Negativista Desafiante o Trastorno Oposicionista Desafiante

En el apartado anterior se logra apreciar la influencia de las personas que se encuentran más cerca del niño o niña con TDN. Los factores sociales son un fuerte determinante para la presencia del TDN, especialmente los que se encuentran dentro del contexto familiar.

La familia determina el desarrollo del niño o niñas, ya que es la base fundamental de la sociedad. Los padres son los encargados de inculcar en sus hijos e hijas los valores y principios que deberá poner en marcha cuando se encuentre interactuando con externos a la familia y la sociedad en general, los cuales se transmitirá a partir de actitudes y comportamientos de los mismos padres (López, Romero *et. al.*, 2014; Aires, Herrero, Padilla y Rubio, 2015). Se ha demostrado que las familias disfuncionales afectan directamente en el desarrollo del niño o niña, el estudio para obtener el grado realizado por Arboleda Khaterine (2019) describió un estudio de caso, concluyendo que la familia disfuncional puede afectar gravemente el desarrollo del niño, facilitando el desarrollo de TND. En especial los factores que propiciaron esta conducta fueron la violencia física y verbal, además de la falta de comunicación entre los miembros de su hogar.

Se ha encontrado evidencia estrechamente relacionada con las conductas inconsistentes de los padres/madres y el temperamento de sus hijos e hijas. El estudio de Cornell y Frick

(2007 como se citó en Morales, Félix, Rosas, López y Nieto, 2015) lograron predecir el TND mediante comportamientos característicos como: la baja empatía con la autoridad y bajos niveles de culpa por incumplimiento de reglas en hijos de padres autoritarios. Además, describieron que el castigo corporal contribuye en la carencia de empatía en sus hijos e hijas.

Los modelos de crianza que los padres y madres practican con sus hijos e hijas se asocian estrechamente a las conductas problemáticas que suelen presentar este trastorno. El estudio realizado por Morales, Félix, Rosas, López y Nieto (2015) describe algunas de las características de los modelos de crianza aplicado en niños y niñas con TDN y conductas agresivas de México, encontrando que la más frecuente asociación al TND es la llamada “baja efectividad”. Esta se caracteriza por altos promedios del uso del castigo, la entrega de ganancias materiales y el establecimiento de normas y límites poco claros. Además, estos padres y madres presentaron promedios bajos de prácticas de crianza basadas en técnicas efectivas (ignorar conductas no deseadas, corrección simple, el elogios), al igual presentaron promedios bajos en la interacción social, instrucciones claras, interacción social académica, establecimiento de reglas, enseñanza incidental y solución de problemas.

Las dificultades que los padres y madres presentan cuando su hijo o hija padece TDN es el desafío que estos presentan, ante esta problemática los padres suelen aplicar castigos potenciales. Sin embargo, esto resulta contraproducente ya que entre más severo sea el castigo, su hijo e hija con frecuencia responderá con conductas negativas y desafiantes.

Es en la escuela donde los niños y niñas logran realizar sus primeras interacciones con la sociedad, sin que sus padres se encuentren presentes como mediadores, en el caso de los infantes con TOD suelen presentar frecuentemente conductas no cooperativas, irritables, desafiantes y hostiles hacia sus compañeros, profesores y otras figuras de autoridad. Al tener este tipo de conductas se ven afectadas sus relaciones interpersonales y su rendimiento escolar. Es frecuente que los niños y niñas con estas características tengan bajas calificaciones debido a las conductas que presentan en clase y no por una deficiencia cognitiva; algunas de las conductas en clase son: interferir e interrumpir la dinámica de la clase, se niega a participar, se resisten ante las demandas

externas e insisten en solucionar sus problemas sin ayuda de los demás, no siguen las reglas establecidas en el salón de clases y por la escuela. Este tipo de actitudes son descritas en el estudio de caso realizado por Vásconez (2019), quien encontró una estrecha relación entre el Trastorno Negativo Desafiante y los problemas escolares que presentaba el sujeto del estudio. Evidenciando que el menor tenía problemas con sus compañeros y con algunos profesores ya que es irritable, no cumple con lo que le ordenan las autoridades, las normas de clase o reglas de la institución. Debido a esta situación sus calificaciones son bajas y presenta mala disciplina y un poco de aislamiento en el aula de clase.

La investigación de López-Villalobos, et al. (2013) apoya que la conducta es la causante de las bajas calificaciones, además demostraron en su investigación que los niños y niñas con TND tienen significativamente peores resultados globales, especialmente en áreas como la lectura, matemáticas y expresión escrita, explicando que podría deberse a su compatibilidad frecuente con *Trastornos de Aprendizaje*.

Es por ello que, en particular los docentes tienen una participación importante en la detección y tratamiento de su alumno/a (Rabadán y Giménez, 2012; Rabadan, Gimenez y Hernandez, 2011; Aires, Herrero, Padilla y Rubio, 2015; Bernal, Valencia, et. al., 2013). Al tener a cargo al escolar la mayor parte del día, en un ambiente externo al familiar, el docente puede advertir ciertas irregularidades en su comportamiento, que deberá reportar para que el alumno/a pueda ser canalizado a las instituciones correspondientes para su diagnóstico y su tratamiento. Con posterioridad el docente, de acuerdo al diagnóstico clínico, podrá realizar adecuaciones tomando en cuenta sus necesidades en áreas como: el manejo de conducta, el trabajo en clase y la convivencia con sus compañeros/as.

3.7 Tratamiento

Al igual que los anteriores trastornos, el mejor tratamiento para tratar el TND es el de carácter multimodal (Solloa, 2006; Pedreira-Massa, 2011). Es decir, la combinación de

un tratamiento farmacológico con el tratamiento psicológico, el cual debe intervenir en las principales esferas, la familiar y la escolar. Como se mencionó es importante la actuación de ambos padres, además de la propia resolución de sus conflictos, mientras que en el ámbito escolar la información y actuación de los docentes impacta en el pronóstico positivo del niño o niña con TND.

3.7.1 Tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico tiene como fin erradicar las afectaciones relacionadas con los déficits de origen orgánico que provoca la conducta agresiva, oposicionista o disocial del infante con TND, para así responder mejor al tratamiento psicológico. López, Romero y colaboradores (2012) apuntan que los grupos de fármacos usados para el tratamiento de trastornos del comportamiento son:

- Carbonato de litio: es utilizado en niños y niñas con edad de 9 años con escalas altas en agresividad. Los autores señalan que se debe llevar una estrecha vigilancia debido a su toxicidad.
- Antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina: en particular la fluoxetina ha mostrado efectividad en niños y niñas que presentan conductas violentas, manifestaciones de hostilidad y reacciones antisociales, en dosis de 20 a 40 miligramos al día. Ortiz, Giraldo y Palacios (2008) y Pedreira-Massa (2011) agregan a la lista la sertralina, la paroxetina y el metilfenidato cuando existe una comorbilidad con el TDAH.
- Antipsicóticos: medicamentos como la risperidona, la clozapina y la olanzapina son efectivos en el control de conductas agresivas en adolescentes, especialmente usados en casos con conductas agresivas de carácter grave (Ortiz, Giraldo y Palacios, 2008).

3.7.2 Tratamiento psicológico

Las intervenciones psicológicas individuales más probadas son aquellas encaminadas a desarrollar la moral en el niño/a y los programas conductuales, aunque no solo se lleva a cabo la intervención con el menor o la menor que padece TND; como se ha ido mencionando, el padre y madre tienen una participación importante en el desarrollo de

este trastorno, es por ello que la intervención psicológica con los cuidadores, en especial el entrenamiento del manejo conductual ha logrado tener muy buenos resultados y más duraderos (De la Peña-Olvera y Palacios-Cruz, 2011; López, Romero *et. al.*, 2014; Martínez, Fernández, Lemus, Antonio y Ramírez, 2014; Martínez, Fernández, Lemus, Antonio y Ramírez, 2014). Sin embargo, López, Romero y colaboradores (2012) mencionan que el tratamiento más eficaz es aquel que toma en cuenta las características de cada caso en particular.

- Tratamiento cognitivo-conductual

Debido al carácter del trastorno, el tratamiento psicológico de primera línea es el conductual. El tratamiento cognitivo-conductual suele intervenir en todos los contextos: el familiar, el escolar y el del propio niño o niña con TND (Ortiz, Giraldo y Palacio, 2008; De la Peña-Olvera y Palacios-Cruz, 2011).

Las intervenciones con él o la infante que padece TND estarán centradas en mejorar la conducta, sus relaciones sociales y la adaptación general a través de refuerzos positivos y negativos (Martínez, Fernández, Lemus, Antonio y Ramírez, 2014). Sin embargo, modificar la conducta de un infante no es una tarea fácil, los padres necesitan involucrarse en esta tarea, modificando sus prácticas de crianza. Para ello se han creado algunos programas de entrenamiento para madres y padres, los cuales consisten en entrenar a uno de los padres o ambos en procedimientos para interactuar de una forma distinta con sus hijos o hija (Solloa, 2006). Existen diversas variantes del entrenamiento a padres.

Uno de los programas más recomendados para el tratamiento del TND es el programa realizado por Russell Barkley (Barkley, Edwards, Laneri, Fletcher, *et. al.*, 2001, como se citó en De la Peña-Olvera y Palacios-Cruz, 2011; Ortiz, Giraldo y Palacio, 2008), quien plantea ocho pasos para mejorar las conductas las relaciones sociales y la adaptación, reduciendo la terquedad y el comportamiento oposicionista, aumentando así, las conductas de colaboración:

1. Aprender a prestar atención positiva al menor.
2. Usar el poder de su atención para conseguir que obedezca.

3. Dar órdenes de forma eficaz.
4. Enseñarlo a no interrumpir actividades.
5. Establecer en casa un sistema de recompensa con fichas.
6. Aprender a castigar el mal comportamiento de forma constructiva.
7. Ampliar el uso de tiempo fuera.
8. Aprender a controlar al menor en lugares públicos.

Ortiz, Giraldo y Palacio (2008) afirman que este programa se basa en la suposición de que las conductas positivas incrementan siempre y cuando el niño niña reciba un estímulo positivo como un premio o un reconocimiento por ellas, lo contrario ocurre con las conductas negativas, la cuales tenderán a extinguirse si son ignoradas o generan consecuencias negativas.

- Tratamiento Cognitivo

El enfoque de este tratamiento se basa en el supuesto planteado por esta perspectiva la cual nos habla de errores o distorsiones cognitivas en los niños y niñas que padecen TND, por lo tanto, el tratamiento consiste en corregir estos errores o distorsiones y entrenar las habilidades deficientes.

Una de las técnicas más destacadas en el tratamiento de conductas disruptivas es el entrenamiento de habilidades para resolver problemas, el cual consiste en desarrollar habilidades sociales que el niño o niña tengan en niveles deficientes. Para ello es necesario que el infante identifique como se aproxima a un problema para después guiarle en la resolución del mismo, finalmente se le pone en situaciones estructuradas para que aplique las habilidades aprendidas (Solloa, 2006).

- Psicoterapia

Este tipo de enfoque tiene como objetivo explotar las motivaciones y necesidades que llevan al comportamiento oposicionista del niño o la niña con TND, por tanto el terapeuta intentará conocer las razones de la conducta del niño, el nivel de desarrollo psicológico y estructural que ha alcanzado y el nivel de operación de las funciones mentales (Solloa,

2006), además de poner especial atención a que los niños y niñas con TND se caracteriza por la falta de inhibición, por tanto es necesario utilizar técnicas terapéuticas especiales.

Lo más recomendable para niños de 3 a 10 años es la terapia de juego la cual se centrará en la identificación de los padres, por ende, se necesitará trabajar con ellos las conductas problema y la disciplina por medio del juego. A través del juego los infantes pueden representar sus impulsos, fantasías y sus defensas, lo cual es de gran utilidad para el terapeuta ya que logrará hacer señalamientos, confrontaciones e interpretaciones. Para los casos con TND son más recomendables los juegos que exijan el cumplimiento de reglas tradicionales (Solloa, 2006; Martínez, Fernández, Lemus, Antonioy Ramírez, 2014).

- Terapia ocupacional

La terapia ocupacional está dirigida a desarrollar estrategias para complementar el manejo integral de los trastornos de conducta en niños y niñas. Dentro del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” se imparte un programa relacionado con la jardinería, implementado por personal de enfermería en pacientes hospitalizados y que consiste en el cuidado y mantenimiento del jardín del mismo hospital. La que incluye una participación de los pacientes en discusiones grupales acerca del trabajo de equipo, lo gratificante del trabajo y el estudio de los ciclos biológicos subyacentes (Martínez, Fernández, Lemus, Antonioy Ramírez, 2014).

- Terapia Multisistémica (TMS)

La TMS es una herramienta integral, multimodal que involucra tratamientos biológicos, psicosociales y psicoeducativos de carácter ecológico. Es decir, este tipo de terapia abarca todos los ambientes en los que se desenvuelve el o la menor ya que la teoría social-ecológica plantea que el individuo y la comunidad se encuentran interconectados con influencias dinámicas y recíprocas, por lo que la intervención será identificada y realizada en ambientes naturales (López, Romero, *et. al.*, 2014).

En el caso de familias con hijos o hijas TND la terapia consiste en capacitar a uno o ambos padres con recursos o habilidades para la resolución de los problemas dentro y

fuera de la familia, especialmente se les entrena en la puesta en marcha de prácticas parentales positivas, ya que a la larga estas tendrán efecto en el desenvolvimiento positivo del niño o niña dentro de otros contextos (Martínez, Fernández, Lemus, Antonioy Ramírez, 2014; López, Romero, *et. al.*, 2014).

Como se ha repetido en diferentes ocasiones los padres son los que hacen una marcada diferencia en el desarrollo de este trastorno, por lo que las intervenciones más efectivas son aquellas en las que uno o ambos padres son participantes activos en el tratamiento de su hijo o hija, ahora bien, el apoyo de otros tratamientos farmacológicos, psicosociales y psicológicos en los diferentes contextos, no se tienen que dejar de lado. Así mismo, esta última propuesta (terapia multisistémica) da la posibilidad de incluir los diferentes contextos, con diferentes tipos de tratamiento. Sin embargo, los costos de este son elevados debido a los diferentes especialistas involucrados.

Al final se puede concluir que la importancia de conocer estos trastornos en gran parte se debe al aumento constante de la frecuencia con la que se presentan estos tres trastornos en edad pediátrica, las cifras presentadas son alarmantes.

También es relevante conocer el cuadro patológico, ya que como Psicólogas Educativas será de ayuda para realizar una detección temprana, su canalización a instituciones que les brindarán atención médica para ser diagnosticados y posteriormente ser tratados, para que finalmente nosotros guiemos nuestras intervenciones educativas teniendo en cuenta las características de los diagnósticos.

El conocer los síntomas presentados por la CIE y el DSM serán de ayuda para identificar las conductas patológicas de cada uno de los trastornos; al ser identificadas lograremos tener la primera parte del porqué de las problemáticas presentadas en los contextos escolares, especialmente en este caso. Además de ello, el conocer las posibles causas y las teorías alrededor de los trastornos irán precisando las barreras que el infante presenta en la institución educativa.

En algunos casos, especialmente en el TDAH conocer el tratamiento aumentarán el éxito de nuestra intervención. Conocer las horas en las que el medicamento tenga punto más alto ayudará a que el niño o niña se encuentre más concentrado en el ejercicio y, por lo

tanto, es adecuado que durante este tiempo se traten temas con una dificultad alta y conocer el tratamiento conductual ayudará a que logremos tener un control conductual.

Al conocer las particularidades de los trastornos, también conocemos las particularidades del caso en cuestión, por lo tanto, la intervención educativa se puede elaborar de una manera más precisa, ya que se tomarán en cuenta las características y dificultades que pueden presentar los niños y niñas con trastornos psicológicos.

4. Integración educativa de niños con diversos trastornos

4.1 Comorbilidad Depresión, TDAH, TND

El caso que se abordará es el de un menor masculino (para el cual se utilizará el seudónimo José), el cual presenta el cuadro clínico anteriormente detallado (Trastorno depresivo moderado, Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad y Trastorno Negativista Desafiante), los psicodiagnósticos fueron realizado por el personal del Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro”.

La frecuencia con la que el TDAH se presenta acompañado por otros trastornos psiquiátricos es muy alta, sobre todo con aquellos relacionados con problemas conductuales, problemas con psicomotricidad fina, depresión, ansiedad, trastorno del lenguaje y epilepsia (Soutullo y Díez 2007; Cornejo-Escatell, Fajardo-Fregoso, López-Velázquez, Soto-vegas y Ceja-Moreno, 2015).

Se ha demostrado que existe una alta comorbilidad entre TDAH y TND y su concurrencia es bidireccional (De la Peña-Olvera y Palacios-Cruz, 2011). La mayoría de los autores coinciden en las cifras de comorbilidad entre TDAH y TND, las cuales indican una concurrencia aproximada que va del 30% al 50% (Ortiz, Giraldo y Palacio, 2008; Carboni, 2011; López, Romero, *et. al.*, 2014).

Por otra parte, se ha encontrado evidencia de una alta concurrencia entre el TDAH y los *Trastornos Afectivos*, se han encontrado cifras que van desde un 3% a un 75% en población general que presenta esta comorbilidad (Carboni, 2011).

Y aunque no se presenten cifras exactas de la comorbilidad entre depresión y TND las posibilidades de que se presenten son altas, debido a la desregularización emocional que caracteriza al trastorno y los factores de riesgo individuales y contextuales a los que está

expuesta la persona que padece TND (Nogales, Rodríguez, Cortés, Cabrera, Esperón, Lohman y Peñaloza, 2009; Martínez, Fernández, Lemus, Antonio y Ramírez, 2014).

4.2 Intervención Educativa en Depresión Infantil

La escuela puede ser factor de protección para los niños y niñas. Sin embargo, también puede ser un factor de riesgo para muchos debido a las dificultades en las relaciones con los iguales, las exigencias por parte de la institución o las exigencias del propio profesorado, las cuales alienta a la competitividad en clase y el castigo como instrumento pedagógico (Aires, Herrero, Padilla y Rubio, 2015).

Por ello las intervenciones escolares deben basarse en la flexibilidad y el soporte adecuado del medio para que el estudiante con depresión tenga un funcionamiento escolar idóneo (Del Barrio, 2010).

Según Cardoze (2005) algunas de las estrategias a seguir especialmente con niñas y niños que padecen depresión dentro de la escuela incluyen:

- Identificar las habilidades del menor y hacer uso de ellas durante el día escolar.
- Reforzar conductas positivas.
- Si realiza acciones inapropiadas, llamarle la atención en privado y sin avergonzarlo.
- Cumplir las sanciones establecidas para conductas inapropiadas o de riesgo (sin ponerlo en ridículo y evitando lastimar su autoestima).
- Ayuda en tareas. Tareas por pasos pequeños y uso de mensajes positivos.
- Evitar etiquetar o prejuzgar.
- Concluir la clase de forma amistosa, motivando a los estudiantes a convivir dentro del aula.

Con estos puntos lo que se busca es que el alumno o alumna se sienta seguro, respetado y aceptado, conociendo sus capacidades, evitando aumentar la sintomatología depresiva.

Del Barrio (2010) menciona que otro elemento que se puede trabajar en el ambiente educativo es la construcción de su autoconfianza o bien, enseñarle a ser eficaz. Para lograr que el menor desarrolle autoconfianza es importante administrar las tareas en pequeños escalones que aseguren su éxito, procurando la diversión en la educación, escuchando lo que dice, convenciéndole de que el miedo es un sentimiento normal y generalizado cuando se ignora la solución de un problema, y, por último, alabando sus pequeños logros.

Se han realizado escasas investigaciones que evidencien la efectividad de la aplicación de programas o intervenciones educativas para favorecer a niños y niñas que padecen depresión en contextos educativos. La mayoría de las investigaciones realizadas consisten en intervenciones preventivas para la depresión en poblaciones de adolescentes, ya que se caracterizan por una alta prevalencia.

Cuijpers, van Straten, Smits & Smit (2006) realizaron una revisión sistemática y un metanálisis de estudios que evalúan la depresión y la efectividad de algunos tratamientos en ambientes escolares. De 56 artículos encontrados, solo eligieron ocho de acuerdo con los criterios de su investigación; de estos, cinco tienen como población niños y niñas de 7 a 14 años y tres enfocados a adolescentes de 12 a 19 años; en los ocho estudios las intervenciones se basan en terapia cognitivo conductual y solo en dos se agregó el entrenamiento de relajación. Cuijpers, van Straten, Smits & Smit concluyeron que las intervenciones realizadas en ambientes escolares presentan cifras muy bajas de efectividad, ya que de cada 30 estudiantes con depresión en un aula sólo uno de ellos puede mejorar los síntomas depresivos con un procedimiento de detección e intervención temprana, tomando en consideración que la prevalencia de depresión en niñas, niños y adolescentes es muy alta.

Por otra parte, un estudio cuasi-experimental realizado en Mérida, Yucatán por Yam, Argáez y Rodríguez (2011), establecieron como objetivo determinar la influencia que el

apoyo educativo tiene en escolares con depresión pertenecientes al sexto grado de nivel primaria. Para ello los autores seleccionaron dos grupos: 6° “A” y 6° “B”; el grupo 6° “A” compuesto por 27 alumnos se tomó como grupo experimental, al cual se le brindó apoyo educativo, mientras que el grupo 6° “B” compuesto por 24 alumnos fue utilizado como grupo control. A estos dos grupos se les aplicó una preprueba y una posprueba para determinar el nivel de depresión en los escolares, el instrumento utilizado fue el “Children’s Depression Inventory”. En los resultados de la preprueba se identificó en el grupo control un 25% de escolares con sintomatología depresiva, mientras que en el grupo experimental los varones con sintomatología depresiva son el 15.3% y en féminas 14.2%. En seguida se aplicó en el grupo experimental el programa denominado «Habilidades para mejorar mi vida»; el cual se conforma por 10 sesiones lúdicas y educativas con una duración de dos horas diarias. En dicho programa se impartieron temas relacionados con el autoconocimiento, empatía, comunicación asertiva, relaciones interpersonales, toma de decisiones, pensamiento creativo, manejo de emociones y sentimientos, manejo de estrés; apoyado en los cuatro pilares de la educación “aprender a aprender”, “aprender a ser”, “aprender a hacer” y “aprender a convivir”.

Después del apoyo escolar se aplicó la posprueba con el mismo instrumento, de la que se derivaron los siguientes resultados: en el grupo experimental el porcentaje en varones había disminuido a un 7.7% mientras que en mujeres disminuyó a un 0%. Finalmente, el grupo control no presentó cambios. A pesar de las diferencias en el número de escolares con depresión de cada grupo, parece no afectar el estudio. Concluyendo que los resultados del estudio evidencian que el programa ejerce una influencia positiva en el nivel de depresión en los escolares.

Por otra parte, Stallard et. al. (2012) realizaron un ensayo clínico controlado en adolescentes entre los 12 y 16 años con altos índices de riesgo para desarrollar depresión. Estos pertenecen a siete escuelas secundarias de East Midlands y el suroeste de Inglaterra. El ensayo controlado se basó en un programa de intervención cognitivo conductual en el aula llamado «The resourceful adolescent programme»; el cual desarrolla temas como: estilos de pensamiento, capacidades de reconocimiento de emociones, habilidades de defensa y afrontamiento; con el fin de evitar el desarrollo de

la depresión, teniendo como objetivo principal aumentar la resiliencia a los factores de riesgo de depresión. Dicho programa puede adaptarse con facilidad al plan de estudios. Este programa está constituido por nueve módulos y dos sesiones de refuerzo, cada sesión tiene una duración de 40 a 60 minutos. Algunos de los componentes esenciales son: una actividad basada en la metáfora del cuento *Los tres cerditos* en el que la casa de ladrillos resistió al ataque del lobo feroz con el fin de que cada semana los alumnos construyan su casa de ladrillos, los ladrillos serán habilidades como mantener la calma, resolución de problemas y fortaleza personal; otro de los componentes es la intervención con los padres cuyo objetivo consiste en ayudar a los padres y madres a promover un entorno familiar óptimo para el desarrollo saludable de los adolescentes.

Al concluir el ensayo Stallard y colaboradores comprobaron que el estudio no muestra evidencia de que la intervención reduce síntomas depresivos en los adolescentes con alto riesgo de depresión; agregando que después de doce meses se logra evidenciar efectos en una tercera parte de la población. Sin embargo, también constataron que este tipo de intervenciones pueden aumentar la presentación de síntomas depresivos, para lo cual pone como advertencia realizar una investigación previa y una evaluación del contexto en el que se desea intervenir, debido a que los programas previamente realizados son muy generales.

4.3 Intervención Educativa en Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad

Al igual que en la depresión, es necesario conocer las características del infante con TDAH. Sin embargo, para conocer este trastorno es necesaria una capacitación debido a que este trastorno afecta significativamente el rendimiento académico del escolar, debido a las afecciones a nivel orgánico y la necesidad de estar en constante movimiento.

Investigaciones han demostrado una relación positiva entre los conocimientos que tienen los y las profesoras sobre el TDAH y la eficacia de las intervenciones que realizan en el salón de clases (Vereb y DiPerna, 2004; Zinder *et. al.*, 2003 como los citó López, Romero

y cols., 2014). El conocimiento sobre los trastornos es necesario para dar una atención de calidad a la diversidad (López, Romero, *et. al.*, 2014; Aires, Herrero, Padilla y Rubio, 2015).

El encargado de la intervención educativa debe tomar un papel activo en la atención al niño o niña con TDAH; su actuación radica en la comprensión del problema con base biológica, que conozca las estrategias pertinentes para intervenir, una reducción de las conductas problemáticas disruptivas a través del entrenamiento y aplicación de técnicas operantes (solo sí se conoce el tratamiento que sigue el infante, además de contar con la ayuda de un profesional), mejorar las relaciones interpersonales del menor, fomentar las habilidades de autorregulación y habilidades sociales mediante técnicas cognitivas de autorregulación y resolución de problemas, fomentar su autoestima, potencializar los aprendizajes a través de modificaciones curriculares en la dinámicas y finalmente facilitar el apoyo escolar (Marcía, 2012, Soutullo y Díez, 2007).

Como se ha mencionado constantemente el manejo de escolares con TDAH no es nada fácil, para ello Barkley (2008 como se citó en López, Romero, *et. al.*, 2014; Soutullo y Díez, 2007; Marcía, 2012) realizó una encuesta a profesores y profesoras de colegios públicos de los Estados Unidos en el año 1991. A partir de los datos recopilados planteó una serie de claves y recomendaciones educativas que se deben seguir en las intervenciones para ayudar a menores con TDAH:

- La especialización en el tema de TDAH, lo que implica una constante capacitación para aquellos que intervienen educativamente, en especial los profesores y profesoras.
- No repetir curso. La gente cree que, si un niño/a con TDAH no presta atención en el colegio, lo mejor que se puede hacer es que repita curso. Esta práctica tiene efectos negativos en los menores causando depresión en las féminas y agresividad en los varones, además de romper con las pocas relaciones escolares y perdiendo la motivación por aprender. Se ha comprobado que cuanto más pequeños son los niños/as, más daño se les hace.
- Quién dirige. Es importante que los docentes durante las primeras semanas enfoquen su actuación hacia la dirección del comportamiento en clase. El control

en clase se lleva a cabo mediante la enseñanza de las normas y que estas tendrán consecuencias inmediatas, sin perder de vista que el profesor debe ser íntegro y coherente con lo que dice.

- Dosificar el trabajo. Recordando que el TDAH es una condición neurogenética, la realización de las actividades en clase debe adaptarse y organizarse rebajándose o fraccionándolo. Al tener menos carga de trabajo, con más descansos, con breves contactos con el profesor los y las estudiantes con TDAH se sentirán más cómodos/as y serán capaces de llevarlo a cabo hasta el término. Durante los primeros días o semanas de colegio es de especial relevancia el hecho de no evaluarles sus trabajos, el hecho de que estén bien o mal no tiene tanta importancia, ya que se intenta premiar la productividad. Cuando sean capaces de realizar más trabajo se podrá comenzar a buscar mejoras.
- Colocación de los pupitres. Se sugiere que los pupitres se encuentren frente al profesor. Facilitando la interacción profesor-escolar y la supervisión.
- Tareas para casa o deberes. Para evitar que los menores con TDAH acumulen trabajo y se queden retrasados, es conveniente que se le dieran los deberes a principio de semana. Es decir, se les puede entregar una lista el lunes a los padres para que dosifiquen el trabajo a lo largo de la semana.
- Clases entre menores. El aprendizaje entre pares es una forma más fácil de entender y reforzar temas para los infantes con TDAH ya que el profesor se vuelve alumno, y el alumno, profesor y viceversa.
- Medidas curriculares adecuadas: modificar la temporalización de la programación didáctica ampliando el tiempo para el escolar con TDAH, secuenciar los objetivos en pequeñas metas o seleccionar los objetivos y contenidos mínimos que ha de alcanzar el alumno, es bueno considerar la eliminación de aquellos objetivos menos significativos.
- Libertad de movimiento. Mientras trabajan en clase, se les debe dejar levantarse, arrodillarse, sentarse y moverse alrededor de su mesa; ya que se debe dar más descansos a niños/as con este trastorno. Las investigaciones demuestran que los ejercicios físicos benefician a los menores con TDAH mucho más que al resto de los niños /as.

- Organización. Otro instrumento valioso que puede ayudar a menores con estas características es darles material para que se organicen: carpetas, libretas de colores para cada asignatura, etc.
- Enseñanza participativa. Igualmente es positivo que el profesor les asigne tareas a los niños/as con TDAH que ayuden en clase como: señalando las frases mientras el profesor está leyendo. Ya que cuanto más se le deja a un menor con TDAH que se mueva mientras aprende, más retiene.
- Cercanía. Los y las profesoras pueden intentar ser más animados, apasionados, emotivos y entretenidos para establecer una relación positiva con el infante o reflejar interés. También puede implementar estrategias al dirigirse al menor TDAH como: mirarlo a los ojos, hablarle de forma directa, es decir, manteniendo el contacto de forma visual y física para retener su atención.
- Organización de las asignaturas. Es conveniente trabajar con asignaturas más difíciles al principio de la jornada escolar porque su mente está más fresca. Sin embargo, la organización de ser posible cambiarla en los horarios del pico más alto en su medicación. También hay que tomar en cuenta que las formas más eficaces para mejorar el aprendizaje de estos niños/as es que el profesor programe la lección o les dé instrucciones directas del programa. Un niño está más dispuesto si escoge la meta.
- Premios. Al tener problemas de motivación, los premios sirven de gran ayuda, para la aplicación de estos es de gran ayuda poner en práctica algunas de las estrategias conductuales.
- Externalización de marcadores en clase. Puede entenderse como otra forma de controlar el comportamiento del niño/a en clase. Se puede hacer a través de señales. Como la estrategia del semáforo en la que el color les indicará qué hacer, rojo: quédate en tu sitio, escúchame y no hables; amarillo: puedes hablar en voz baja, levantarte y preguntar dudas; verde: puedes jugar libremente, hablar en un tono de voz normal, moverte por la clase, jugar con los juguetes y venir a hablar conmigo.

- Castigos. La clave para su aplicación es asegurarse de: tener suficientes recompensas (agradables para el menor y acordes a la situación), además de tener en cuenta que la inmediatez es más importante que el nivel del castigo.
- La medicación. Los profesores pueden motivarlos y asegurar que tomen la medicación, puede ser por medio de recompensas o por la elaboración de un contrato de trabajo. Es aconsejable que en esta etapa educativa haya un profesor que le guíe y le ayude con el trabajo y a organizar los libros para las próximas clases.

Además del apoyo en aula, en caso de ser necesario se recomienda apoyo educativo fuera del aula como: profesorado de apoyo al ciclo, pedagogía terapéutica, monitor/a, para ayudar con el carácter temporal de las tareas u objetivos curriculares, la supervisión y el control del alumno o alumna.

Existe gran variedad de investigaciones sobre las intervenciones en padres y madres, docentes de personas que padecen TDAH, la mayoría de estas se centran en una terapia cognitivo-conductual o modificación conductual en contextos escolares con niños y niñas que padecen TDAH. Además de ello, existe gran cantidad de trabajos para obtener el grado que tratan de estudios de caso, intervenciones personalizadas de acuerdo a las necesidades educativas de cada caso y propuestas educativas que buscan estrategias para dificultades concretas.

Arco, Fernández e Hinojo (2004) realizaron un estudio con el fin de determinar el impacto de una intervención cognitivo-conductual sobre una muestra de alumnos diagnosticados con TDAH, como objetivos secundarios buscan: conocer los cambios producidos en el comportamiento de los sujetos en su casa y aula, además de determinar el impacto de la intervención en variables mediadoras comunes en el TDAH. Para ello los autores seleccionaron un total de 23 alumnos diagnosticados con TDAH pertenecientes a escuelas públicas y privadas de los grados, 2º, 3º y 4º de nivel primaria de la provincia de Granada, España. En el estudio también participaron de manera voluntaria 29 madres y padres, además de 39 profesores de estos estudiantes.

Esta intervención está conformada por cuatro fases:

- Análisis de las necesidades y propuesta de intervención EOE. Este análisis se tomó de la demanda de docentes y padres-madres a través de tres seminarios/reuniones de tres horas de duración.
- Obtención de la línea base (medidas pre).
- Puestas en práctica de la intervención y evaluación de procesos.
 - El curso de formación de docentes se conformó por 12 sesiones con una duración de 3 horas, de carácter teórico práctico, donde se tocaron temas generales sobre el TDAH, técnicas de modificación de conducta y técnicas cognitivo-conductuales, entrenamiento para realizar adaptaciones educativas y curriculares.
 - El curso dirigido a padres de igual manera constó de 12 sesiones con duración de aproximadamente 3 horas, de carácter teórico práctico, donde se tocaron temas generales sobre el TDAH, técnicas de modificación de conducta y técnicas cognitivo-conductuales, las relaciones entre padre-madre e hijo-hija: entrenamiento de habilidades sociales y resolución de problemas, y su implicación en el aprendizaje de sus hijos o hijas.
 - Intervención con los alumnos constó de 30 sesiones con una duración de aproximadamente 40 minutos en las cuales se trabajaron aspectos como: técnicas cognitivo-conductuales, técnicas autoinstruccionales, técnicas de autocontrol y técnicas de autoevaluación reforzada.
- Evaluación del impacto y comunicación de los resultados. Consistió en administrar de nuevo las pruebas de evaluación que habían sido utilizadas al inicio para comprobar la presencia o no de efectos estadísticamente significativos, en todos los sujetos.

Arco, Fernández e Hinojo concluyeron que la intervención mostró cambios significativos en madres, padres, docentes y alumnos/as, reflejados en la disminución de manifestaciones del TDAH en las niñas y niños.

Otro estudio que tiene como objetivo analizar el mantenimiento de los efectos después de un año de haber realizado la intervención psicosocial, es el realizado por Presentación,

Siegenthaler, Jara y Miranda (2010) en 23 niños y 4 niñas de 7 a 10 años, sus madres, padres y docentes. Después de la evaluación del pretratamiento se puso en marcha la intervención integrada por 3 programas, uno para los niños y niñas, otro para padres y madres, y uno más para los y las profesoras, con una duración de 10 semanas; los cuales fueron desarrollados por los autores.

- El programa de intervención para los niños y niñas se basó en técnicas cognitivo-conductuales distribuidas en 16 sesiones de 45 minutos. De las cuales se centró en la potenciación del control inhibitorio, se les enseñaron técnicas de autoinstrucción y para el trabajo con el plano interpersonal se combinaron técnicas de solución de problemas, control de ira y enseñanza de habilidades sociales.
- El programa de intervención para padres fue adaptado del programa realizado por Barkley (1987), el cual fue conformado por 10 sesiones de 2 horas aproximadamente. Tocando temas como información general sobre el TDAH, técnicas de modificación de conducta y finalizó con una orientación para que los padres mejoren la salud emocional de sus hijo/as.
- El programa de intervención para los profesores fue una adaptación del realizado por Miranda y sus colaboradores (1999). El cual se conformó por 10 sesiones con una duración de aproximadamente 4 horas cada sesión, proporcionando temas como: conocimientos generales sobre el TDAH, técnicas de modificación de conducta, técnicas de autoinstruccionales, autoevaluación reforzada, adaptaciones físicas y organizativas en el aula.

Las sesiones se llevaron a cabo en horario escolar, donde la base fundamental era la comunicación entre niños y niñas, padres, madres, docentes y terapeutas a través de diferentes medios.

Se realizaron dos evaluaciones para el impacto de la intervención, una inmediatamente al término de la intervención y otra un año después; para las cuales los autores tomaron como referencia las calificaciones de los escolares. Los autores concluyeron que la evolución del desempeño académico, social y personal de los niños y niñas con TDAH había mejorado significativamente después de la intervención y aún después de un año los efectos de la intervención se mantenían.

Cabe resaltar que los autores pretendían resaltar la importante labor del psicólogo escolar ya que “se encuentra en una situación óptima para abordar los diferentes planos del funcionamiento en el tratamiento de niños y niñas con TDAH y potenciar la colaboración escuela- hogar” (Presentación, Siegenthaler, Jara y Miranda 2010, p. 783).

Por otra parte, el trabajo de grado realizado por González (2019) consiste en la aplicación de una intervención que parte del aprendizaje individualizado para mejorar la lectoescritura en una niña de 9 años de edad que padece TDAH (subtipo predominante inatento). Durante toda la intervención se reforzó positivamente todas las veces que hacía las cosas correctamente con el fin de reforzar su autoconfianza y motivar para realizar sus tareas. Las sesiones se planearon con una alta motivación y de forma dinámica, ejerciendo una alta implicación de la infante. Las sesiones tienen una duración de 45 minutos, dos veces a la semana, por 3 semanas. Tratando temas como: la conciencia fonológica, la atención y la articulación de fonemas. Los resultados mostraron una mejora en el proceso y estrategias aplicadas en la lectoescritura, la autora afirma que esta intervención no es aplicable a otros casos de TDAH debido a que no todos los niños que presentan TDAH tienen los mismos síntomas, ni tampoco la forma o el ritmo en el que aprenden, por lo que cada actividad debe ser ajustada a cada caso para conseguir resultados exitosos.

4.4 Intervención Educativa en Trastorno Oposicionista Desafiante

Después de ser detectado y diagnosticado, se puede afirmar que la principal problemática del TND radica en la conducta oposicionista con las figuras de autoridad y en la mayoría de casos esta conducta perjudica las relaciones con sus iguales y su rendimiento académico. Por ello, el trabajo en contextos escolares con niños y niñas que padecen TND es orientado a establecer estrategias o programas para adecuar los contenidos curriculares y académicos con el fin de ir aminorando las conductas disruptivas (Angulo, Fernández, García, Ongallo, Prieto y Rueda, 2008; García, *et. al.*, 2011; Rabadan, Gimenez y Hernandez, 2011; Aires, Herrero, Padilla y Rubio, 2015). Es decir se tomarán en cuenta las características del alumno para diseñar una intervención educativa que

considere que la sintomatología del TND radica en la hostilidad, agresividad y las conductas asociales, por ende se tendrán que llevar a cabo estrategias o programas que le permitan desarrollar habilidades sociales que mejoren su convivencia; por otra parte se deberán aplicar estrategias orientadas a la adecuación curricular para que el infante logre adquirir los conocimientos correspondientes a su edad (Rabadan, Gimenez y Hernandez, 2011).

Bernal, Valencia y colaboradores (2013) en su investigación para obtener el grado enlistaron algunas de las estrategias educacionales y adaptativas para niños y niñas con edades de 6 a 10 años.

- Evitar las luchas de poder con el infante.
- Establecer reglas claras y ser lo bastante claro sobre cuáles no son negociables.
- Fijar horarios, así el niño o niña saben qué esperar después de cada tarea.
- Elogiar a los infantes cuando respondan positivamente.
- Cerciorarse de que el trabajo académico esté en el nivel apropiado, ya que cuando el trabajo es demasiado duro, los estudiantes se frustran y cuando es demasiado fácil, se aburren.
- Evitar los materiales “infantiles” para enseñar habilidades básicas. Seleccionar los materiales que animen y sean relevantes a las vidas de los estudiantes.
- Las instrucciones deben ser dadas a un paso lento.
- Reforzar su cooperación permitiéndoles que realicen una actividad de su preferencia o bien, que encuentren más agradable o menos difícil.
- Enseñar sistemáticamente habilidades sociales, como el manejo de la ira, estrategias de resolución de conflictos y comunicación asertiva.
- Proporcionar consistencia, estructura y consecuencias claras para el comportamiento del estudiante.
- Planear las transiciones de una actividad a otra cuidadosamente de modo que se reduzca al mínimo el tiempo muerto; ya que a los estudiantes con TOD les va mejor cuando se mantienen ocupados.

- Elevar el funcionamiento de estudiantes con el uso de la instrucción individualizada, señales, dividiendo las tareas académicas, interrogando, entrenando y proporcionando incentivos positivos.
- Permitir que los estudiantes realicen de nuevo tareas ya entregadas, con el fin de mejorar su calificación final.
- Preguntar a los padres qué funciona en casa.

En el caso de niñas y niños con TND Bernal, Valencia y colaboradores (2013) afirman que la participación activa y el seguimiento del tratamiento conductual en casa hace la diferencia en el desarrollo integral. También señalan que es importante que el docente o profesional a cargo de la intervención educativa conozca la intervención conductual como herramienta pedagógica.

Por otra parte, existen intervenciones basadas en programas de corte cognitivo-conductual altamente efectivos especializados encaminados a mejorar su autocontrol, desarrollar su capacidad de introspección, incrementar sus conductas adaptadas y disminuir las inadecuadas, potenciar sus habilidades sociales y de interacción con sus iguales y los adultos (García, *et. al.*, 2011). La Guía Práctica “Trastornos de la conducta, una guía de intervención en la escuela” ofrece muchos programas para el apoyo a niños con problemas de conducta, algunos de ellos se mencionan a continuación (García, *et. al.*, 2011).

- Programa de contingencia: el programa realizado por Miranda y colaboradores (1998) está dirigido a disminuir/eliminar las conductas agresivas de niños a través del autocontrol de la ira y la frustración.
- Programa para aumentar la reflexión: Servera, Bornas y Galván (2002) proponen un programa para reducir el comportamiento impulsivo sustituyéndolo por la reflexión sistemática para la toma de decisiones.
- Programa para la resolución de problemas: Camp y Bash (1998) realizaron un programa para promover el desarrollo de las habilidades de resolución de problemas a través del entrenamiento de la mediación verbal en problemas sociales y cognitivos.

- Programa para el desarrollo de habilidades sociales: Monjas (2006) crea un programa para promover la competencia interpersonal con el fin de que los infantes desarrollen relaciones positivas y satisfactorias entre sus iguales o personas adultas.

Estos programas pueden ser aplicados en el contexto escolar con el fin de desarrollar habilidades que beneficien el desarrollo íntegro de las niñas y niños con TND evitando que los síntomas afecten su desempeño escolar.

Sin embargo, existe un número limitado de investigaciones que comprueben la eficacia de los programas anteriormente mencionados.

Uno de ellos fue realizado por Mateu y Sanahuja (2020), que consistió en la intervención en un menor de 6 años de edad diagnosticado con TDAH y TND, el cual se encuentra cursando el primer grado de Educación Primaria. La intervención es de carácter multidimensional y multitextual, abordado desde el departamento de psicopedagogía.

- Intervención en el ámbito educativo: consistió en un entrenamiento emocional centrado en las emociones propias y de los demás, realizado por diferentes docentes de la escuela capacitados para esta intervención; además de la identificación de conductas disruptivas y aplicación de estrategias de modificación de conductas, por parte de la profesora a cargo del grupo.
- Intervención en el contexto familiar: el departamento de psicopedagogía le dio seguimiento al caso realizando reuniones periódicas con la madre del menor, en las cuales se le facilitaron una serie de técnicas cognitivo-conductuales para que las pudiera llevar a cabo en el hogar, además de brindarle toda la información y material necesario para llevar a cabo las mismas. Además, el departamento de psicopedagogía se mostró accesible para aclarar dudas sobre alguna técnica o de naturaleza personal.

Mateu y Sanahuja concluyeron que la intervención en el ámbito escolar, tanto en el programa de emociones como en el de modificación de conducta habían obtenido cambios significativos disminuyendo el nivel de agresividad en el menor, además de mostrar una mejora en el reconocimiento sus emociones y sentimientos y las emociones

y sentimientos de los demás individuos que lo rodean, mientras que la intervención en el ámbito familiar marcó una recaída por lo que se tuvieron que volver a aplicar las técnicas.

Los autores sostienen que este trabajo pretende destacar la presencia del psicopedagogo durante todo el proceso (detección, intervención y seguimiento), resaltando su labor y funciones en la intervención individualizada dentro del contexto escolar.

4.5 Conclusión

En la mayoría de los casos las patologías psiquiátricas son detectadas en la escuela, debido a las repercusiones que los alumnos y alumnas presentan en su rendimiento escolar. Por ello es importante la implicación del docente o de un psicopedagogo en la detección, canalización e intervención de sus estudiantes con alguna patología psiquiátrica.

Una vez que el niño o niña recibe atención médica para su trastorno, es conveniente que los agentes educativos (ya sea docente, docente de apoyo o psicóloga/o educativo) se encuentren informados acerca de los conocimientos generales sobre el trastorno, tratamiento y los avances o retrocesos que el menor va teniendo; el trabajo conjunto con los especialistas asegurará el éxito de la intervención educativa, ya que ellos dotarán de la información requerida y posibles estrategias, técnicas y herramientas necesarias para el desarrollo escolar del estudiante.

Las técnicas y estrategias presentadas anteriormente aunque son dirigidas a docentes, para ser aplicadas en situaciones de aula, la mayoría de ellas son aplicables en cualquier tipo de intervención educativa, ya que se toman en cuenta factores como: los tiempos de realización de las actividades, las instrucciones que se les dará, la estructura de las actividades, la dificultad de las tareas, la disponibilidad para que el alumno logre terminarlas, las normativas durante la sesión y la flexibilidad que los agentes educativos presenten.

Estas técnicas y estrategias serán elegidas dependiendo de las necesidades que estén presentes en cada caso y los objetivos que se pretendan alcanzar. Siendo la escuela uno de los espacios en donde se puede detectar y tratar trastornos psiquiátricos, logrando atender una población grande de niños, niñas y adolescentes.

Es importante destacar que durante mi investigación no encontré ningún artículo que especificara una intervención en el área de lectura con población que padeciera alguno de los tres trastornos descritos (TDAH, TND, depresión). Aunque estos trastornos tienen grandes probabilidades de afectar la lectura en los niños y niñas que lo padecen, cada caso es particular debido a que las manifestaciones del trastorno no se presentan de la misma forma en todos los casos.

Ahora bien, debido a que cada individuo presenta una diversidad de rasgos en la patología que padece, los especialistas deben actuar de forma interdisciplinaria manteniendo comunicación constante entre sí, informando el tratamiento farmacológico, conductual, cognitivo-conductual y educativo, además de los avances y retrocesos que el individuo vaya presentando en las diversas esferas. Haciendo hincapié que este trabajo en equipo garantizará el éxito en el tratamiento del individuo.

El trabajo interdisciplinario le brindará al docente la siguiente información: las particularidades del trastorno que padece el escolar a nivel conductual y cognitivo; las dosis del medicamento que recibe, su duración y posibles efectos; el tratamiento conductual, cognitivo-conductual o cognitivo que se lleve a cabo en el ámbito clínico y psicoeducativo, que facilitará el trabajo en el aula, la adquisición de conocimientos, y el aprendizaje de estrategias de autorregulación; a la par de otro tipo de atención educativa extra que reciba. Con esta información el docente brindará apoyo a partir de la comprensión del padecimiento y no solo como dicta el plan de estudios, ya que una perspectiva basada en la comprensión permite elaborar las adecuaciones necesarias, integrando las estrategias anteriormente señaladas.

Desafortunadamente en mi experiencia he podido presenciar pocos casos que llevan a cabo esta práctica, el caso de José es un claro ejemplo de la falta de comunicación entre el ámbito clínico y el escolar.

Capítulo 2

Procedimiento

Introducción

Después de haber abordado a profundidad los trastornos: Depresión, TDAH y TND en la infancia y sus implicaciones en el ámbito escolar, este capítulo se centrará en explicar la comorbilidad de estos trastornos en un caso específico y su intervención educativa.

Este capítulo inicia con la descripción del caso de José un niño de 10 años de edad; de modo que se detallarán aspectos importantes de su desarrollo, el contexto familiar en el que se desenvuelve, su trayectoria académica y su historial clínico. Para la realización de este primer apartado se recopiló la información del testimonio de la abuela materna (tutora) y dos de sus docentes, utilizando como instrumento una entrevista semi-estructurada, además de la recopilación de pruebas psicológicas y pedagógicas realizadas en el Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro, con el fin de detectar sus necesidades y planear una intervención que tomara en cuenta los datos obtenidos.

En seguida se explicará la planeación a detalle de la intervención: los objetivos que se desean alcanzar con esta intervención, cada una de las actividades y estrategias que se pensaron para cubrir las necesarias de acuerdo a sus diagnósticos.

Para finalizar con la descripción detallada de cada una de las actividades realizadas con el menor, teniendo como fin registrar los alcances de cada una de las actividades y estrategias llevadas a cabo.

1. Descripción y Detección de necesidades

José (este nombre se utilizará como seudónimo para proteger su anonimato), Masculino de diez años, de edad, cursa el cuarto año de primaria con diagnóstico F32.1 Episodio Depresivo Moderado, F90.0 Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (presentación predominante falta de atención), F93.0 Trastorno Oposicionista Desafiante. Su núcleo familiar primario se encuentra conformado por sus dos hermanos menores: una femenina de nueve años y un masculino de siete años. Su abuela materna es su tutora legal, tiene cincuenta y cuatro años, se dedica al hogar, sigue en revisión médica por cáncer de matriz, cuenta con el apoyo de su marido de ochenta y un años, de edad, el cual es pensionado. José también habita con una de las tías de treinta años, soltera con una niña de tres años; trabaja como recepcionista. El abuelo y la tía de José solventan el gasto del hogar (en la figura 1 se presenta el familiograma). La familia habita en casa propia con todos los servicios incluyendo internet.

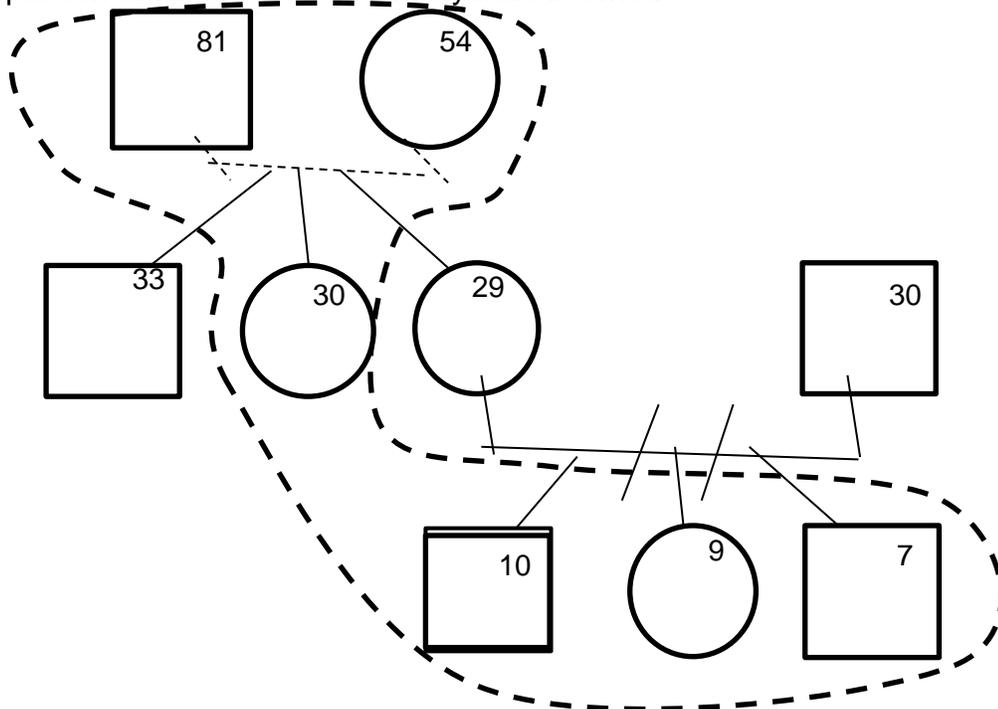


Figura 1. En el familiograma se muestran las personas que constituyen el círculo primario de José. Los círculos se usan para representar a las féminas y los cuadrados para señalar a los varones, cada uno de ellos contiene un número en la parte superior derecha el cual representa la edad de la persona. Las líneas se usan para marcar una unión; en el caso de los abuelos representa una unión libre, en el caso de los padres muestra una doble línea indicando que se encuentran separados; y las líneas que subyacen de ellas son los hijos que engendraron las parejas. Finalmente, la línea punteada que encierra algunas personas indica las que viven con José.

Al momento de la concepción sus progenitores se encontraban casados, José, no fue planeado ni deseado. El embarazo tuvo una duración de nueve meses, en los cuales, fue monitoreado en instancia hospitalaria pública. Durante el embarazo hubo carencia de estabilidad emocional en el hogar, debido a peleas constantes entre la pareja. El embarazo tuvo una duración de nueve meses por lo que el parto fue a término: José nace vía cesárea, el recién nacido lloró de inmediato al nacer, sin lesiones aparentes presenta un tono amarillo en la piel y se prolongaron sus cuidados en incubadora.

Desde el primer momento fue alimentado con fórmula, ya que la madre se negó a darle leche materna. Dejó el biberón aproximadamente al año ocho meses. De inmediato la abuela se hizo cargo de él, ya que los padres recurrían a ella cuando no podían hacer que parara de llorar. Comenta la abuela que la mayor parte del tiempo ella se hacía cargo de José.

Su sonrisa espontánea surgió a la edad de dos meses mes y medio, al mismo tiempo empezó con el juego manual. Se sentó solo a la edad de seis meses, no presentó gateo, se sostuvo en pie a la edad de un año cinco meses, con ayuda de la andadera y de sus cuidadores primarios, sus primeros pasos fueron aproximadamente a la edad de un año cinco meses a dos años tres meses. Presentó problemas en la marcha, se tropezaba continuamente. Subía y bajaba escaleras a los tres años. Sin embargo, manifestaba miedo al correr, sentía que se iba a caer, debido a esta situación él empezó a correr hasta la edad de cuatro años.

En cuanto a su desarrollo del lenguaje, comenzó a balbucear al mes de nacido, siendo a la edad de dos años ocho meses que pronunció sus primeras palabras, su desarrollo fue lento debido a que el entorno familiar no favorecía el uso del lenguaje oral, siendo mamá su primera palabra. Pronunciando frases completas a la edad de tres años. Debido al desarrollo tardío de su lenguaje recibió terapia de lenguaje.

Asistió a la guardería cuando tenía dos años y medio de edad ahí se le enseñó el control de esfínteres; para ello, le pidieron a la abuela calzones entrenadores posteriormente con calzón de tela. Comenzó a avisar a la edad de dos años once meses. En la casa tenía la ayuda de la abuela quien hablaba con él de la preparación para ir al sanitario.

Su madre lo abandonó a los tres años de edad, a la fecha los va a visitar o les habla por teléfono de manera inconstante, las visitas/llamadas varían entre 1 mes a 3 meses para volverlas a realizar. La abuela comenta que después de sus visitas nota al niño muy feliz por las promesas que le hace su madre, lo que consiste en regalos o próximas visitas. Sin embargo, no las cumple y José se siente triste o enojado por prolongados periodos de tiempo. La abuela ha considerado como una opción alejar a su madre de los niños, pero su marido está en desacuerdo con esta decisión.

Descripción de un fin de semana con su madre: llega a las cuatro de la tarde, se va a las siete de la noche. Asiste con intenciones de platicar con la tutora y con sus hermanos. Les hace promesas a sus hijos como salir de paseo y no las cumple. Su abuela ha llegado a ponerle condicionantes para poder retirarse de su hogar: “no te vas de aquí hasta que ellos terminen la tarea, revises que preparen sus cosas para la escuela y los prepares para dormir”. Sin embargo, pone pretextos para irse.

La abuela habla con ellos de esta situación con frecuencia, ya que José anteriormente preguntaba por qué su papá y su mamá no lo querían y por qué lo habían dejado. La abuela narra que José le ha dicho que: “la mamá es la que está ahí siempre, y por eso ella es su mamá, la otra es mamá Jimena porque lo tuvo, pero su abuela también es su mamá”. Narra su abuela que con frecuencia llora porque ella los dejó, y el niño no entiende cómo su madre puede preferir a su pareja que a ellos.

El abandono por parte de su madre y las falsas promesas son uno de los principales factores que determinan la aparición de la depresión infantil (Cuervo e Izzedin, 2007; Del Barrio et al. 2007; Del Barrio, 2010), ya que presenta conductas como llorar la mayor parte del tiempo después de la partida de su madre, ánimo disminuido, desinterés por las actividades, irritabilidad, se mantenía alejado de los otros niños y niñas.

La vida escolar de José dio inicio en el Jardín de Niños “Castillo de Windsor” ubicado en Nochebuena Cd. Jardín, Alcaldía Coyoacán, CDMX; cabe mencionar que se trata de una institución de paga, la misma en la cual trabaja la abuela, en área de limpieza; “esta empezó a notar que no tenía amigos, siempre estaba completamente solo, se sentaba en un rincón y ahí permanecía la mayoría de tiempo, estaba muy mal” dice la tutora. Sin

embargo, él realizaba el trabajo en clase sin ningún problema, egresó sabiendo sumar, leer, además de hablar un poco de inglés, en particular esta última materia era de su agrado. En el jardín de niños cuando ya iba en preprimaria le hicieron la recomendación de llevarlo a terapia psicológica por iniciativa de una de las maestras de José, le recomendó una psicóloga. La tutora siguió la recomendación, acudió con ella presentándose dos veces por semana durante las cuales la psicóloga le aplicó pruebas psicométricas.

Ingresa a nivel primaria en una institución pública: Escuela Primaria “Gral. José Mariano Monterde” que se encuentra en la Alcaldía Tlalpan, calle: Camino Ant. San Pedro Martir No. 315, dentro de las instalaciones de la zona habitacional del Honorable Colegio Militar. Trabaja durante el turno matutino y es de horario ampliado, tiene un total de 629 alumnos, tiene 30 profesores y 18 grupos, la población se caracteriza por ser hijos de militares en su mayoría. Su infraestructura cuenta con áreas deportivas y recreativas, patio o plaza cívica, 18 salones, una sala de cómputo, una biblioteca, 5 sanitarios. Cuenta con todos los servicios luz, teléfono, internet, drenaje.

El problema escolar de José se presenta durante el primer grado de educación primaria, teniendo como principal problemática paradójicamente el gozar de más conocimientos que sus compañeros: la abuela comenta que sabía más que los demás niños/as y la maestra (con fines de facilitar la lectura se le asignará el seudónimo de Hortensia), le pedía que dejara de utilizar el idioma inglés en el salón de clases: “como él iba adelantado y sabía más que el resto de los niños a la maestra Hortensia no le agradó y con esta actitud de la docente se detonó el problema” dice la abuela. Los problemas se duplican al ser violentado por la maestra Hortensia, la abuela comenta que le empezó a pedir que hiciera los números en español, que no hablara tanto en inglés, llegando a recibir burlas por parte de la profesora Hortensia. Comenta que hubo una ocasión en la que la profesora le hizo el comentario de que José no sabía sumar, y no sabía restar, la tutora muy enojada le explicó que en el preescolar había adquirido esos conocimientos, evidenciando su argumento con los cuadernos, libros y trabajos, haciéndole saber que no había tenido problema en su desempeño durante el preescolar, declarando que el problema fue al ingresar a nivel primaria. Además de esto, la puso en evidencia con la directora, esto

molestó a la maestra Hortensia y como consecuencia, comenta la abuela: “la maestra Hortensia tomó una actitud de venganza en contra de José, le gritaba, lo jaloneaba, hubo una ocasión en que la maestra lo agredió físicamente, le arrojó su mochila aventándolo contra la mesa y le abrió la frente”. De igual manera, sufrió agresión psicológica: estando la maestra Hortensia embarazada, le repetía a José que si la hacía enojar iba a perder al bebé y si perdía al bebé iba a ser su culpa.

Además de esto José era blanco de agresiones de un compañero mayor que él, la mayoría de las veces lo esperaba al ingresar a la escuela aprovechando algún momento para pegarle.

Después de este hecho el José ya no trabajaba se metía bajo la mesa, decayó su ánimo por aprender, para la realización de una tarea solo contestaba con un no sé.

La tutora (abuela de José) acudió a zona escolar presentando su caso para que se tomarán las medidas necesarias por las agresiones a José. Sin embargo, no destituyeron a la maestra. Tampoco fue levantada una denuncia en su contra por agresión física hacia José.

Si bien, José ya mostraba conductas depresivas con el distanciamiento de su madre, estas aumentaron con las constantes agresiones por parte de las profesoras y sus compañeros, además de propiciar una actitud desafiante con sus futuros profesoras/es, como hacerles travesuras, escaparse de las clases y desobedecer sus indicaciones.

José recibió ayuda de UDEEI (Unidad de Educación Especial y Educación Inclusiva) de la cual se encontraba a cargo la profesora Teresa (se utiliza un seudónimo). Sin embargo, comenta su abuela que de igual forma la maestra Teresa comenzó a atacarlo; ella le decía que no sabía, que no quería hacer nada, que nada más se molestaba. Lo regañaban y él siempre buscaba un lugar en donde esconderse, en lugares como: el cuarto de limpieza, o en el baño de los profesores, en los cuales se encerraba. Por otra parte, cuando la docente ya no lo querían dentro del salón lo sacaban, así que José caminaba en el patio, lo que llevó a que una vez se saliera de la escuela.

Debido a esto “José les empezó a hacer travesura y media a las maestras de UDEEI” señala la abuela, ella preguntaba el motivo de esas travesuras y siempre la culpa era de José. La abuela narra que una ocasión José tiró el café de la docente Teresa sobre su escritorio.

A partir de esta experiencia José presenta un retroceso significativo en su conocimiento ya que los aprendizajes adquiridos durante el preescolar desaparecieron (José refería no saber algo cuando se le preguntaba, a pesar de que era conocimiento que ya tenía en el pasado). Trayendo como consecuencia la dificultad en el aprendizaje de los nuevos contenidos, dejó de aprender en todas las materias, ya que no quería realizar los ejercicios y decía que él no sabía nada, todos los conocimientos que tenía se perdieron en especial el relacionado con la lectura.

José pierde un año escolar debido a la problemática que surgió con las docentes Hortensia y Teresa, la psicóloga que seguía atendiendo a José le recomendó a la abuela que lo llevara al Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” ya que su psicóloga detectó una exacerbación de las problemáticas conductuales que afectaban directamente en su rendimiento académico. Fue diagnosticado por expertos del Hospital Psiquiátrico Infantil, el 22 de Febrero del 2015 con F32.1 Episodio Depresivo Moderado, F90.0 Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (presentación predominante falta de atención), F93.0 Trastorno Oposicionista Desafiante, de acuerdo con los criterios diagnósticos del DSM-5 (Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales) y la CIE 10 (Clasificación Internacional de Enfermedades). En la actualidad es medicado con metilfenidato y sertralina.

Debido a su historia clínica fue canalizado al área de emociones y de psicopedagogía que le realizó la siguiente evaluación.

Psicopedagogía

La nota de evaluación inicial realizada por psicopedagogía tiene fecha del 14 de octubre del 2015 en la que se ocupa un instrumento diagnóstico diseñado en esta área para detectar las necesidades de los alumnos, el cual abarca dos áreas de conocimiento, español y matemáticas.

Conducta observada

Desde su ingreso al consultorio se muestra cooperador, siguiendo indicaciones dadas por la psicóloga, presenta lapsos cortos de atención ya que se distrae constantemente, pero cuenta con adecuado ritmo de trabajo. Sin embargo, al paso de 50 min, comienza a voltear hacia los juegos, refiriendo que ya se está aburriendo, presentando paulatinamente poca tolerancia a la fatiga. Cabe mencionar que usa muy poco el lenguaje y en varias ocasiones se observó que, al terminar de realizar una actividad, golpea con la mano la mesa para avisar que ya había terminado, conducta que se mostraba un tanto agresiva.

Análisis de datos recogidos de pruebas diagnósticas:

❖ **Habilidades académicas**

- Aspectos temporales: José identifica la fecha en que se realizó la valoración, sabe diferenciar si es día o es de noche, conoce los días de la semana y parcialmente los meses del año.
- Aspectos espaciales; Sabe en qué lugar se encuentra, identifica las partes de su cuerpo, discrimina arriba y abajo, de derecha e izquierda, teniendo consolidada la lateralidad en sí mismo, pero no de espejo.

❖ **Área de lenguaje:** Logra definir conceptos adecuados a su uso y funcionalidad.

- Pelota: de básquet, de fútbol, juegas con ella.
- Zapato: para que caminen.
- Casa: para que se sienta seguro.
- Plato: para comer.
- Coche: para que nos vaya a dejar a otro lugar.
- Perro: para pasear.

❖ **Área cognitiva:** reconoce de manera visual una amplia gama de colores, identifica diferentes formas (flecha, campana, lápiz), tamaño (chico, mediano, grande), logra percibir figura-fondo en una imagen y presenta secuencia y memoria auditiva.

❖ **Coordinación motriz:**

Fina: no logra colorear en una sola dirección, ni respeta el contorno de una figura, es capaz de trazar líneas rectas, curvas y en zigzag sujeta de forma adecuada las tijeras, y logra recortar las líneas antes mencionadas. Sin embargo, no respeta los límites marcados, por lo cual rompe la hoja. Es capaz de vestirse, abrochase sus botones, subir cierres, pero no puede atar las agujetas.

Gruesa: marcha con dificultad, salta, lanza, pateo, mantiene el equilibrio y bota una pelota.

❖ **Dibujo figura humana:**

El menor realiza un dibujo en el cual omite dos ítems esperados para su edad lo cual sugiere un nivel de madurez normal bajo. Se encontraron indicadores emocionales que pueden sugerir inseguridad y angustia.

❖ **Escritura:**

Se aplica valoración de nivel preescolar, debido a que no cuenta con los elementos para la escritura en forma, únicamente escribe su nombre de pila.

- **Escritura libre:** al pedirle una historia únicamente escribe una palabra simple con presencia de transposición ya que escribe “amam” en vez de mamá, su letra es grande y es emitida en dos trazos. Aún no cuenta con los elementos para redactar una historia.
- **Copia:** el menor es diestro, es capaz de copiar dos enunciados cortos en los cuales se observa macrografía, inadecuado manejo de espacio gráfico ya que tiene que unir las palabras y le es difícil llevar una línea recta cuando escribe. La copia fue realizada de forma mecánica, por lo cual no hay comprensión de lo copiado, se decide a leer las dos oraciones y posterior a un tiempo considerable se pregunta sobre las mismas, ante lo cual presenta buena memoria ya que recuerda el contenido de lo que se leyó.

- Dictado: al dictado de palabras simples, se observa en José un nivel de escritura presilábica con escasas correspondencias.

❖ **Lectura:**

Diferencia una palabra de una imagen que le corresponde, discrimina letras de signos y letras de números, identifica y lee vocales. Reconoce 9 de 27 letras del alfabeto, pero algunas las refiere por su nombre y otras por su sonido; a las letras restantes, les asigna un nombre, pero de forma incorrecta. A la lectura de las palabras simples, logra leer algunas sílabas y palabras cortas con los fonemas m y s de forma silábica sin reintegración.

❖ **Cálculo matemático:**

Cuenta con concepto de número y es capaz de asignar el número correspondiente a un conjunto de figuras, logra realizar una serie numérica hasta el 10 observando inversión en los números 5 y 6, cuenta con estado de conservación. Reconoce el signo de suma y las realiza con apoyo, aún no conoce el concepto de resta. Toma dictado de cantidades hasta de 10 cometiendo algunos errores. Reconoce 3 o 4 figuras geométricas.

En este examen se logran distinguir problemas en la atención, necesidad constante por mantenerse en movimiento y conductas que desafían a la autoridad. Además de un atraso significativo en el área de lectura y escritura.

Para complementar el tratamiento de psicopedagogía el área de emociones lo refiere al programa de “Sigamos Aprendiendo... en el Hospital” como parte de la terapia.

En la actualidad sigue recibiendo apoyo en el hospital en terapia de emociones y atención en el programa “Sigamos Aprendiendo... en el Hospital”. Este programa tiene como propósito atender las necesidades educativas de niñas, niños y jóvenes que por alguna enfermedad hayan tenido que ser hospitalizados, o que tengan visitas recurrentes al hospital, puedan continuar con sus estudios, iniciarlos, o en algunos casos incluso reintegrarse a sus escuelas de origen.

El paciente acude en la modalidad de vinculación. Esta modalidad consiste en integrarse al salón de clases en el hospital una vez a la semana el día miércoles de 9:00 a 13:00 horas, en horario escolar. Los trabajos que realiza durante las clases en el programa “Sigamos aprendiendo...en el Hospital” se reporta en una plataforma perteneciente a la SEP llamada SAIS que permite a la profesora de su escuela regular considerar los trabajos realizados durante su inasistencia a su escuela regular.

La docente del programa comenta que durante las clases se nota ausente al momento de darle indicaciones, no se concentra para realizar el ejercicio por ello se dificulta iniciar el trabajo con él. Prefiere jugar con el material didáctico.

“José manifiesta mucha resistencia mostrándose enojado cuando se le pide que realice la actividad, especialmente si se trata de leer o el simple hecho de copiar lo que escribo en el pizarrón. Se justifica objetando cansancio y dolor corporal principalmente de cabeza, manos, pies y cuello, además de salir constantemente al baño para evitar los trabajos en clase, por ello no se tiene el conocimiento para constatar las habilidades o barreras que José presenta. Necesita apoyo total para realizar un trabajo, y su duración puede alargarse durante todo el día. Se distancia de sus compañeros y los esfuerzos por integrarlo a la convivencia resultan intrascendentes”.

Los síntomas que presenta en la escuela encajan perfectamente con su diagnóstico de TDAH debido a que no puede mantener la atención, se muestra ausente, se sale con frecuencia del salón de clases, además de algunos de los síntomas oposicionistas como: mostrándose enojado con las autoridades y evadir las indicaciones de la profesora.

El 5 de diciembre de 2018 es canalizado al área de psicología para que lo valoren en sus procesos cognitivos. Resaltando que anteriormente se le habían valorado en las consultas que tenía con la psicóloga durante el preescolar la cual determinó un CI de 92. Sin embargo, los especialistas durante la evaluación clínica sospechan de un rendimiento menor a los rangos normales, siendo confirmada por la valoración A.C.A (Análisis Conductual Aplicado).

Para la valoración se realizaron las siguientes pruebas:

Bender visomotor: el menor realiza la reproducción de modelos gestálticos presentando algunos errores permitidos para su edad, por lo que su percepción visomotora se considera Normal (bajo), ya que su desempeño sugiere una edad equivalente de 8.6 años a 8.11 años, es decir, se encuentra por debajo de su edad cronológica; por otro lado podemos observar indicadores emocionales sugerentes de un planteamiento pobre e incapacidad para organizar el material, también se relaciona con confusión mental.

DFH: el dibujo de la Figura Humana que realizó José proporciona un resultado que indica un nivel de rendimiento y madurez normal bajo; además podemos encontrar datos sugerentes de: sentimientos de inadecuación intelectual, temor al castigo, sentimientos de culpa, timidez, conducta retraída y ausencia de agresividad manifiesta.

WISC-IV: José obtuvo un CI total de 79 puntos, por lo que su capacidad intelectual global se clasifica como limítrofe. El CIT solo puede ser considerado como una estimación unitaria e interpretable que sintetiza la capacidad intelectual global cuando entre la puntuación más elevada y la más baja existe una diferencia igual o menor a 23. En este caso esa diferencia de 28 puntos es decir el CIT *no refleja una estimación confiable de su capacidad intelectual*.

Se le aplica una batería de pruebas correspondiente a una valoración de Procesos Cognitivos, en la cual, se puede concluir que presenta un CI total de 79, por lo que su habilidad intelectual general se clasifica como rango limítrofe. En el área de comprensión verbal obtuvo una puntuación de 93 la cual se considera normal. En razonamiento perceptivo obtuvo una puntuación de 92 la cual se encuentra en un rango normal. El área de memoria de trabajo obtuvo un total de 65 puntos lo cual se considera discapacidad intelectual leve, además de ser un indicador de TDAH, debido que este perjudica la memoria de trabajo (Servera-Barceló, 2005; Soutullo y Díez, 2007; Marcia, 2012). Y finalmente, en el área de velocidad de procesamiento obtuvo 78 puntos situándose en el rango limítrofe.

Las citas son regulares y acude cada mes. Sin embargo, fue cambiado de psiquiatra ya que la primera falleció. Durante el cambio la psiquiatra lo dejó sin receta médica por ello

la abuela no pudo comprar su medicamento y estuvo un mes sin él ella lo veía bien, y cuando retomó el tratamiento “empezó de hiperactivo, muy chillón, muy melancólico, muy agresivo, era una cosa horrible, empezó a cortar muchas cosas y a decir muchas tonterías como: que iba a matar a su hermano, que le iba a pegar cosas así feas” relata la abuela.

Como se puede apreciar los síntomas de TDAH y TND se agudizan después de ser retirado el medicamento lo que da un claro panorama de la manifestación de las patologías mentales que padece José.

Hoy en día sigue su tratamiento farmacológico y terapéutico, asistiendo una vez al mes a revisión por el psiquiatra. Además de recibir el apoyo en el programa Sigamos Aprendiendo... en el Hospital.

En la actualidad sigue asistiendo a la Escuela Primaria “Gral. José Mariano Monterde” se encuentra en cuarto grado atendido por la maestra Carmen (se utiliza un seudónimo para proteger el anonimato) se encuentra con el niño desde el inicio del ciclo escolar 2018-2019. El salón de José es uno de 3 grupos de cuarto grado. Tiene asignado una sección del área verde que se encuentra a un costado. Su grupo está conformado por un total de 36 alumnos y la docente Carmen comenta que tiene 5 niños con actitudes disruptivas (hay que recordar que la población de la escuela se encuentra conformada en su mayoría por hijos de militares). José se sienta en la primera línea de bancas, frente al pizarrón, su hermana menor comparte el mismo salón de clases (recuérdese que José perdió un año escolar).

La abuela comenta que la maestra Carmen muestra paciencia con José ya que a éste no le gusta trabajar dentro del salón de clases, se sale del salón con frecuencia, o a veces indica que le duele la cabeza o tiene sueño la docente le permite tomar aire para que pueda regresar a trabajar, cuando es regañado se esconde o se sube a los árboles o en piedras grandes, la abuela las veces que ha sucedido llaman a la abuela para bajarlo.

“En la escuela se sube a los árboles de la escuela una vez la maestra intentó bajarlo por miedo a que se cayese, en el intento de bajarlo la maestra se cayó y se lastimó, la maestra Carmen me dijo que no había problema (ella es muy comprensiva), lo único que puedo hacer es pedirle disculpas”

La maestra Carmen describe su relación con José de la siguiente manera: “Siento que es buena”. Comenta que ella ha tratado de darle confianza. Argumenta que a ella le gusta trabajar la parte emocional con sus alumnos, qué es tan importante como el contenido que se les imparte en la escuela. Ella quiere lograr que José se sienta feliz en el salón.

“A pesar de que viva cosas difíciles en su casa yo quiero que venga a la escuela y se sienta feliz”.

Además de eso ella trata de platicar con José de las cosas en las que debe cambiar:

“Al principio él se salía del salón diario, así que un día traté de que hiciera conciencia que yo no podía salir a buscarlo todos los días y dejar a sus compañeros solos, desde ahí solo se ha salido sin permiso una o dos veces más”.

La docente Carmen trata de dialogar con él sobre las consecuencias de sus actos.

“Creo que llevo una buena relación”.

Durante todo este tiempo que lleva trabajando con él, la problemática más significativa que ha enfrentado ha sido que trabaje en su cuaderno, argumenta que:

“Cuando se le dice que copie del pizarrón no lo hace y nos cuesta mucho que lo haga”.

Otra problemática a la que se enfrenta en el aula de clases es que su visión es limitada:

“Nos hemos percatado la maestra de inglés y yo que no ve bien, se debe parar y acercarse mucho al pizarrón para ver bien lo que está escrito”.

La docente platica que ya le dijo a su mamá que cambiara de lentes porque los que tiene en este momento ya no le funcionan.

Comenta que otra de las problemáticas a las que se ha enfrentado es que siguiera indicaciones, pero con el tiempo ella se ha acercado a él y es a la maestra que le hace

más caso. Vuelve a comentar que se salía del salón. Sin embargo, comenta que ahora ha cambiado su actitud:

“Hay veces que él se me acerca y me dice: me siento mal o me siento triste o enojado, cuando es así le digo que salga a tomar aire”

La docente piensa que las fortalezas de José son que no es un niño que presente conducta agresiva o grosero. “Solo hubo dos veces que intentó agredir a sus compañeros, pero platiqué con él de la situación y no lo ha vuelto a repetir” exterioriza la Docente.

También explica que ella y la maestra de inglés identifican como áreas de oportunidad lo visual y el uso de material concreto a lo que narra:

“cuando le ponemos videos sobre los temas que se tratan en clase, él participa más, desde que notamos eso tratamos de presentarle el contenido en videos. Sin embargo, no lo podemos hacer de manera muy frecuente. De igual manera le gusta trabajar con material concreto que el maestro de UDEEI me ha proporcionado, le ha proporcionado un abecedario con el que trabajó en clase (consiste en fichas de madera en las que en cada una está escrita una letra mayúsculas y minúsculas con las que va haciendo palabras), también ocupamos un ábaco que es muy muy grande para realizar sumas y restas, pero llegó el momento en el que se aburrió de él y ya no quiso ocuparlo. He notado que le debe interesar el material porque si no le interesa se aburre y lo deja de ocupar.”

De igual manera describe la actitud de José ante las actividades como desinteresada por los trabajos. Sin embargo, cuando se hacen bailables o actividades recreativas le gusta participar y la abuela comenta que “en los convivios se pone a cantar, se pone a bailar”. A esto la directora comenta que ya se va integrando un poco más. También participa en la escuela, por ejemplo participó en la ceremonia del día de la bandera y le gustó mucho. Sin embargo, durante la observación presencial no se observa esta última conducta.

Por otra parte, en la clase de educación física participa de manera voluntaria, le gusta realizar las actividades que el maestro indica. Sin embargo, también ha tenido percances:

“Lo pusieron a guardar unas cuerdas para saltar en la escuela, chicos de otro grupo quisieron quitarle las cuerdas, él las iba a entregar y se las estuvieron jalando y le mordió la mano a uno”.

Las estrategias que el maestro de educación física ha implementado, las ha propuesto el nuevo maestro de UDEEI; él empezó a trabajar con él hace unos meses, implementado materiales concretos, material impreso. Comenta que: “al principio trabajaba muy bien, el material le debe de gustar si no pierde el interés y deja de hacerlo por lo general debe ser para colorear o con muchos dibujos. Sin embargo, no hemos visto un avance, él no tiene la disposición y lo que más me preocupa es su lectoescritura pues eso es lo esencial para poder salir adelante en esta vida”.

La docente Carmen comenta que las estrategias que le han servido son: el alfabeto móvil que es el que ya te he comentado [se refiere a la pasante], para sus emociones habíamos usado emoticones para que aprendiera a identificarlas y más que nada que él nos pudiera decir cómo se siente. También nos han estado funcionando los videos... a mi parecer él puede aprender más cosas ya que le atrae más ver los videos. En matemáticas hemos usado el ábaco, nos funcionó poco tiempo ya que se aburrió muy rápido de él.

En cuanto a la relación que lleva con sus compañeros es nula, la docente comenta que no se integra en el aula comenta: “no lo molestan, ni lo violentan al contrario se preocupan por él”; solo tiene interacción con uno de sus compañeros “Arturo”. La maestra y la abuelita describen a Arturo como un niño travieso e inquieto, la maestra dice que es un niño inteligente ya que termina los ejercicios muy rápido por esta misma situación platica mucho con sus compañeros y los distrae. La relación que tiene con José es cercana su abuela comenta que le gusta invitarlo a su casa, lo que le desagrada a ella porque hacen muchas travesuras en su casa.

En cuanto al área de la lectura la docente describe que su actitud ante las actividades de lecto-escritura es de omisión:

“debo estar detrás de él para que realice los ejercicios y aun así no los realiza o si los empieza no los termina. Sin embargo, de plano en la clase de inglés no hace nada.”

Debido a esta problemática la docente comenta que le fue difícil determinar con cuáles conocimientos contaba José en lectoescritura, finalmente con arduo trabajo ella consideró lo siguiente:

“Reconoce las letras: vocales y parte del abecedario, no identifica las sílabas compuestas. De hecho, trabajó su nombre porque no reconocía su nombre completo. Saber esto se me complicó demasiado ya que no se sabe qué no quiere hacer y qué no puede hacer.”

A su abuelita le preocupa la lectura y la escritura. En la escuela no le dejan tarea y en casa no quiere hacer nada, la abuela le dice que se ponga a estudiar y él no lo hace. Le compró “el libro mágico” que consiste en calcar figuras en papel de arroz algunas palabras o letras, ella le explica cómo suenan y cómo se deben leer y luego le pide al niño que lo repita.

La maestra Carmen le ha encomendado regar un pequeño jardín, para darle responsabilidades con las cuales debe cumplir y de alguna u otra forma motivar para el trabajo en clase. Sin embargo, hace poco tiró mucha agua y se puso a jugar terminó sucio y mojado, por lo que tuvieron que llamar a su tutora.

La tutora argumenta que no le puede dedicar mucho tiempo, ya que le tiene que dedicar tiempo también a los tres niños que ella tiene a su cargo.

En el hogar la relación de los tutores (abuelos) es disfuncional asisten a terapia familiar en el Hospital Psiquiátrico Infantil ya que no pueden llegar a acuerdos en cuanto a la educación de los niños. La abuela argumenta que ella tiene la responsabilidad de llevar la casa y educar a sus hijos, el abuelo no es el encargado, y ahora que está en la casa se contradicen el uno al otro. Dice que dos personas educando a tres niños “no se puede”. En cuanto a su relación con su esposo comenta que solo están juntos por

costumbre ya que no se soportan el uno al otro. Esto tiene como consecuencia una inestabilidad para José ya que obtiene indicaciones contradictorias, reglas diferentes; en algunas ocasiones José aprovecha de las indicaciones contradictorias que le dan sus abuelos para hacer lo que a él le convenga, por ejemplo, en los horarios para jugar específicamente en el uso del celular y las consolas de videojuegos. La disciplina que su abuela aplica consiste en: castigos corporales: le pega con una sandalia cuando realiza una travesura muy grande y la hace enojar bastante; amenazas cuando sobrepasa los niveles permitidos, describe la abuela que esto pasa normalmente cuando le pega a sus hermanos; privaciones del teléfono celular; las explicaciones se las da siempre, para explicar el porqué de sus castigos. Sin embargo, también usa premios y recompensas para estimular la conducta del niño, por ejemplo, cuando le dan buenas noticias en la escuela, le compra golosinas.

La relación que lleva con sus hermanos es decadente su abuela describe que José tiene un comportamiento violento con ellos ya que les pega y ha llegado a decir que va a matar a su hermano. Su hermana comenta que no le gusta jugar con él porque le pega y miente, a ella le desagrada esto y trata de mantenerse alejada de él. Su abuela comenta que su hermano menor lo sigue mucho. Sin embargo, José le pega, y su hermano termina llorando. Por lo general juega solo o con su mejor amigo. Carece de juegos imaginativos.

Con su abuelo se pelea constantemente por cosas que no quiere realizar, por ejemplo, cuando está realizando un trabajo en su taller mecánico, le pide que le pase la herramienta y él se niega, su abuelo comenta que debe tener más obligaciones en la casa. Al mismo tiempo José lo busca cuando su abuela no lo deja jugar con su celular, ya que él si se lo presta así lo comenta su abuela.

La relación con su abuela aparentemente es cercana. Sin embargo, ella comenta no tener mucho tiempo para ayudarlo a realizar las tareas, comenta que a veces le dice que quiere platicar con ella, se recuestan en la cama y platican. También comenta que cuando José la ve cansada se ofrece para ayudarlo a realizar los quehaceres.

En cuanto a José, nos refiere su abuela que despierta a las 7 de la mañana entre semana para asistir a la escuela, los fines de semana no suele despertar tan tarde, es muy cercana

a la hora en la que se levanta entre semana. Él se baña y se coloca todas las prendas solo. Desayuna cereal con fruta, yogurt; come sopa, guisado; y cena pan con leche, gelatina, cereal. Va a la cama alrededor de las nueve y si hay una caricatura que le gusta va a dormir un poco más tarde, duerme en un cuarto solo. Durante la noche tiene sueños que lo hacen llorar o despierta sobresaltado presentándose cada mes o dos este episodio, además le teme a la oscuridad.

El niño coopera en los trabajos familiares como: en tender su cama, recoger su ropa, a veces se ofrece a lavar la ropa o trastes, pero su abuela no lo deja.

Los mayores problemas a los que se enfrentan en casa con él se presentan cuando la tutora sale a la calle él se preocupa mucho y sale a buscarla a la calle, porque tiene miedo de que no regrese. Ella ha hablado con él. Sin embargo, lo sigue haciendo, cuando se enoja amenaza con irse con su mamá, por lo regular es desordenado. Se desaparece mientras su abuela realiza compras en el supermercado. Y hace travesuras como: tirar el jabón o cortar las plantas.

Se logra apreciar que en la actualidad los síntomas de depresión siguen apareciendo con sucesos que detonan su bajo estado de ánimo. Por otra parte, los síntomas de TDAH se han hecho más evidentes durante el horario escolar, ya que se distrae con facilidad, no logra mantenerse sentado y presenta reacciones impulsivas como trepar a los árboles o en el caso del hogar salir de casa poniéndose en riesgo constantemente. Finalmente, los síntomas del Trastorno Negativista Desafiante se hacen evidentes al retar a su abuela, abuelo y profesores, desobedeciendo indicaciones y reglas establecidas por el colegio, las profesoras y tutores.

2. Diseño de la Intervención

En la descripción anteriormente detallada se puede observar que hay aspectos en la vida de José que lo afectan como persona; el abandono recurrente por parte de su madre, el daño psicológico y físico que dos maestras causaron durante su primer año de nivel primaria y el acoso por parte de sus compañeros, en conjunto estas experiencias han sido factores detonantes para el desarrollo de la depresión y del Trastorno Oposicionista Desafiante, además de la exacerbada presencia de conductas relacionadas con el TDAH.

En consecuencia las conductas derivadas de los trastornos que José manifiesta en el salón de clases interrumpen su desempeño, las más evidentes son: se muestra con ánimo decaído la mayor parte del día, sale constantemente del salón, se pone en riesgo trepando en los árboles, se muestra ausente, le es difícil seguir las indicaciones, realiza uno o dos trabajos durante la jornada escolar, para él significa un reto el tomar dictado, realizar a tiempo la copia de lo que la docente escribía en el pizarrón, realizar la lectura para iniciar actividades en los libros de texto o la lectura de textos extensos, cuando se le pide contestar una pregunta la mayoría de veces responde con un no sé

Debido a que su autonomía dentro del salón de clases se ve detenido por estos aspectos y conforme a la preocupación que externa la abuela, las docentes, las observaciones realizadas en el salón de clases y la información recopilada acerca de su educación, se ha determinado una intervención en la lectura. En el caso específico de José presenta una gran aversión por la lectura en comparación con otras materias, ya que cuando se trata de llevar a cabo la lectura se aleja o se esconde bajo las mesas, las docentes carecen de tiempo para dedicarse por completo a él. Ahora bien, la literatura marca que la lectura es indispensable para adquirir una autonomía en las sociedades letradas, de no ser así el niño se encontraría en gran desventaja ya que para aprender hay que leer (Solé, 2009). José acude a quinto año de nivel primaria sin saber leer, el rezago que tiene es considerable dado su nivel académico y por ello se determina que es un aspecto al que se le debe dar atención inmediata.

Como primer acercamiento se intentó realizar una evaluación inicial con José para determinar su nivel de lectura, con el fin de elegir las estrategias que se utilizarían en la intervención. Sin embargo, José se negó a acercarse, inclusive se ocultó bajo la mesa en la que se pretendía trabajar, después de veinte minutos aproximadamente de intentar realizar la actividad se dio por concluida ya que José no cooperaba. A partir de esta experiencia, la información recopilada de las entrevistas realizadas, la observación y pruebas aplicadas por especialistas se ha identificado que José ha tenido una enseñanza de la lectura basada en la decodificación también conocida como modelo *bottom up* (*de abajo a arriba*), que no le ha permitido a José desarrollarse como un participante activo en el proceso de lectura, ni formado una autonomía sobre ello.

De acuerdo a lo mencionado se plantea desde una perspectiva constructivista, como objetivo principal de la intervención, que José logre desarrollarse como un lector activo, proporcionándole un ambiente de confianza, tomando en cuenta sus necesidades educativas derivadas de sus diagnósticos.

Solé (2009) afirma que un lector activo es aquél que es partícipe de la lectura antes, durante y después de la lectura para ello debe asumir el control de la lectura, lo que implica tener objetivos sobre la lectura que realizará, generar hipótesis a lo largo de su contenido e ir las comprobando. Las comprobaciones que irá construyendo lo llevarán a la comprensión de lo que está leyendo. De acuerdo con ello se derivan los objetivos secundarios.

- Que José logre recuperar la confianza en sí mismo y en las/los docentes.
- Que José adquiriera un gusto por la lectura.
- Que José desarrolle la iniciativa de elegir, leer y terminar una lectura.
- Que José identifique el objetivo que guiará cada una de las lecturas, además de tener la iniciativa de crear sus propios objetivos.
- Que José conozca diversas estructuras textuales y sus funciones.
- Que José logre participar en la creación de hipótesis a partir del título, portada, ilustraciones a lo largo del libro y la estructura textual.
- Que José participe en la comprobación de hipótesis, para la elaboración de la interpretación.

- Que José sea capaz de dar una opinión acerca de un texto.

La intervención educativa consta de diez sesiones semanales dando inicio el 16 de enero. Se pretende que las sesiones aumenten el tiempo gradualmente conforme la intervención avance, considerando iniciar con un tiempo por sesión de 25 minutos y finalizando con 1 hora 10 min.

El inicio de cada sesión es considerado importante ya que José debe sentirse en confianza y cómodo, para ello se procurará preguntar cómo se siente, cómo le fue durante la semana y las situaciones que quiera expresar sobre la escuela. De igual manera es importante dar un buen cierre a cada sesión, para ello, se le preguntará qué tal le pareció la actividad o el texto leído y recompensando su esfuerzo con felicitaciones o algún caramelo, también se considera dar un informe del trabajo realizado por José a su abuela, en el cual resaltaré los aspectos positivos de José, frente a él.

En las actividades planeadas para cada sesión se trabajarán distintos tipos de texto, las cuales serán desarrolladas en tres fases: antes de la lectura, durante la lectura y después de la misma, ya que se enseñarán diferentes estrategias en cada una de las fases para que José logre desarrollarse como lector activo.

En las primeras tres sesiones se consideró trabajar con cuentos con el objetivo de hacer agradable el acercamiento de José a la lectura, en las sesiones consecutivas se pretende que José conozca diferentes estructuras textuales.

En el siguiente cuadro se presentarán las actividades planeadas que se llevaron a cabo durante las sesiones.

Nombre	Objetivo	Material	Desarrollo
<p>Sesión 1 Mi reencuentro con la lectura</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Que José tenga una experiencia agradable con la lectura. 	<p>Libro: “El canto de las ballenas” de Dylan Sheldon y Gary Blythe.</p>	<p><i>Antes de la lectura</i></p> <p>Se observará la portada y se hablará de ella con José, acompañado de preguntas para que comience a realizar predicciones.</p> <p><i>Durante la lectura</i></p> <p>Se leerá en voz alta con pausas al iniciar cada página para observar las ilustraciones al mismo tiempo de crear hipótesis.</p> <p><i>Después de la lectura</i></p> <p>Se realizará un resumen de la lectura y se le preguntará que fue lo que más le agradó.</p>
<p>Sesión 2 ¿Es buena idea leer libros? ¿Me gustan?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Que José se acerque al rincón de lectura y animarlo a elegir un cuento. • Que José logre participar en la creación de predicciones a partir de la portada y el título. 	<p>Libro elegido por José.</p>	<p><i>Antes de la lectura</i></p> <p>Se le llevará al rincón de lectura invitándolo a tomar el que más le guste, después se animará a expresar lo que piensa sobre el libro. Inmediatamente se le propondrá el objetivo de leer.</p> <p>Se describirá la portada y se plantearán hipótesis.</p> <p><i>Durante la lectura</i></p> <p>Se leerá en voz alta haciendo una pausa para realizar hipótesis.</p> <p><i>Después de la lectura</i></p> <p>Se le realizarán preguntas sencillas sobre los personajes, llevándolo a hacer un resumen. Finalmente, se le preguntará si le agradó el cuento.</p>
<p>Sesión 3 ¿Conoces este cuento?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reforzar la autoconfianza de José. • Que José identifique la estructura textual del cuento. • Que José sea capaz de leer algunas líneas en voz alta. 	<p>Libro: “El patito feo” de Hans Christian Andersen, versión animada de Disney</p>	<p><i>Antes de la lectura</i></p> <p>Antes de la sesión se le proporcionará a su abuela el libro para que José lo manipule en casa. Durante la sesión se le otorgará una breve explicación de la estructura textual del cuento. Después se le preguntará la experiencia que tuvo en casa.</p> <p><i>Durante la lectura</i></p> <p>En esta ocasión se le pedirá a José que lea algunas de las páginas. Felicitándolo cada vez que termine de leer.</p> <p><i>Después de la lectura</i></p> <p>Al finalizar José hará un resumen verbal de lo leído.</p>

<p>Sesión 4</p> <p>Texto informativo</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Que José conozca la estructura de un texto informativo. ● Aprenderá a guiar su lectura de acuerdo a un objetivo dado. ● Conocerá y aprenderá a realizar un mapa mental de la lectura. 	<p>Libro: "Las madrigueras" de Marcia Vaughan ilustrado por John Hurford.</p> <p>Una hoja Lápiz Colores</p>	<p><i>Antes de la lectura</i></p> <p>Se le explicará brevemente qué es un texto informativo y su función. A continuación, se le planteará el objetivo siguiente: conocer para qué sirven las madrigueras, este será el encargado de guiar la lectura.</p> <p>Se observará la portada planteando hipótesis e inmediatamente se le pedirá que repita el objetivo.</p> <p><i>Durante la lectura</i></p> <p>Se dará comienzo a la lectura en voz alta pidiéndole que ayude a leer algunas palabras la lectura se irá deteniendo para realizar y confirmar hipótesis además de recordándole el objetivo.</p> <p><i>Después de la lectura</i></p> <p>Se le preguntará qué le pareció el libro, se explicará y haremos en conjunto un mapa mental, para comprobar si se ha conseguido el objetivo de la lectura.</p>
<p>Sesión 5</p> <p>Vamos a Cantar</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Identificar la estructura literaria de una canción. ● Fortalecer la confianza en sí mismo para que logre cantar en voz alta la canción. 	<p>Letra de canción: "I Lava You" de James Ford Murphy, Kuana Torres Kahele y Nāpua Greig.</p> <p>Una hoja o cuaderno Lápiz</p>	<p><i>Antes de la lectura</i></p> <p>Se le pedirá a José que copie la canción en una hoja blanca. Se le explicará la estructura de la canción y se le pedirá las identifique en la canción que escribió. Tendrá como objetivo cantar la canción en voz alta.</p> <p><i>Durante la lectura</i></p> <p>Teniendo José en su cuaderno la letra de la canción, la pasante la cantará la primera estrofa mientras José la sigue con su dedo, y se le pedirá que cante la estrofa después de haberla escuchado, esto se realizará con cada una de las estrofas hasta haber terminado la canción.</p> <p><i>Después de la lectura</i></p> <p>Se le cuestionará si la canción fue de su agrado. Después se hará un resumen de la historia de la canción y en seguida se comprobará si su resumen es coherente con la letra de la canción, para la comprobación se verá el video de la canción.</p> <p>Si esta fue de su agrado se le pedirá que se la aprenda y se cantará al inicio de la siguiente sesión.</p>

<p>Sesión 6</p> <p>La historieta</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Que José identifique la estructura de una historieta y el nombre de sus componentes. ● Se le motivará para que José realice la lectura de algunos globos. 	<p>Historieta: "Plants VS Zombies" de Paul Tobin y Ron Chan.</p>	<p><i>Antes de la lectura</i></p> <p>Se iniciará cantando la canción de la sesión pasada, utilizando un ukulele para motivarlo a cantar.</p> <p>Después se le prestará la historieta para que pueda hojearla y verla, se le cuestionará qué nota diferente de los textos anteriores, después de ello se le dará una breve explicación de su estructura y los nombres de sus componentes. Se impulsará a José para que se plantee él mismo el objetivo de esta lectura. A continuación, se le preguntará qué es lo que debemos hacer ante un texto. Con ayuda se predecirá su contenido por el título y la portada.</p> <p><i>Durante la lectura</i></p> <p>Se le pedirá leer algunos globos de diálogo de vez en cuando, deteniéndome para hacer las hipótesis.</p> <p><i>Después de la lectura</i></p> <p>Se le cuestionará si fue de su agrado el texto y platicará de lo que trató</p>
<p>Sesión 7</p> <p>Vamos a cocinar</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Que José reconozca la estructura de una receta. ● Que José logre leer la receta de principio a fin y explique el resultado final. ● Que logre seguir la serie de pasos para llegar al resultado deseado. 	<p>Receta: Pan Creativo (ANEXOS).</p>	<p><i>Antes de la lectura</i></p> <p>Se le mostrará un libro de recetas, explicando brevemente estructura textual de una receta. Se le entregará la receta para trabajar y se le pedirá que indique cuales son los ingredientes y el procedimiento. A partir del título y el dibujo se le pedirá hacer la predicción que es lo que se realizará con esa receta. Finalmente, se le pedirá que piense y comente el objetivo que se tendrá presente para leer el texto.</p> <p><i>Durante la lectura</i></p> <p>Se le pedirá que haga la lectura por su cuenta en silencio.</p> <p><i>Después de la lectura</i></p> <p>Se le pedirá que repita el objetivo que se planteó antes de la lectura. Después se le preguntará como se realizará el platillo.</p> <p>Una vez explicado por José, la pasante leerá en voz alta los ingredientes mientras José los va preparando. Ya listos los ingredientes, la pasante seguirá leyendo en voz alta las instrucciones paso por paso mientras José las va realizando hasta finalizar el platillo.</p> <p>Finalmente, se le preguntará si se ha cumplido el objetivo que se planteó y si la lectura y realización del texto fue de su agrado.</p>

<p>Sesión 8</p> <p>Vamos de compras</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Que José aprenda las características en la estructura de una lista de compras para poder realizar una por su propia cuenta. ● Que José se plantee un objetivo de lectura. ● Que José logre leer la lista de compras por sí solo. 	<p>Se ocupará una lista de compras y una propaganda de un centro comercial.</p>	<p><i>Durante la lectura</i></p> <p>Se le presentará una lista de compras y se le dará una breve explicación de su estructura y función. Se le pedirá que plantee el objetivo para leer una lista de compras.</p> <p><i>Durante la lectura</i></p> <p>José leerá en voz baja la nota.</p> <p><i>Después de la lectura</i></p> <p>Se le pedirá realizar su propia lista de acuerdo a los objetos de la propaganda de supermercado. Y al final se jugará a las compras mientras José lee en voz alta su lista.</p>
<p>Sesión 9</p> <p>El mito</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Que José conozca las características del subgénero: mito. ● Que José se sienta más seguro al realizar una lectura por sí mismo. 	<p>Libro: "Monstruos, y seres mitológicos para niños" de Alejandro Torres.</p>	<p><i>Antes de la lectura</i></p> <p>Se le mostrará el libro y se le prestará para que pueda interactuar con él. Cuando haya finalizado se le preguntará sobre la peculiaridad de las criaturas que se presentan en los dibujos y se hablará sobre eso. En seguida se le explicará la procedencia de los mitos griegos y las características de un mito. Después de ello se le pedirá que elija uno, después se le pedirá que indique las palabras que no sean de su comprensión y que pregunte su significado.</p> <p><i>Durante la lectura</i></p> <p>José leerá en voz baja el mito y durante la lectura preguntará las palabras que no conozca su significado. La pasante las irá anotando en una hoja.</p> <p><i>Después de la lectura</i></p> <p>Se leerá nuevamente el mito deteniéndose en las palabras que José desconocía, enseñándole diferentes estrategias de búsqueda del significado como: buscar en internet, utilización del diccionario, preguntar a algún experto, o leer la frase y deducir su significado.</p> <p>Al final, se le preguntará cuál fue la estrategia que más fue de su agrado, cual está a su alcance y su opinión acerca del mito leído.</p>

<p>Sesión 10</p> <p>Tú puedes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Que José realice de inicio a fin la lectura de un libro, motivándolo y demostrándole su autonomía hacia la lectura, haciéndole ver sus avances y lo mucho que ha aprendido. 	<p>Libro: Será Elegido</p>	<p><i>Antes de la lectura</i></p> <p>Se muestran a José una variedad de libros, entre los cuales elegirá guiado por un objetivo que él mismo se planteará. Señalará que realice su predicción de acuerdo a la portada y el mismo deberá leer ya sea en voz alta o baja como lo prefiera. José se le pedirá que aplique las estrategias vistas anteriormente, si existe una comprensión.</p> <p><i>Después de la lectura</i></p> <p>Se dará la libertad de que él realice la lectura como se sienta más cómodo, en voz alta o en silencio. En el caso de tener una lectura en silencio, al término de la lectura de cada página se le pedirá recapitular lo leído de esta manera considerando que sus lapsos de atención son diferentes de lo habitual.</p> <p><i>Al final de la lectura</i></p> <p>Se pedirá que José comente qué tal le pareció la lectura. Al término se pedirá un resumen de la historia, y se considerarán los puntos más importantes de la historia de la cual hará un dibujo.</p>
---	---	----------------------------	---

Además del aspecto educativo en el cual se trabajará la lectura, es necesario implementar en todas las sesiones estrategias relacionadas con las necesidades específicas derivadas de cada uno de sus diagnósticos, las cuales fueron tomadas de investigaciones previas que resultaron exitosas (Arco, Fernández e Hinojo, 2004; Cardoze, 2005; Yam, Árguez y Rodríguez, 2011; Bernal, Valencia, *et. al.*, 2013; Barkley, 2008 como se citó en López, Romero, *et. al.*, 2014). Algunas de ellas son basadas en el modelo de condicionamiento operante tomando como referencia el modelo de inhibición conductual y otras se encuentran basadas en el modelo cognitivo-conductual; ya que estas perspectivas permiten formar nuevas experiencias educativas en José debido y ayudarán a que los síntomas de su cuadro clínico que interfieren con su aprendizaje, se aminoren, logrando cambios en sus estructuras de pensamiento, sentimientos y conductas que faciliten un acercamiento a la lectura:

- Al inicio de la intervención se le proporcionarán a José reglas consistentes, estructuradas y consecuencias claras para regular su comportamiento. Para ser aplicadas se tomará en cuenta la autoevaluación reforzada, que consiste en concientizar a José sobre su conducta, preguntándole si esa conducta está en el reglamento y qué sanción se le atribuye.
- Las sesiones tendrán una duración de una hora como máximo tomando pequeños descansos e ir aumentando gradualmente el tiempo de lectura, dosificar las tareas ayudarán a asegurar el éxito de su aprendizaje y construir su autoconfianza.

- Las instrucciones serán dadas de manera concreta y dadas a un paso lento, para que logre realizar una cosa a la vez, y logre mantener su atención.
- Las sesiones están estructuradas de acuerdo a sus intereses, poniendo como prioridad que se sienta cómodo y que sea grata la realización de las mismas. Teniendo como fin la obtención de su confianza, atención y que sirva como motivación, abriendo paso a nuevas experiencias educativas distintas a las que hasta ahora había tenido.
- Durante todas las sesiones José tendrá la libertad de moverse a donde lo desee, siempre y cuando cumpla con las reglas mencionadas.
- Reconocer todo tipo de logros por pequeños que sean y ofrecer incentivos, demostrándole y haciéndole saber que es capaz terminar las actividades.
- Escuchar con atención sus opiniones y hacerle saber que se toman en cuenta.
- Enseñanza de la correcta canalización de sus emociones, en los casos que lleguen a perjudicar el aprendizaje durante las sesiones. Poniendo en marcha técnicas cognitivo-conductuales como relajación o la técnica de la tortuga.

Estas estrategias se llevan a cabo con el fin de que José logre desarrollarse como un lector activo, empatizando con la problemática a la que se enfrenta día a día en el ambiente escolar.

3. Evaluación de la Intervención

Durante cada una de las sesiones se llevó un registro en forma de diario, en el cual se describe el desarrollo de José, si se logró el objetivo y algunas observaciones que se tomaban en cuenta para realizar adecuaciones a las sesiones siguientes. A continuación, se presentarán los registros por cada sesión.

Sesión 1: Mi reencuentro con la lectura

Fecha: 16 de enero del 2019

El aprendiente reaccionó de manera negativa escondiéndose bajo la mesa de trabajo al igual que en la evaluación. Sin embargo, esta vez se inició la actividad tratando de que José observara las ilustraciones del cuento, se mencionaron en voz alta las preguntas: ¿qué puedes ver en la portada? ¿de qué crees que trata el libro?, se le dio tiempo para que lograra dar una respuesta. Sin embargo, cuando se observó que no las contestaría, se le volvió a preguntar y se respondió la pregunta por la pasante: «yo creo que tratará de una aventura de noche, donde una niña tiene una amiga ballena porque eso es lo que veo aquí en la imagen».

Después se comenzó con la lectura en voz alta, realizando voces de acuerdo con los personajes, acentuando los gestos del relato e invitándolo a ver las ilustraciones del libro, en seguida se le preguntaba, qué crees que suceda, a lo que José respondía levantando los hombros, se podía interpretar como un: «no sé». Después de un rato salió de debajo de la mesa, sintiéndose atraído por el cuento.

En esta primera sesión la conducta de José se presenta de acuerdo con los diagnósticos de TND y TDAH, ya que evade directamente las indicaciones de una autoridad y presenta conductas diferentes a las que se esperan a la hora de leer un texto, en este caso en lugar de implantar un castigo o llamada de atención, se le motiva a acercarse, dando como prioridad el establecimiento de un lazo de confianza, debido a sus experiencias negativas con docentes anteriores. El lazo de confianza se empieza a establecer motivándolo a enfocarse en las ilustraciones del libro. Estas acciones a su vez sirven

como reforzadores inmediatos, los cuales conducen a que José cambie su conducta ante la lectura asociándola con una actividad agradable, que tiene como fin conocer una historia y ser partícipes de la misma.

Sesión 2: ¿Es buena idea leer libros? ¿Me gustan?

Fecha: 23 de enero, 30 y 6 de febrero del 2019.

A José se le mostró una repisa con diferentes libros invitándolo a observarlos; se acercó sin problema a ver los libros y se le indicó que se le leería el que más le fuera de su agrado; después de observarlos eligió el cuento titulado: “*Going*” de Alfredo Bryce Echinique y Ana María Dueñas, ilustrado por Charlotte Roederer. Se le preguntó por qué había elegido ese libro, a lo que respondió levantando los hombros, se le preguntó si le agradaban los perritos, ya que en la portada del libro había uno, no contestó. Sin embargo, de inmediato se le hizo un comentario de la experiencia personal que la pasante tenía con los perros, muy entusiasmado logró describir a todos sus perritos, sus nombres y logró expresar que eran sus animales favoritos; mientras José narraba, la pasante trató de mostrar interés escuchando atentamente su respuesta y haciendo preguntas. Al finalizar la charla se le preguntó de qué creía que trataría el libro, y respondió: «de un perro».

En este primer momento de la sesión, se planeó un acercamiento a los libros para una exploración previa, autorregulando su conducta ante la lectura, en la que se crea una experiencia positiva respecto de ésta, poniendo como prioridad sus intereses.

Después de haber puesto como prioridad sus intereses y demostrarle que era importante lo que él pensaba José un poco más entusiasmado accedió a escuchar el libro, el cual se le leyó en voz alta durante 3 sesiones. Con frecuencia se distraía, para ello, se aplicó la estrategia de realizar pausas entre cada página, en las cuales José observaba las ilustraciones y se le realizaban preguntas acerca del nombre de los personajes y los lugares visitados por el personaje principal del cuento. Esta estrategia ayudó considerablemente a que sostuviera su atención por tiempos más prolongados y así, él lograra construir su comprensión lectora.

Durante la segunda sesión la mayoría de las respuestas son un: «no sé». Se finaliza la sesión pidiéndole poner un separador y colocarlo de vuelta en su lugar.

En la siguiente sesión se le pidió que retomáramos su lectura, para lo cual José mostró una mejoría en su ánimo al mencionarle la lectura. Para evitar que su atención se dispersara con facilidad, se implementó la estrategia en donde José siguió la lectura con una pluma llamativa, brindándole ayuda con mi mano; su atención sostenida mejoró. En esta misma sesión se mostró con mayor interés en la historia.

En la siguiente sesión se observó que José aún se niega a contestar las preguntas realizadas con el fin de realizar predicciones a partir de las ilustraciones. Para evitar la contestación “no sé” se inició con la primera sílaba de la respuesta, ejemplo: ¿En qué país se encontraba Martín? «En Fran», así José se animaba a dar la respuesta completa: «en Francia». Para realizar las predicciones durante la lectura se le proporcionó ayuda en la descripción de las ilustraciones, después de ello se le preguntaba: ¿entonces qué crees que suceda?

La lectura se detuvo unas páginas antes de terminar, con el fin de estimular la curiosidad por saber el final del cuento. Al igual que la sesión pasada, se le pidió a José que colocara el separador y que colocara el libro en su lugar. Se despidió emocionado.

En la sesión siguiente José muestra que su resistencia ante la lectura se ha desvanecido, mostrando interés por la historia. Es importante este avance ya que, de acuerdo al modelo del control inhibitorio, se ha desvanecido el rechazo como primer impulso.

Una vez más, se implementó la estrategia de seguir la lectura con ayuda de una pluma o su dedo ayudado por la aplacadora, con el fin de mantener su atención, el seguimiento de la lectura. Al terminar se le preguntó si el libro le había gustado, José afirmó con la cabeza. De inmediato se le cuestionó sobre la temática del cuento y su respuesta fue: de un perrito. Dada la respuesta se volvieron a ver las imágenes de todo el cuento volviendo a comentar la historia.

Sesión 3: ¿Conoces este cuento?

Fecha: 13 de febrero del 2019.

El libro titulado: “El patito feo” fue entregado a la abuela de José una sesión antes dando la indicación de animar a José a escuchar el cuento narrado por ella para que después él se lo leyera; finalmente se le recomendó hacer comentarios como: «léeme el cuento que te dieron», «me gustaría que me leyeras», haciendo hincapié en que debe evitar forzar a José a realizar la lectura. Esta estrategia se estableció con el fin de que la abuela motivara a José en la lectura, reforzando en José la idea de que la lectura es algo agradable, y a formar autoconfianza para que él se posicionara en el lugar de un lector. De igual manera se le explicó que en José los refuerzos inmediatos funcionaban mejor de acuerdo al modelo de aversión a la demora de los reforzadores externos.

En la siguiente sesión se le preguntó por el libro que José se llevó a casa, muy entusiasmado me comentó que le gustó, agregando una breve reseña: «era un patito muy feo y nadie lo quería, lo corrían de todos lados (mostraba las imágenes mientras las describía) iba con otros y lo corrían y lo corrían de todos lados, el patito estaba llorando, y luego encontró a su familia y era bonito y feliz», durante su explicación se le demostró interés en lo que comentaba, escuchando con atención y preguntando detalles. Al final explicó que se lo leyó a su prima, se le felicitó y se le otorgó un caramelo por su esfuerzo.

Se le dio una breve explicación de la estructura del cuento, en seguida se comenzó a leer en voz alta el mismo cuento y se quedó atento, se le pidió en varias ocasiones que ayudara leyendo algunos reglones. Su lectura se caracterizaba por leer la primera sílaba y tratar de adivinar la palabra o la frase completa, se le insistía en confirmar su hipótesis. Además se detectó problemas con la identificación de palabras d/b/q/t para los cuales se mandan una serie de ejercicios agregadas en los anexos.

Después de haber concluido el libro del “Patito feo” por iniciativa de José pidió leer otro cuento, se le indicó que eligiera un cuento corto. Fue a los estantes y eligió uno, se le sugirió que lo leyera. Sin embargo, se negó argumentando que él no sabía leer, a lo que se le respondió: pero tú has leído algunas partes del cuento del patito, y lo has hecho muy bien, se quedó en silencio y se le sugirió que se le ayudaría. Sin embargo, repitió que él no sabía leer. Se decidió no seguir insistiendo y se le leyó en voz alta.

Sesión 4: Texto informativo

Fecha: 27 de febrero del 2019 (cancelan la sesión del 20 de febrero debido a que tenía mucha tarea)

Antes de iniciar la sesión se le preguntó a su abuela si le había costado trabajo realizar los ejercicios, pero ella contestó que a él le gustaba mucho colorear y que mostró más interés que en la tarea escolar.

Para iniciar la sesión se le mostró a José el libro que leería, mostrándose entusiasmado tomó el libro y lo comenzó a hojear. Se le guio para que prestara atención en la portada y el título, cuestionándolo sobre lo que creía que iba a tratar el libro y respondió: de las madrigueras, en ellas viven los ratones que viven en el desierto, las víboras, el armadillo. Comentando lo que había observado en las ilustraciones cuando hojeó el libro. Se le comentó que este libro se trataba de un texto expositivo, «en el cual podemos encontrar información sobre un tema que queramos conocer, de todos los libros podemos aprender, pero en los textos expositivos podemos encontrar información exacta de lo que queremos aprender».

Después se le planteó el objetivo siguiente: «al leer este libro vamos a tener como meta conocer para qué sirven las madrigueras». Una vez dado el objetivo se le pidió que lo repitiera y que lo escribiera en una hoja blanca.

Se comenzó la lectura en voz alta por la pasante, mientras José seguía el texto con su dedo, aún necesitó de la una guía para poder realizar esta actividad. Se le pidió que leyera algunas palabras, como el nombre de los animales y cada vez que se encontraba con la palabra madriguera; leyó las palabras cooperativamente. De esta forma José no se sentiría abrumado por leer todo un texto.

Al terminar se le preguntó si le había gustado el libro a lo que contestó afirmativamente. Se le pidió repetir el objetivo planteado al inicio, enseguida preguntando si él conoce las madrigueras y cuál es su función, mencionó que servían para esconderse del frío y cuando tuvieran miedo. Se tomó el libro y con ayuda de las ilustraciones se le indicó que

servían para ocultarse del calor y del frío por las noches, cuando se encontraba en peligro su vida finalmente agregó que ahí está su casa.

Continuando con la actividad se le indicó que en la misma hoja en la que escribió el objetivo realizaría un mapa para poner lo que había aprendido. Se le pidió que dibujara lo que se repetía más veces en la lectura. Y con ayuda de la pasante eligió la palabra central “madriguera”. Alrededor del dibujo se le pidió que colocara para qué servían las madrigueras, colocando las palabras: calor, frío, peligro, casa.

En esta sesión José da su opinión con mayor seguridad, lo cual es signo de confianza en sí mismo y confianza hacia la pasante. En este momento de la intervención se comienzan a aplicar reforzadores inmediatos que ayudarán a que José siga reforzando su autoconfianza, dándose cuenta que es capaz de leer, aventurándose a iniciar su lectura. Como muestra de ello se involucra en el texto leído y en la dinámica de la lectura, empezando a tomar el papel de lector activo.

Sesión 5: Vamos a Cantar

Fecha: 6 de marzo del 2019.

Antes de que José pasara la canción a una hoja en blanco se le mostró que debía escribirla tal cual, mostrándole que las líneas eran más cortas que los libros leídos y que cada párrafo tenía su nombre, indicando con el dedo que el párrafo 1 se le llama estrofa 1, estrofa 2, estrofa 3 y coro (se le explicó que el coro es aquel que se repite varias veces en una canción) y así consecutivamente con cada una de las estrofas. José pasó la letra de la canción con ayuda para seguir la secuencia, también, su tiempo de copiado es prolongado, debido a su dificultad para leer. Se le pidió que identificara el coro y le pusiera su nombre a un lado, lo mismo con las estrofas. Se le comenta que la siguiente semana se le traerá una sorpresa para cantar la canción, sí él logra aprendérsela.

Se le enseña la canción cantándola estrofa por estrofa mientras José sigue la letra con su dedo contando con ayuda. Él logra identificar la canción, se emociona y comenta que esa canción le agrada. Al finalizar la canción, se le pregunta de qué trata la historia de la canción, contestando: «es la historia de dos volcanes enamorados». Se le contesta que

comprobaremos su respuesta viendo el video. Se le recuerda que tenemos como objetivo: «debes aprender la canción para cantarla la siguiente sesión», acentuando que debe leerla para aprendérsela.

Durante esta sesión la dinámica de la lectura cambia un poco debido a la estructura del texto. Sin embargo, este tipo de estructura permite que José interactúe constantemente con el texto. Además de reforzar su atención focalizada.

Sesión 6: La historieta

Fecha: 20 de marzo de 2019 (una vez más se recorre la sesión ya que José no pudo asistir)

Al llegar su abuelita de José comenta que estuvo estudiando mucho la canción que se le había pedido aprendiera, asegurando que la cantaba una y otra vez, expresando que a ella le dio mucha alegría notarlo tan comprometido con algo, y lo recompensó llevándolo a la tienda.

Al inicio de la sesión se le mostró a José la sorpresa prometida, se le mostró un ukulele, dejando que lo manipulara con toda libertad y se le mostró cómo se tocaba. Después, José mostró cómo se había aprendido la canción y se cantó al ritmo del ukulele. La actividad se dio exitosamente, tuvo la disposición de cantarla y mostró musicalidad (realizando el canto al ritmo que se le indicó, la cantó en voz baja, atendió a las indicaciones que se le daban para seguir la canción).

La actividad programada para esta sesión se inició con la lectura de la historieta preguntando a José: ¿crees que este texto es un cuento?, él comentó que no sabía hasta que la tomó y la hojeó, observando la estructura me contestó que era un comic. En seguida la pasante le mostró las características de un cómic y el nombre de los componentes (cuadro o viñeta, dibujo, bocadillo, bocadillo o globos de diálogo, onomatopeya, texto).

Se le preguntó por el objetivo que se iba a tener para este texto y contestó: terminarlo, se le felicitó y se le elogió por su respuesta. En seguida se le preguntó qué es lo que hacemos antes de leer y dijo: ver los dibujos y leer el título. Una vez más se le felicitó por su

respuesta acertada. Empezó a comentar que ese videojuego le gustaba mucho y le pedía a su mamá (su abuela) o a su papá (abuelo) sus celulares para jugar, agregó que a veces no se lo prestaban porque no se portaba bien y eso le molestaba.

Se le notaba entusiasmado por la lectura. En un principio la lectura la realizó la pasante, de vez en cuando se le invitaba a José a leer, realizándolo con gusto y entusiasmo. Después se le dejó leerla solo, constantemente preguntaba qué decía en algunos de los globos, se le brindaba ayuda y se le invitaba a leerlo por su cuenta. No se terminó la historieta en esta sesión. Sin embargo, José la pidió prestada para llevársela a casa y terminarla.

En esta sesión José ya se muestra como un lector activo, su interés por la lectura ha incrementado, por lo que disminuye su inatención. Su ánimo ha cambiado y el de su abuela ha cambiado a un estado positivo.

Sesión 7: Vamos a cocinar

Fecha: 27 de marzo del 2019.

Al iniciar la actividad su actitud se muestra un poco decaída, su abuela refiere que su actitud es causada por la visita inesperada de su madre, precisando que la visita de su madre se vuelve cada vez más difícil para José, presentando cambios erráticos en sus emociones después de la partida de su madre.

Se inicia la sesión concluyendo la lectura de la historieta preguntando si fue de su agrado, José contesta afirmativamente y se le pide que narre de qué trata, a lo que contesta que son dos niños y muchas plantas que luchan contra zombies. Para confirmar su respuesta se vuelve a recorrer la historia y se detalla un poco más.

Para iniciar la actividad planeada para esta sesión se le otorga un libro de recetas a José, para animarlo se comentan las recetas que aparecen en el libro y se le anima a comentar cuál le gustaría probar, cuál es su favorita, se conversa por un rato. Cuando se le ve un poco más animado se le explica la estructura de una receta, señalando el título, los ingredientes y las instrucciones; explicando cómo son escritos los ingredientes, las medidas o las cantidades que se requieren y finalmente concluyendo que las recetas son

pasos a seguir, indicándole el orden que debe seguir. Se le pregunta si le gustaría realizar una receta, lo que lo anima aún más y se le nota listo para trabajar.

Se le pregunta cuál cree que sea la meta para la lectura de hoy, a lo que contesta: preparar algo de comer. Se le facilita a José una receta (la cual se encuentra agregada en los anexos) pidiéndole que señale los ingredientes y enseguida el procedimiento. A continuación, se le cuestiona: ¿de qué es esta receta?, a lo que contesta que no sabe. Se le pide que lea el título y vea el dibujo para saber de qué se trata, gritando afirma que haremos pan tostado.

Se le alienta a leer por él mismo las instrucciones en voz baja. Sin embargo, pide ayuda y lo lee en voz alta, al leer trata de adivinar algunas palabras; por ello, se le pide rectificarlas, brindándole ayuda con los sonidos de las letras que a él se le dificultan. Después de haber terminado con la lectura de la receta, la pasante le presenta una bolsa con varios ingredientes y se le indica a José que los prepare conforme la pasante los vaya mencionando, lentamente se le da la instrucción. Quiere ir deprisa y se le pide que escuche atentamente ya que puede equivocarse de ingrediente, lo que arruinaría la receta. La pasante sigue leyendo en voz alta y a un ritmo lento el procedimiento, para que José lo vaya realizando.

Al inicio la actividad se vio perjudicada por el estado de ánimo de José. A pesar de ello, su ánimo mejoró considerablemente conforme avanzaba la actividad. Al finalizar la receta se le cuestionó si conseguimos el objetivo a lo que José respondió afirmativamente agregando que le guardaría un poco a su abuela para que ella lo probara ya que había quedado feliz con el resultado. La pasante terminó diciéndole que se podía llevar la receta para que él le mostrara a su abuela cómo la había realizado.

Sesión 8: Vamos de compras

Fecha: 3 de abril de 2019.

Para iniciar la sesión se le presenta una lista de compras con una historia: «después de esta sesión mis papás me pidieron ir al supermercado de compras, y me escribieron lo

que debo comprar de esta forma (se le muestra a José la lista, además de que se le anima a que la lea)».

En seguida se le pregunta si alguna vez él había visto o realizado una lista y con qué objetivo. Él comenta que su abuela suele llevarlas al supermercado. Se complementa su respuesta agregando que las listas del mandado se elaboran para saber qué es lo que se va a comprar y la cantidad de cada objeto, y sirven para no olvidar lo que se tiene planeado comprar. Se le comenta que no solo existen listas de comprar puede enlistar sus juguetes para no perderlos, sus útiles escolares para no olvidar nada, lo que llevará a la playa para no olvidar su ropa o su traje de baño.

Se le pregunta: ¿te gustaría ir de compras? El responde muy emocionado que sí, afirmando que el objetivo de la sesión es revisar una propaganda y realizar una lista para ir de compras. Se le proporciona la propaganda y se le pide elegir lo que más le agrada.

José elige sin dificultad los productos y los escribe en una lista sin problemas. Se le nota más animado e intenta leer el nombre de todos los productos en la propaganda. Para finalizar se le presta una bolsa de mandado y se le preparan algunas imágenes para que conforme a su lista las vaya poniendo dentro de la bolsa. Para él resulta atractiva esta actividad. Sin embargo, muestra dificultades con las letras c/s para ello se le proporciona material presentado en los anexos.

Sesión 9: El mito

Fecha: 24 de abril de 2019 (regreso de vacaciones), se recorre la sesión al **8 de mayo del 2019**.

Se decidió recorrer la sesión ya que José se mostraba con ánimo disminuido, sin ganas de trabajar, debido a que el gato del vecino se comió su pájaro. En lugar de la actividad planeada se le presentó un libro titulado “Chao, Toto”; el cual habla de la pérdida de una mascota, se le narró la historia a José y al finalizar se le comentó que era normal sentirse triste o enojado ante la pérdida de su mascota.

Después se le reprodujo un video llamado “la princesa malaika” al igual que el libro la historia del video trata de una historia para confrontar la pérdida de un ser querido, al

finalizar el video se le propuso realizar flores para su pajarito como lo hicieron con el elefante de la historia. Al final de la actividad, José comentó que se sentía mucho mejor y planteó colocar las flores realizadas en la jaula de su pajarito.

En la siguiente sesión se le nota más tranquilo, se le pregunta cómo se siente y él refiere que mejor, que aún tiene las flores realizadas por él en la jaula de su pájaro, pero que aún lo extraña. Después de ello se le presenta el libro que se tiene planeado trabajar en esta sesión, se le facilita para que lo manipule y se asombra de los animales, pregunta qué son y en dónde viven; de inmediato se le explica que los mitos son historias sobre criaturas extraordinarias, héroes y dioses en especial los mitos de este libro son de Grecia y ahí se creía que en verdad habían ocurrido. Se charló un poco sobre los seres mitológicos, como sus características o su parecido con algunos animales. Después de ello se le pidió que eligiera un mito, lo eligió por la brevedad de la historia: “La horrible medusa”. Se le pidió que leyera el mito en silencio y si desconocía el significado de una palabra lo preguntara. Durante su lectura presentaba errores en la decodificación de las palabras y se le pedía que las leyera de nueva cuenta con ayuda de la pasante. Las palabras que desconocía su significado fueron las siguientes: Gorgonas, Hespérides, Hades, protuberante, jabalí, Poseidón.

Después de haber terminado la lectura se le mencionaron las palabras que no desconocía su significado, en seguida se comenzó a leer en voz alta el mito de nueva cuenta, se paraba en cada una de las palabras que desconocía para realizar la búsqueda de su significado; con la primera se prosiguió con la lectura ya que en seguida explicaba quiénes eran las Gorgonas; los dos siguientes personajes (Hespérides, Hades) se buscaron en internet; para las palabras protuberante y jabalí se realizó la búsqueda en un diccionario enseñándole a José cómo utilizarlo y para el último personaje: Poseidón de nueva cuenta se utilizó el internet. Se le preguntó qué método le había agradado más y contestó que el internet porque era más rápido. Agregando que el preguntarle a un experto como había hecho en su primera lectura también podía ser un recurso.

Finalmente, se le preguntó si le había agradado la lectura y contestó que medusa era fea.

Sesión 10: Tú puedes (evaluación).**Fecha: 15 de mayo del 2019**

Se inicia la sesión haciéndole saber que esta es la última y se le comentó lo mucho que había progresado, se hizo un recuento desde el día que trabajamos por primera vez y se le felicitó con un abrazo.

Al inicio de la actividad se le da a José la instrucción de elegir un cuento, pide los libros que tiene como opciones para hojearlos y ver cuál es el que le atrae más, se toma su tiempo para verlos y elige el libro titulado “¡NO!” de Susie Morgenstern y Theresa Bronn, se le pregunta cuál será la meta de leer este libro y él contesta: terminarlo. Enseguida se le pregunta qué hacemos antes de leer el libro y menciona que ver el dibujo (señalando la portada) y lee el título. Argumenta que el libro trata de un niño enojado, que grita.

La pasante le menciona que se encontrará ahí si tiene problemas para leer el libro, él menciona que desea leerlo en voz alta con ayuda de la pasante. Se comienza a leer el libro ya no se niega a leer, ni muestra oposición o dificultad. Después de cambiar la página se le pide que se detenga para realizar las predicciones observando las imágenes, debido a esto José trata de adivinar las palabras en lugar de leer, se le debe insistir constantemente que lea, preguntándole, por ejemplo: ¿cómo suena la T con la A? o repitiéndole la frase completa con la palabra que él ha leído incorrectamente. Antes de cuestionarle si le agradó el libro, él comenta que le gustó porque es muy gracioso. Se le pregunta de qué trató, tomando el libro en sus manos comenta que de un niño que solo dice no a todo (mostrándole las imágenes), agregando que al final aprende a decir sí.

Al término de la sesión, se le dieron las gracias a José por el excelente progreso, se le obsequió un regalo y se le agradeció a su abuela y ella comentó que lo había inscrito en un taller de robótica, que esa misma semana presentaba su proyecto y que además las maestras le habían comentado sus avances en el salón de clases, los cuales consistían en que ya no se escapa de su salón tan seguido, alcanza a copiar más cosas del pizarrón y logra participar más activamente en las lecturas realizadas en el salón de clases.

En esta última sesión se ha comprobado que los avances en la participación que hace José durante la lectura han incrementado significativamente. Realmente era lo que se pretendía, ya que su oposición para acercarse a la lectura frenaba sus procesos de aprendizaje de la misma lectura y de todas las materias que implican la lectura. Además, esta intervención impactó en otras áreas como en la autoconfianza, la confianza en los profesores que se ve reflejada en el desempeño dentro del salón de clases con su profesora titular, docente de inglés y más recientemente con su docente del taller de robótica, agregando que su abuela cambió su opinión acerca de José ya que se dio cuenta de que él podía desempeñarse de manera correcta con el trato correcto. Este último punto se le atribuye a los informes que se le daba de los avances que José presentaba en cada sesión.

Conclusiones

Fue un gran reto realizar esta intervención debido a que la evaluación diagnóstica la realizó el Hospital Psiquiátrico Infantil y no yo misma, para poder interpretar los estudios e informes fue necesario consultar fuentes bibliográficas de la psiquiatría y consultar expertos en el tema; en conjunto con la información recolectada por medio de entrevistas abiertas con la tutora (abuela) de José y sus maestras se logró detectar cuáles eran las situaciones didácticas que ya habían aplicado con José y cuáles eran las necesidades más urgentes que se necesitaban atender en él. A partir de ello fue esencial formar un ambiente de aprendizaje óptimo para que José lograra acercarse a la lectura, cubriendo sus necesidades educativas desde su cuadro clínico ya que si no lograba modificar su conducta derivada de estos y sus experiencias anteriores, el proceso de aprendizaje estaría obstaculizado. Por ello el presente trabajo tuvo como objetivo general que José lograra desempeñarse como un lector activo antes, durante y después de la lectura, para ello era necesario realizar una intervención basada en sus necesidades individuales de acuerdo con sus diagnósticos psiquiátricos, con el fin de proporcionar un ambiente de aprendizaje óptimo; este objetivo se alcanzó gracias a las diferentes estrategias desglosadas en los objetivos específicos, los cuales se desarrollarán a continuación acompañados de los alcances que tuvo José en cada uno de ellos.

Como primer objetivo específico se pretendió que José lograra recuperar la confianza en sí mismo y en las/los docentes, a partir de propiciar un ambiente óptimo para que José se acercara a la lectura. Este objetivo se alcanzó con ayuda de felicitaciones, premios y muestras de atención, cambiando la experiencia escolar que hasta ahora había tenido, por ejemplo: felicitaciones inmediatas después de terminar alguna actividad o trabajo; estrategias que se hicieron extensivas a la tutora (abuela de José) al finalizar cada sesión, con el fin de que ella replicara. Esta estrategia basada en el condicionamiento operante también ayudó a la abuela a que se sintiera cada vez más orgullosa de los avances que José presentaba, aumentando el interés y la motivación para que siguiera asistiendo a las sesiones, también ayudó a que José se mantuviera motivado y con una alta autoconfianza.

Otra estrategia para reforzar la autoconfianza y confianza en la pasante y autora de esta intervención fue darle la oportunidad de expresar lo que él pensaba y sentía sobre los sucesos que ocurrían en su escuela y hogar, igualmente se le daba la oportunidad de expresar su opinión sobre las sesiones; constantemente se le demostraba ser escuchado, al recordarle las pláticas pasadas durante las sesiones (Cardoze, 2005; Del Barrio, 2010). Otra de las estrategias para establecer confianza era preguntar sobre sus gustos y hacerlos parte de las sesiones. Una estrategia que favoreció mucho en su autoestima es que, durante las actividades, en lugar de hacer notar sus errores se le corregía y se le felicitaba por intentarlo en lugar de tacharlo y descalificarlo (Cardoze, 2005; Del Barrio, 2010). Estas estrategias demostraron ser eficientes ya que al final de la intervención José logró demostrar confianza en sí mismo y en la autora del presente trabajo, ya que se sentía capaz de leer textos a los que huía con anterioridad, participaba con sus opiniones antes, durante y después de la lectura, comentaba por iniciativa propia qué era de su agrado o desagrado del texto leído, se atrevía a realizar hipótesis y comprobaciones de las mismas, dejó de contestar con un simple «no sé».

Por otra parte, debido a la información que se le brindaba a la abuela de José sobre los logros que él iba obteniendo terminó recompensándolo con la inscripción a un taller de mecatrónica, en el cual José logró exponer ante padres de familia y compañeros las funciones de algunos de los proyectos que él había realizado en el taller. El hablar frente a un público confirma que la autoconfianza mejoró significativamente, ya que antes de la intervención no lo hacía.

Al reforzar la confianza en sí mismo los síntomas del episodio depresivo disminuyeron como lo asegura Del Barrio (2010), José mostró mejora ya que se visualizaba de nuevo un interés por las cosas que le eran de su agrado, se mostraba activo durante las actividades, se reía y mostraba interés por contar lo que le pasaba durante los días entre cada sesión.

José logró establecer un lazo de confianza conmigo, lo que benefició significativamente la reducción de síntomas del trastorno negativista desafiante, como dejar de escapar del salón, desobedecer las instrucciones dadas y algunas reglas del salón de clases. Sin embargo, a pesar de que disminuyeron los síntomas oposicionistas, José no logró

establecer este mismo lazo con su docente del hospital, ni con la docente de su escuela. Esto se podría haber causado por el poco contacto que estas tenían con José, además de la necesidad de atender a más niños y niñas.

El segundo objetivo específico fue lograr que José se mantuviera sentado al escuchar y leer un texto. Hay que mencionar que la dificultad para mantenerse sentado es un síntoma del TDAH, el cual solo puede disminuir con medicamento y estrategias que beneficien su autorregulación (López, Romero, *et. al.*, 2014). Para ello se tomaron en cuenta dentro de la planeación lecturas y actividades lúdica de acuerdo con los gustos e intereses de José, con el fin de mantenerlo motivado, interesado y en movimiento después de haber realizado la lectura (López, Romero, *et. al.*, 2014; Soutullo y Díez, 2007; Marcía, 2012). Las estrategias fueron: que José eligiera la mayoría de las lecturas que se realizarían durante las sesiones, seguir la lectura con una pluma que le llamara la atención o seguirla con su propio dedo, permitirle una pausa durante las actividades o lecturas para que él se levantara de su lugar, en las que José observaba las ilustraciones, realizaba comentarios y hacía predicciones acerca de la lectura. Estas estrategias favorecieron a José significativamente, ya que logró permanecer sentado la mayor parte del tiempo de lectura y en la realización de las actividades. Este hábito benefició el trabajo en el salón de clases de su escuela y en las clases del hospital ya que lograba mantenerse por lapsos lo suficientemente largos para terminar tareas que antes no terminaba, siempre y cuando estas no fuesen tan largas o complejas.

El tercer objetivo consistió en que José lograra seguir indicaciones y terminar lo que se le pedía. Al igual que el anterior objetivo específico, este aborda la disminución de varios rasgos sintomatológicos: la dificultad para sostener su atención por largos periodos de tiempo, la impulsividad y afectaciones en la memoria de trabajo, los cuales caracterizan al TDAH. Para la consecución de este objetivo se retomaron estrategias de la literatura anteriormente citada (Barkley, 2008 como se citó en López, Romero, *et. al.*, 2014; Soutullo y Díez, 2007; Marcía, 2012; Bernal, Valencia, *et. Al.*, 2013), las cuales consistieron en dar de manera corta y concreta las instrucciones con el fin de que José lograra empezar y terminar todas las actividades de manera correcta. A decir verdad, este objetivo no fue difícil de alcanzar ya que, estableciendo un lazo de confianza, y

aplicando las estrategias anteriormente mencionadas José logró seguir las instrucciones sin dificultad. Para que José lograra terminar las actividades, como se mencionó anteriormente, estas fueron planeadas de manera atractiva y de acuerdo con los gustos de José, lo que permitía que sus periodos de atención fueran lo suficientemente prolongados para terminar la tarea, de igual forma se buscó que las actividades tuvieran la misma rutina al tomar un libro para que así interiorizara la rutina y la pudiera lograr por su cuenta. Estas estrategias tienen sus bases en el modelo cognitivo-conductual.

El cuarto objetivo, y para mí el más importante, es que José adquiera un gusto por la lectura, ya que adquiriendo un gusto por la lectura tendría la disponibilidad para seguir aprendiendo y realizar trabajos en el salón de clases relacionados con la lecto-escritura, además de conseguir la autonomía, ya que como menciona Isabel Solé (2009), la lectura es indispensable para ser autónomo en las sociedades letradas. Este objetivo se logró conseguir gracias a que se propició un acercamiento sucesivo a la lectura; primero atraparle con las ilustraciones y la lectura expresiva, cuando él logró acercarse a ver un libro por interés propio, se le motivó a que él leyera algunas palabras y así sucesivamente hasta que él lograra leer la mayoría del cuento por cuenta propia. Es importante recordar que debido a diversas situaciones José se negaba a acercarse a un libro, incluso corría y se escondía cuando veía un libro o simplemente se negaba a acercarse; estas conductas son correspondientes a su trastorno oposicionista desafiante y al de TDAH, para eliminar esta clase de conductas en primer lugar se aplicó la estrategia de evitar enfrentamientos (Bernal, Valencia, *et. Al.*, 2013) con él, en lugar de ello se fungió la función de motivador cubriendo la carencia del control inhibitorio, el cual lo hacía tener este tipo de conductas (Barkley en Soutullo y Diez, 2007). Al final de la intervención José había adquirido un gusto por la lectura, ya que en las subsecuentes sesiones llegaba emocionado y preguntaba qué era lo que se iba a leer durante la sesión y en sus comentarios después de cada lectura él expresaba su gusto por las mismas.

El quinto objetivo específico es que José desarrolle la iniciativa para elegir, leer y terminar una lectura. Este objetivo está estrechamente relacionado con el anterior ya que al fomentar el gusto por la lectura José empieza a elegir diversos textos por iniciativa propia; además se llevaron a cabo estrategias como motivarlo constantemente y ofrecerle

opciones para que él eligiera algunas lecturas, al final de la intervención él lograba elegir lecturas por iniciativa propia. Por otra parte, el conseguir que José leyera y terminara una lectura fue todo un reto que requirió paciencia, constancia, comprensión y sobre todo motivación. De modo que elegida la lectura se motivaba a José para que lograra hacer la lectura del texto él solo con frases como: tú puedes hacerlo, ¿me ayudas a leer esta palabra?, inténtalo no pasa nada si fallas, estoy aquí para ayudarte. Al final de la intervención José lograba terminar escuchando y participando durante toda la lectura. En lecturas realizadas por él mismo lograba concluir, si el texto era corto y con muchas ilustraciones, en el caso de los textos más amplios José pedía ayuda, y se le otorgaba de modo que se leía por turnos, una línea la leía José y otra línea era leída por la pasante.

El sexto objetivo específico consistió en que José identificara el objetivo que guiará cada una de las lecturas, además de tener la iniciativa de crear sus propios objetivos. Al principio de la intervención antes de la lectura se le brindaba un objetivo, el cual, después de algunas sesiones logra identificar, y al finalizar la intervención José logró plantearse objetivos de manera muy básica cómo: terminar el libro.

El séptimo objetivo específico es que José conociera diversas estructuras textuales y sus funciones. Desafortunadamente los diversos textos trabajados durante la intervención no aseguran el aprendizaje de la estructura de estos, debido a que solo fueron leídos en pocas ocasiones y no se trabajó la estructura de los mismos a profundidad, a excepción de los cuentos; como menciona Solé (2009) para que el lector pueda realizar hipótesis a partir de la estructura del texto es necesario identificar a simple vista su estructura textual. A pesar de ello, se trata de una experiencia enriquecedora para el acercamiento de José a la lectura.

El octavo objetivo específico consistió en que José lograra participar en la creación de hipótesis a partir del título, portada, ilustraciones y a lo largo del libro, también tomando en cuenta la estructura textual y muy de la mano se encuentra el noveno objetivo específico el cual fue que José fuera participe en la comprobación de hipótesis, para la elaboración de la interpretación. Para que José lograra alcanzar estos objetivos al inicio de la intervención se le iba guiando con preguntas; de manera, que se iban observando las ilustraciones, la portada y se leía el título del texto antes de empezar la lectura,

después de describir las imágenes se le cuestionaba sobre lo que iba a pasar. Al final de la intervención, José adquirió el hábito de describir la portada y crear hipótesis de lo que trataría el libro, también logró plantear sus propias hipótesis con base en las ilustraciones durante la lectura, e ir las afirmando o rechazando conforme avanzaba la misma; en pocas ocasiones necesitó de ayuda, proporcionándosela mediante preguntas que le darían pistas para confirmar las hipótesis realizadas. Como ya se mencionó anteriormente, para realizar hipótesis de acuerdo con la estructura del texto, José solo logró retomar la estructura del cuento para realizar hipótesis debido al poco contacto con las otras estructuras textuales.

El décimo objetivo específico consistió en que José fuera capaz de dar una opinión acerca de un texto. Este objetivo fue fácil de conseguir ya que al final de cada lectura se le preguntaba su opinión sobre el libro y qué era lo que más le había gustado, en un inicio se le debía hacer esta pregunta con opciones para conseguir una respuesta, pero al final de la intervención José logró decir si le agradó o no este libro y el porqué de este juicio integrando en algunas ocasiones experiencias y conocimientos adquiridos.

Otro punto importante que no se encontraba dentro de los objetivos pero que durante la intervención se desarrolló, fue la elaboración de un resumen después de la lectura. En un principio era elaborado en gran parte por mí y José daba algunos detalles generales. Sin embargo, al final de la intervención José logra dar el resumen siendo ayudado en pocas ocasiones con preguntas y utilizando la estrategia de volver a ver las ilustraciones del texto para no omitir detalles importantes de la lectura.

Alcances y Limitaciones del estudio y la intervención

Para dar paso a los alcances y limitaciones es importante mencionar que esta intervención está diseñada específicamente para el caso de José, ya que se realizó una investigación a profundidad (estudio de caso) de su contexto familiar, escolar y médico, lo cual llevó al diseño de esta intervención, las estrategias implementadas pueden ser utilizadas en otros casos que tengan características similares a las de José.

Los alcances que esta intervención tuvo es haber influido en forma de cascada en los diferentes ambientes en los que José se desenvolvía, logrando que él fortaleciera su autoconfianza lo que tuvo como consecuencia una mejora en su desempeño en actividades escolares y extraescolares, ya que logró exponer temas de su interés frente a un público, además de enfrentarse a diferentes actividades educativas en sus salones de clases y bailar en el festival de fin de cursos. Cuando su abuela logró observar los avances que José obtuvo, expresó sentirse esperanzada de que José se desempeñaría mejor en el contexto escolar, ya que dejó de recibir noticias malas durante la intervención, cabe destacar esta actitud de la abuela fortalecía aún más la confianza de José. En las dos escuelas las maestras reportaron que José lograba integrarse a las actividades con más facilidad.

Sin embargo, algunas de las limitaciones observadas en la intervención fueron: no obtener de José una evaluación diagnóstica para realizar la comparación del antes y el después, además de no detectar con anticipación otro tipo de necesidades específicas como la confusión entre las letras b/d/p/q, la falta de conocimiento de los dos diferentes fonemas de la letra c, la fonética y grafema de la letra t y lo que a la vez perjudicó en no haber contado con el tiempo suficiente para lograr cubrir estas necesidades; aunque se le envió como tarea ejercicios, considero que no fueron suficientes para cubrir esta necesidad. Otra de las limitaciones que se presentó fue que la docente perteneciente a su escuela de procedencia no se mostraba dispuesta a tener una segunda charla a la que fue invitada, con el fin de recomendarle diversas estrategias que se habían implementado en la intervención y que podían ser útiles en el aula. Una limitación más fue no contar con la suficiente información para organizar los textos de manera que fueran acomodados de los más fáciles a los más complejos, así que fueron organizados para que José los fuera leyendo poco a poco. Por último, cabe señalar que otra importante limitación es no haber aplicado un instrumento de evaluación al finalizar la intervención, debido al escaso tiempo que su abuela tenía para un último encuentro, otra alternativa que se pudo llevar a cabo es un examen realizado de manera virtual.

Al final de la intervención, puedo afirmar que la labor de las y los psicólogos educativos es de valiosa importancia ya que, a través de nuestra formación logramos obtener una

visión integral del proceso de aprendizaje de los niños y niñas. Con esto me refiero a que el psicólogo educativo conoce diferentes teorías que explican los procesos psicológicos necesarios para el aprendizaje, el desarrollo del individuo en sus diferentes etapas, la influencia del estado emocional, el contexto familiar y escolar en el aprendizaje. Esta visión integral del individuo permite detectar las anormalidades en el desempeño escolar, ser detectadas a tiempo y canalizadas a los lugares necesarios para su atención. Además de ello, estos conocimientos aunados a los conocimientos sobre educación tales como: evaluación psicodiagnóstica la cual es de gran importancia debido a que esta dará la pauta para diseñar la intervención a partir de la detección de necesidades educativas específicas; planeación curricular e inclusión permite a la psicóloga(o) tener una visión amplia de las posibles adecuaciones en el currículo y materiales que cubran las necesidades específicas del menor, así mismo permite diseñar pláticas o actividades que permitan al menor sentirse más cómodo con su entorno concientizando a sus compañeros o familiares; estrategias de enseñanza que permiten tener otro tipo de acercamiento con el estudiante permitiendo que la intervención sea adecuada a sus necesidades poniendo al alcance los recursos necesarios para facilitar su aprendizaje; estrategias de aprendizaje, ayudan a colocarnos desde la visión del estudiante, que en este caso a partir de la visión constructivista de Isabel Solé permite un acercamiento diferente a los textos de manera que el alumno pueda crear sus propios recursos para la comprensión y uso de los textos. De ahí que el psicólogo(a) se encuentra capacitado para elaborar una intervención individual para el estudiante en la cual beneficie, no solo su desempeño escolar, sino su bienestar emocional, su conducta en el salón de clases, su sana convivencia y además la sensibilización de compañeros y personal educativo.

En este caso el haber estado en el Hospital Psiquiátrico Infantil me brindó diferentes experiencias que enriquecieron mi desarrollo como profesionista, y gracias a mi coordinadora de servicio social, quien me facilitó conocimientos, lecturas e información sobre el campo de la psiquiatría logré comprender nuestra labor como psicólogos(as) educativos(as) en esta área de la salud y educación.

Referencias

- Aires, M., Herrero, S., Padilla, E. y Rubio, E. (2015). *Psicopatología en el contexto escolar: Lecciones teórico-prácticas para maestros*. Sevilla, España. Pirámide.
- Angulo, M., Fernández, C., García, F., Ongallo, C. Prieto, I. y Rueda, S. (2008). *Manual de atención al alumno con necesidades específicas de apoyo educativo derivadas de: Problemas Graves de conducta*. Andalucía, España. Junta de Andalucía, Consejería de Educación.
- Arboleda, K. (2019). *Familia Disfuncional, su efecto en el Trastorno Negativista Desafiante en un niño*. [Tesis de grado, Universidad Técnica de Babahoyo].
- Arco, J., Fernández, F. e Hinojo, F. (2004). Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad: intervención psicopedagógica. *Psicothema*. 16 (3), p.p. 408-414.
- Artigas-Pallarés, J. (2009). Modelos cognitivos en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*. 49 (11), p.p. 587-593.
- Asociación Psiquiátrica Americana (APA). (2014). *Manual diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales DSM-V* (ed. 5.^a). Washington.
- Ávila, V., Sarmiento, E., Brenes, M., Cárdenas, A., Gutiérrez, M., Escoto, J., Tapia, L., Torres, A., Arrieta, M. y Manzano, M. (2009). *Guía Clínica: Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad*. CDMX, México. Hospital Psiquiátrico Infantil "Juan N. Navarro".
- Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2009). *Manual de psicopatología. Vol 2*. Madrid, España. Mc Graw Hill.
- Bernal, A., Valencia, F. y cols. (2013). *Intervención de la Conducta como Estrategia Pedagógica, en Niños de 6 a 10 años con Trastorno Opositor Desafiante: estado del Arte* [Tesis de grado, Corporación Universitaria Adventista].

- Caballo, V., Salazar, I. y Carrobles, J. (2014). *Trastornos del estado del ánimo. Trastornos depresivos. Manual de psicopatología y trastornos psicológicos* (ed. 2.^a) Madrid, España: Pirámide: 339- 368.
- Cabrera, L. y Jiménez, A. (1999). Depresión infantil y rendimiento académico: un estudio comparativo entre casos y controles. *Revista de Investigación Educativa*, 17 (1), p.p. 89-106.
- Cardoze, D. (2005). *Los Trastornos Emocionales. Psiquiatría infantil y juvenil: orientaciones para docentes y padres de familia*. República de Panamá, Panamá. Editorial Universitaria: 96-115.
- Carboni, A. (2011). El trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*. 1(3), p.p. 95-131.
- Canet, L., Introzzi, I. y Zamora, E. (2016). Capítulo III: Inhibición o inhibiciones: no siempre inhibimos lo mismo. *¿Quién dirige la batuta? Funciones ejecutivas: herramientas para la regulación de la mente, la emoción y la acción*. Argentina. EUDEM, p.p. 40-59.
- Cornejo-Escatell, E. Fajardo-Fregoso, B., López-Velázquez, V., Soto-vegas, J. y Ceja-Moreno, H. (2015). Prevalencia de déficit de atención e hiperactividad en escolares de la zona noreste de Jalisco, México. *Revista Médica MD*. 6 (3), p.p. 190-195.
- Crúz, L, Ramos, A., Gutiérrez, M., Gutiérrez, D., Márquez, A. Ramírez, D., Razo, L y Seúlveda, B. (2010). Prevalencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en escolares de tres poblaciones del estado de Jalisco. *Revista Mexicana Neurociencias*, 11 (1), p.p. 15-19.
- Cuervo, A. e Izzedin, R. (2007). Tristeza, Depresión y Estrategias de Autorregulación en Niños. *Tesis psicológica*, (2), p.p. 35-47.
- Cuijpers, P., van Straten, A., Smits, N. & Smit, F. (2006). Screening and early psychochological intervention for depression in schools: Systematic review and meta-analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 15 (5), p.p. 300-307.

- De la Barra, F. (2009). Salud mental en niños y adolescentes ¿Por qué es necesario investigar? *Revista Children Neuro-Psiquiat.* 47 (3), p.p. 175-177.
- Del Barrio, V. y Carrasco, M. (2013). *Depresión en niños y adolescentes*. Madrid, España. Síntesis.
- Del Barrio, V. (2010). La depresión infantil a la altura de nuestro tiempo. *Información psicológica.* (100), p.p. 49-59.
- De la Peña-Olvera, F. y Palacios-Cruz, L. (2011). Trastornos de la conducta disruptiva en la infancia y la adolescencia: diagnóstico y tratamiento. *Salud Mental.* (34), p.p. 421-427.
- Emberley, E. y Pelegrina, M. (2011). Prevalencia, sintomatología y distribución del trastorno negativista desafiante. *Psicothema.* 23 (2), pp. 215-220.
- Frias, D., Mestre, V., Del Barrio, V. y García-Ros, R. (1992). *Estructura familiar y depresión*. Anuario de Psicología. 52, p.p. 121-13.
- García, A. et. al. (2011). *Guía Práctica. Trastornos de la conducta una guía de intervención en la escuela*. Aragón, España. Gobierno de Aragón, departamento de Educación, Universidad, Cultura y Deporte.
- García, M. y Sanz, J. (2016). Parte segunda. Trastornos depresivos en niños y adolescentes. *Tratamiento de los trastornos depresivos y de ansiedad en niños y adolescentes. De la investigación a la consulta*. España. Pirámide: pp.121-245.
- Garibay-Ramirez, J., Jiménez-Garcés, C., Vieyra-Reyes, P., Hernández-González, M. y Villalón-López, J. (2014). Disfunción familiar y depresión en niños de 8-12 años, de edad. *Revista de Medicina e Investigación.* 2(2), p.p. 107-111.
- González, L. (2019). *Propuesta de intervención para mejorar la lectoescritura en alumnos de educación primaria con TDAH* [tesis de grado, Universidad de Valladolid].
- Isorna, M. (2013). *Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)*. España. Universidad de Virgo.

- Korzeniowski, C. e Ison, M. (2008). Estrategias psicoeducativas para padres y docentes de niños con TDAH. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. 17 (1), pp. 65-71.
- Langner, A. (29 de septiembre de 2019). Depresión infantil, en el segundo sitio entre los trastornos mentales. *La Jornada*: p. 30.
<https://www.jornada.com.mx/2019/09/29/sociedad/030n1soc>
- Londoño, L. (2009). La atención: un proceso psicológico básico. *Revista de la Facultad de Psicología Universidad Cooperativa de Colombia*. 5 (8), 91-100.
- López, C., Romero, A., et. al. (2014). *TDAH y trastornos del comportamiento en la infancia y la adolescencia: clínica, diagnóstico, evaluación y tratamiento*. Madrid, España. Ediciones Pirámide.
- López-Villalobos, A., Andrés-De Llano, J., Rodríguez-Molineroc, L., Garrido-Redondoc, M., Sacristán-Martínd, A., Martínez-Riverac, M., Alberola-López, S. y Sánchez-Azóne, M. (2013). Prevalencia del trastorno negativista desafiante en España. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. 7(2), p.p. 80-87.
- Marcia, D. (2012). *TDAH en la infancia y la adolescencia*. España, Pirámide.
- Martínez, A., Fernández, C. Lemus, R., Antonio, M. y Ramírez, L. (2014). *Guía Clínica: para el diagnóstico y manejo de los trastornos de conducta*. CDMX, México. Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro.
- Mateu, L. y Sanahuja, A. (2020). Evaluación e intervención en TDAH y TND: Un caso abordado en el contexto escolar. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*. 7 (1), p.p. 52-58.
- Medina, M, Srti, E. y Real, T. (2015). *La enfermedad mental en el ciclo vital. La depresión y otros trastornos psiquiátricos, documento de postura*. CDMX, México. Intersistemas. CONACYT: 81-100.
- Medina-Mora, M., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., Villatoro, J., Rojas, E., Zambrano, J., Casanova, L. y Aguilar-Gaxiola, S. (2003). Prevalencia de Trastornos

- Mentales y Uso de Servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*. 26 (4), 1-16.
- Mejía, C. y Cifuentes, V. (2015). Comorbilidad de los trastornos de lectura y escritura en niños diagnosticados con TDAH. *Psicología del Caribe*. 32 (1), p.p. 121-144.
- Montoya, D., Varela, V. y Dussan, C. (2012). Correlación entre las habilidades académicas de la lectura y escritura, y el desempeño neuropsicológicas en una muestra de niños y niñas con TDAH de la ciudad de Manizales. *Psicología del Caribe*. 29 (2), 305-329.
- Morales, S., Félix, V., Rosas, M., López, F. y Nieto, J. (2015). Prácticas de crianza asociadas al comportamiento negativista desafiante y agresión infantil. *Avances en psicología latinoamericana*. 33 (1), pp. 57-76.
- Moreno, E. y Marqueta, A. (2014). *Trastorno Negativista Desafiante: Conocimiento, prevención e intervención con un caso real* [Tesis de grado, Universidad de Zaragoza].
- Muñoz, J., Palau, M., Salvadó, B. y Valls, A. (2006). Neurobiología del TDAH. *Acta Neurol Colomb*. 22 (2), p.p. 184-189.
- Murga, M. (2019). Familia y educación. Institución social, formación y autonomía. Revista Universitaria de la Universidad Pedagógica Nacional. 26 (julio-diciembre). México,UPN. <http://educa.upnvirtual.edu.mx/index.php/hecho-en-casa/8-hecho-en-casa/377-familia-y-educacion-institucion-social-formacion-y-autonomia>
- Navarro, M. y García, D. (2010). El concepto breve de la hiperactividad infantil en perspectiva: breve análisis de su evolución histórica. *Revista de historia de la psicología*. 34 (4), 26-36.
- Nogales, A., Rodríguez, H., Cortés, M., Cabrera, I., Esperón, C., Lohman, K. y Peñaloza, E. (2009). *Guía Clínica: Depresión en Niños y Adolescentes*: Ciudad de México, México. Hospital Psiquiátrico Infantil "Juan N. Navarro".
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1992). *Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10)*. Ginebra.

Organización Mundial de la Salud (2020)

<https://www.who.int/topics/depression/es/#:~:text=La%20depresi%C3%B3n%20es%20un%20trastorno,cansancio%20y%20falta%20de%20concentraci%C3%B3n.>

Orjales, I. (2007). El tratamiento en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH): revisión y nuevas aportaciones. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*. 3 (2007), pp. 19-30.

Ortiz, B., Giraldo, C. y Palacio, J. (2008). Trastorno oposicional desafiante: enfoques diagnóstico y terapéutico y trastornos asociados. *Iatreia*. 21, (1), p.p. 54-62.

Pedreira-Massa, L. (2011). Trastorno negativista (oposicionista)-desafiante en la infancia. *An Pediatr Contin*. 9(1), p.p. 1-6.

Presentación, M., Pinto, V., Meliá, A y Miranda, A. (2009). Efectos sobre el contexto familiar de una intervención psicosocial compleja en niños con TDAH. *Escritos de psicología*.2 (3), pp. 18-26.

Presentación, M., Siegenthaler, R., Jara, P. y Miranda A. (2010). Seguimiento de los efectos de una intervención psicosocial sobre la adaptación académica, emocional y social de niños con TDAH. *Psicothema*. 22 (4), p.p. 778-783.

Rabadán, J. y Giménez-Gualdo, A. (2012). Detección e intervención en el aula de los Trastornos de conducta. *Educación XX1*. 15 (2), p.p. 185-212.

Rabadan, J., Gimenez, A. y Hernandez, E. (2011). Detección, en la práctica pedagógica, de los trastornos de la conducta. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*. 3 (1), p.p. 255-263.

Rodríguez, C., Álvarez, L., González-Castro, J., Núñez, J., González-Pieda, J. Álvarez, D., Bernardo, A. y Cerezo, R. (2009). El trastorno por déficit de atención e hiperactividad TDAH: pasado y futuro educativo. *INFAD Revista de Psicología*. 1, p.p. 81-88.

Ramos, C., Pérez-Salas, C. y Lepe, N. (2016). Control inhibitorio, monitorización y habla autodirigida en el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. *Rev. Electrónica de estudiantes Esc. De psicología, Univ. Costa Rica*.11 (1), p.p. 73-97.

- Ramos, C. y Pérez, C. (2015). Relación entre el modelo híbrido de las funciones ejecutivas y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Psicología desde el caribe*. 32 (2), p.p. 299-315.
- Rosello, B., García-Castellar, R., Térraga-Mínguez, R, y Mulas, F. (2003) el papel de los padres en el desarrollo y el aprendizaje de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Neurología*. 36 (Supl 1), pp. S79-S84.
- Sauceda, J. (2014). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad: un problema de salud pública. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*. 57 (5), p.p. 14-19.
- Secretaría de Salud (2002). Programa de Acción Mental. México, p.p. 55 y 56.
- Senado de la República (2020, 11 de marzo). Urge ley de Salud Mental para atender trastornos en menores de edad: Vázquez Mota [boletín n.º1198]. Senado de la República: Coordinación de comunicación Social. <http://comunicacion.senado.gob.mx/index.php/informacion/boletines/47831-urge-ley-de-salud-mental-para-atender-trastornos-en-menores-de-edad-vazquez-mota.html>
- Servera-Barceló, M. (2005). Modelo de autorregulación de Barkley aplicando al trastorno por déficit de atención con hiperactividad: una revisión. *Revista de neurología*. 40 (6), p.p. 358-368.
- Solé, I. (2009). *Estrategias de lectura*. Barcelona, España. Grao.
- Soutullo, E. y Díez, A. (2007). *Manual de Diagnóstico y tratamiento del TDAH*. Madrid, España. Editorial Médica Panamericana.
- Solloa, L. (2006). Los trastornos psicológicos en el niño: etiología, diagnóstico y tratamiento. México, Trillas.
- Stallard, P. *et. al.* (2012). Classroom based behavioural therapy in reducing symptoms of depression in high risk adolescents: pragmatic cluster randomized controlled trial. *BMJ (ONLINE)*. 1-13. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.e6058>

- Vásconez, L. (2019). *Trastorno negativista desafiante y su efecto en el rendimiento escolar en un niño* [Tesis de Grado, Universidad Técnica de Babahoyo. Ecuador].
- Vásquez, J., Cárdenas, E., Feria, M., Benjet, C., Palacios, L. y de la Peña, F. (2010). *Guía Clínica para el trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad*. CDMX, México. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
- Vásquez, J., Feria, M., Palacios, L. y de la Peña, F. (2010). *Guía Clínica para el Trastorno Negativista Desafiante*. CDMX, México. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.
- Yam, L., Argáez, J., Rodríguez, E. (2011). Influencia del Apoyo Educativo en el nivel de depresión de escolares de sexto grado. *Desarrollo Científico Enfermería*. 19 (4), p.p. 124-128.

Referencias del material implementado durante intervención

- Sheldon, D. y Blythe, G. (2011). *El canto de las ballenas*. Madrid, España. Editorial Kókinos.
- Bryce, A., Dueñas, A. y Roederer, C. (2017). *Going*. Suecia. Storyside.
- Andersen, H. (1999). *El patito feo*. China. Disney Enterprises Inc. Tormont Publicación Inc.
- Vaughan, M. y Hurford, J. (2005). *Las madrigueras*. Wright Group.
- Ford, J., Torres, K. y Greig, N. (2015). *Lava* [Canción]. Universal Music Publishing Group.
- Contreras, S. (2017, abril 2). La historia de amor de volcanes. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=yetu8iD-gH0>
- Tobin, P. y Chan, R. (2016). *Plants VS Zombies*. CDMX, México. Panini Comics.
- Uhalde, L. (1992). *Chao Toto*. Buenos Aires, Argentina, Ediciones Colihue.
- Torres, A. (2006). *Monstruos, y seres mitológicos para niños*. CDMX, México. EMUSA (Editores Mexicanos Unidos).

Carvajal, L. (2013). *Malaika: La Princesa* [Película]. LuaBooks.

<https://www.youtube.com/watch?v=T0uJrBGUKbU&list=PLZturyX8khpRLQoKH0mW18gs02XI9URRt&index=5>

ANEXOS

ENTREVISTA PARA TUTOR

I.- FICHA DE IDENTIDAD DEL NIÑO

1. Edad:
2. Sexo:
3. Fecha de nacimiento:
4. Domicilio:
5. Escolaridad:

II.- DESCRIPCIÓN DEL PACIENTE

1. Motivo por el cual decidió atenderlo psicológicamente.
2. Instituciones donde ha recibido el tratamiento y diagnóstico.
3. Fecha de aparición del problema.
4. Evolución
5. Signos y síntomas

a) NIVEL AFECTIVO:

Nervioso ()	Distraído ()	Amable ()	Sensible ()
Agresivo ()	Tímido ()	Ansioso ()	Otros _____

b) NIVEL VERBAL

Renuente a contestar ()	Silencioso ()	Explícito ()
Verbalización excesiva	Coherente ()	Tartamudez ()
Repetitivo ()	Otros _____	

c) NIVEL FÍSICO

Apariencia personal:	Aseado ()	No Aseado ()
Malformaciones físicas	Sí ()	No ()
Posturas inadecuadas:	Sí ()	No ()
Zurdo ()	Diestro ()	

III.- ANTECEDENTES FAMILIARES

DATOS DEL TUTOR

1. Nombre _____ 9. Escolaridad _____

2. Parentesco _____ 10. Estado emocional _____
 3. Edad _____
 4. Estado civil _____
 5. Edo. general de salud _____
 6. Ocupación _____
 7. Lugar de Trabajo _____
 8. Horario de trabajo _____

IV.- HISTORIA PRENATAL Y PERINATAL

1. Números de embarazo anteriores a los del paciente
2. ¿Deseaba el embarazo?
3. ¿Fue del sexo deseado?
4. Duración del embarazo
5. Enfermedades durante el embarazo
6. Problemas emocionales durante el embarazo
7. Parto normal () Cesárea () Fórceps () Otros _____
8. Condiciones del parto: Casa () Hospital () Otros _____
9. Lloró inmediatamente al nacer el paciente
10. Lesiones observadas
11. Cuidados adicionales (especificar)
12. Tipo de alimentación: Pecho () Biberón () Otros ()
13. ¿Rechazó el pecho materno?
14. ¿A qué edad ocurrió el destete?
15. ¿Qué problemas de alimentación tuvo?

V.- HISTORIA CLÍNICA

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

1. ¿Qué enfermedades ha tenido?
2. ¿Ha tenido temperatura mayor a los 40º? Sí () No ()
3. ¿Ha tenido convulsiones? Sí () No ()
4. Tiene o ha tenido problemas en:

Marcha	Sí ()	No ()
Lenguaje	Sí ()	No ()
Oído	Sí ()	No ()
Vista	Sí ()	No ()

DESARROLLO MOTOR

1. ¿Su sonrisa fue espontánea? Sí () No () ¿A qué edad?
2. Juego manual
3. ¿A qué edad se sentó solo?
4. ¿A qué edad gateo?
5. ¿A qué edad se sostuvo en pie? Solo () Con ayuda () Con apoyo ()
6. ¿A qué edad dio sus primeros pasos?
7. ¿A qué edad sube y baja escaleras solo?
8. ¿A qué edad corrió?

9. ¿Puede comer sólo? ¿Desde qué edad?
10. Habilidad manual observada: Buena () Regular () Mala ()
Muy torpe () Incapaz ()
11. ¿Tropieza o cae con frecuencia?

LENGUAJE

1. ¿A qué edad comenzó a balbucear?
2. ¿A qué edad pronunció sus primeras palabras?
3. ¿A qué edad pronunció sus primeras frases?
4. Calidad del lenguaje: Normal () Telegráfico () Jerga () Ecolálico ()

CONDUCTUAL

1. Horario de sueño
2. ¿Con quién duerme el paciente?
3. ¿Necesita algo en especial para dormirse?
4. ¿Se mueve, habla o llora mientras duerme?
5. ¿Despierta con frecuencia?
6. Horario de alimentación en casa
7. Forma de alimentación
8. ¿Qué hace usted cuando no quiere comer?
9. ¿Acepta todo tipo de alimentación?
10. ¿Tiene buen apetito en la actualidad?
11. ¿Se chupa el dedo?
12. ¿Hay algo que le cause miedo al niño?

CONTROL DE ESFÍNTERES

1. ¿A qué edad comenzó a avisar?
2. ¿Qué procedimiento se siguió para que avisara?
3. ¿Qué le hacía usted cuando no avisaba a tiempo?
4. ¿Moja actualmente la cama?
5. ¿Qué hace usted cuando esto sucede?
6. ¿Se toca o juega con sus genitales?
7. ¿Qué hace usted cuando esto sucede?

VI.- HISTORIA ESCOLAR

1. Asistió al kínder
2. ¿A qué edad entró a la primaria?
3. ¿Ha perdido el niño algún año escolar? ¿Cuál?
4. ¿Le gusta al niño ir a la escuela?
5. ¿Acostumbra realizar su tarea? ¿Quién le ayuda con la realización de la tarea?

6. ¿Recibe quejas constantemente por parte de su maestro? ¿De qué tipo? ¿Cuál es su reacción ante esto?
7. ¿Cuáles son las relaciones de su hijo con sus compañeros de escuela?
8. ¿Participa el niño en actividades colectivas dentro de la escuela?
9. ¿Cuándo ingresó al programa "Sigamos aprendiendo... en el Hospital"?
10. ¿Qué materias se le dificultan?

VII.- HISTORIA SOCIOECONOMICA

1. Ingreso mensual:
2. Habita en casa: Propia () Alquilada () Otros: _____
3. ¿Tipo de construcción de la casa?
4. ¿Cuántas personas habitan en la casa? Adultos: _____ M () F ()
Niños: _____ M () F ()
5. ¿De cuántas habitaciones se compone la casa?
6. ¿Con qué servicios cuenta? Agua () Luz () Drenaje () Teléfono () Otros:
7. Egresos mensuales:
Alimentación: _____ Agua: _____
Vestido: _____ Educación escolar: _____
Renta: _____ Luz: _____
Transporte: _____ Diversiones: _____

VIII.- AMBIENTE FAMILIAR

1.	Numero de hermanos	Sexo	Edad	Ocupación.

2. ¿Qué otras personas comparten la vida del grupo familiar?

Parentesco	Sexo	Ocupación

3. ¿Duerme el niño a la misma hora que toda la familia?

4. Lugar que dispone para jugar:
5. Juguete preferido:
6. Juegos dramáticos preferidos:
8. Compañeros de juego:
9. Paseos que realiza ¿Con quién?
10. Conducta en el juego: Líder: _____ Organizador: _____ Otros:
11. Relación con otros niños:
12. ¿Qué prendas se coloca solo?
13. ¿Baño dependiente o independiente?

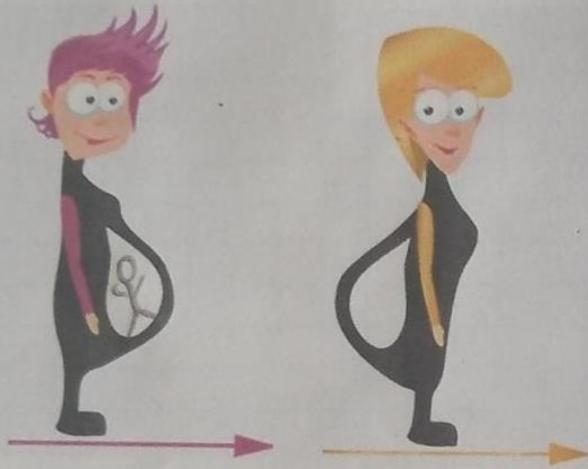
a) RELACIÓN DE LOS PADRES CON EL NIÑO

1. Tiempo que dedica cada uno al niño:
Padre:
Madre:
2. Temas con que mayor frecuencia conversan con el niño:
Padre:
Madre:
3. Actitud de los padres ante las travesuras de su hijo:
Castigo corporal: _____ Amenazas: _____ Encierro: _____
Privaciones: _____ Explicaciones: _____ Otros: _____
Descríbalos:
4. ¿Coopera el niño en los trabajos familiares? ¿De qué manera?
5. Premios y recompensas utilizados para estimular la conducta del niño:
6. Usted considera que su hijo es:
Alegre: _____ Nervioso: _____ Activo: _____
Retraído: _____ Agresivo: _____ Otros: _____
7. Fiestas que realiza la familia y en las cuáles asiste o participa el niño:
8. Descripción de un día completo de la vida del niño (festivo, sábado o domingo):
9. ¿Tiene usted algún problema en específico en el hogar con el niño? Descríbalo con detalle:
10. ¿Cuál considera usted que es el problema más grande del niño?
En casa:
En la escuela:
Otros lugares:

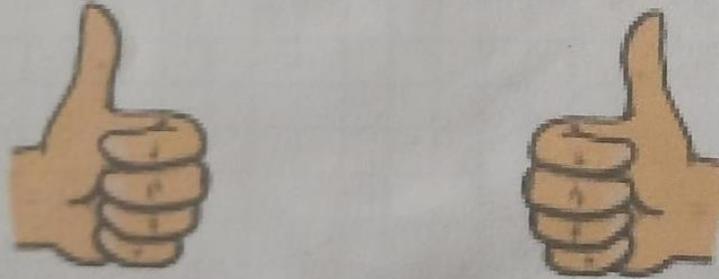
Trabajos de José

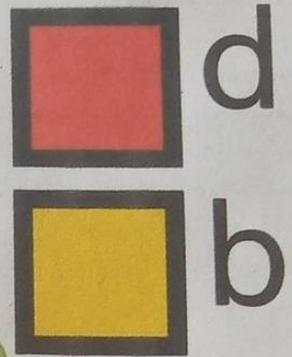
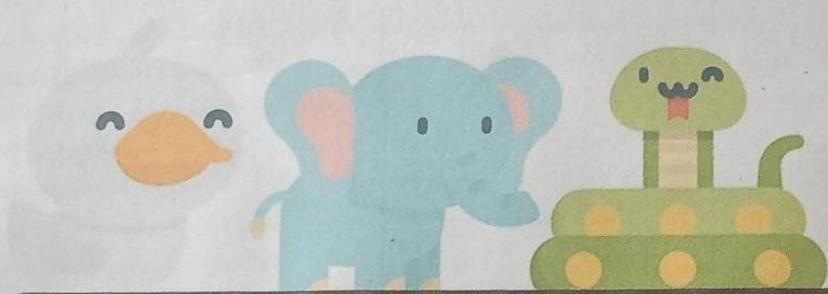
En estos primeros trabajos se aprecian algunos ejercicios que fueron mandados para trabajar en casa, ya que durante las lecturas realizadas había presentado dificultades en el reconocimiento de las letras d/b/q/t y confusión entre algunas de estas.





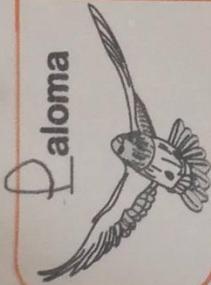
bed





b	d	d	b	b	d
d	b	b	d	d	b
b	b	d	b	d	b
d	b	d	b	d	b
b	d	d	d	b	d
b	d	b	b	d	b

PPPPPP 99999 bbbbbb ddddddd



Paloma



Diana



tiburón



cajete



dinosaurio



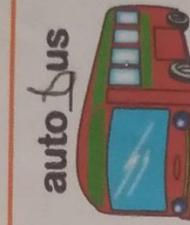
queso



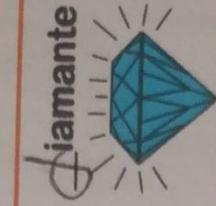
sofa



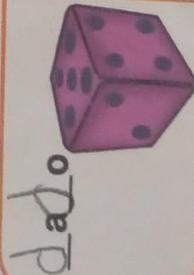
nido



autobus



diamante



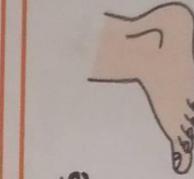
dado



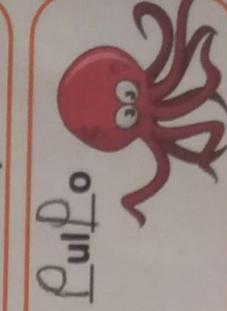
buo



esquimal



pie



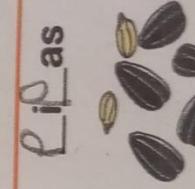
Pulpo



abeja



demonio



Pipas



mosquito

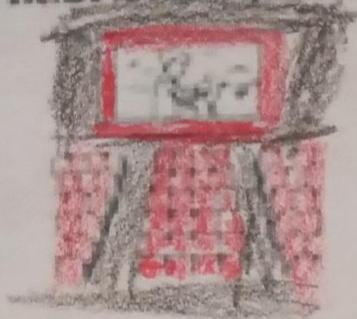


hombro

INSTRUCCIONES: Escribe la sílaba que falta para completar las palabras.



cenillo



cine



cereza



cebolla



cerca

11

one



cinturón



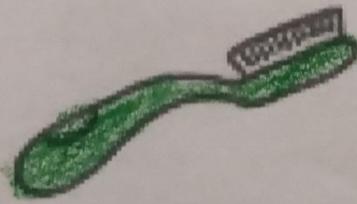
cajas



circo



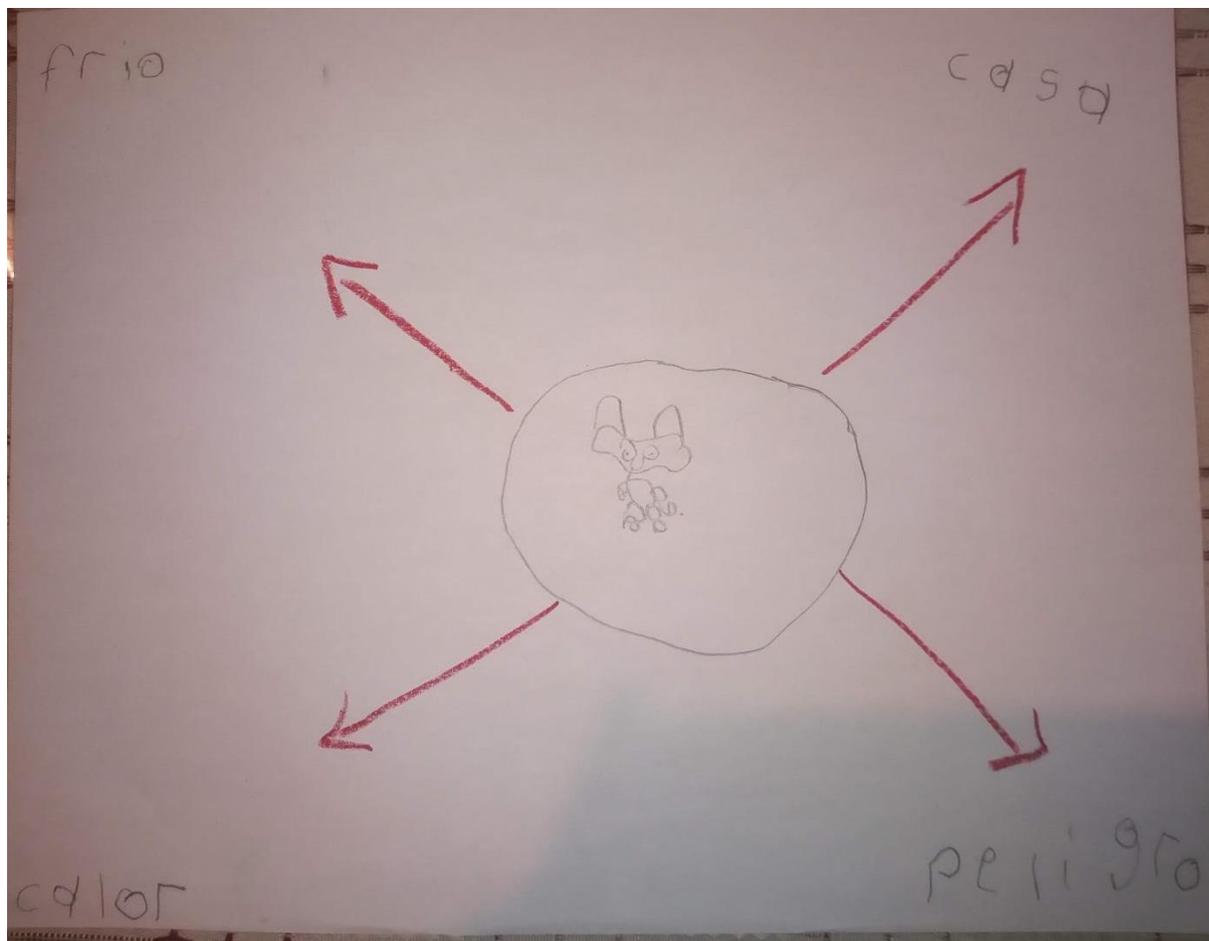
cinco



cepillo

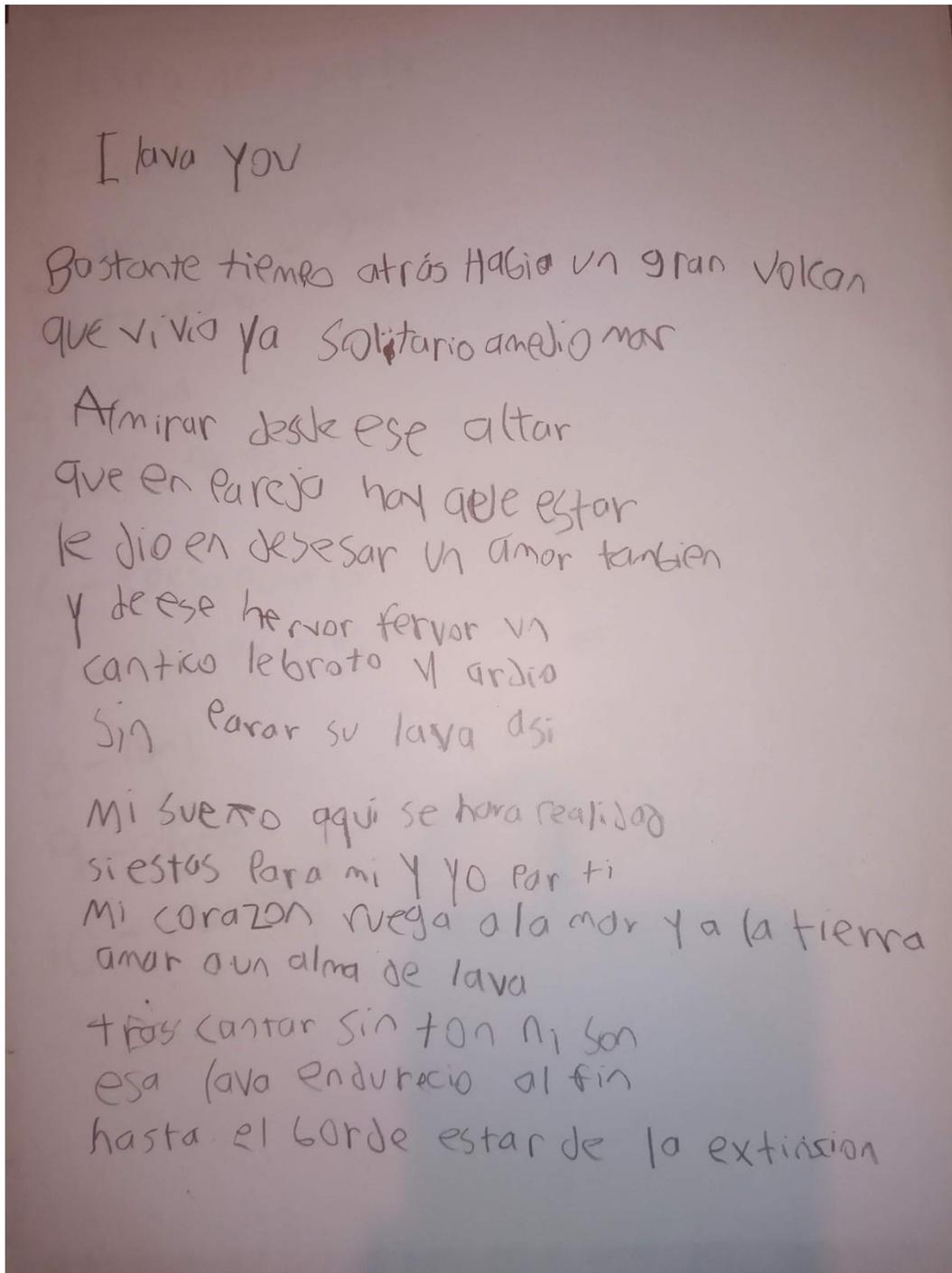


cebra



En esta imagen se muestra como José organizó la información del texto leído durante la sesión 4 en un mapa mental, dibujando una madriguera en el centro con un conejo dentro. Dado que el texto leído trataba de la función de las madrigueras y en la portada está ilustrada la madriguera con un conejo dentro.

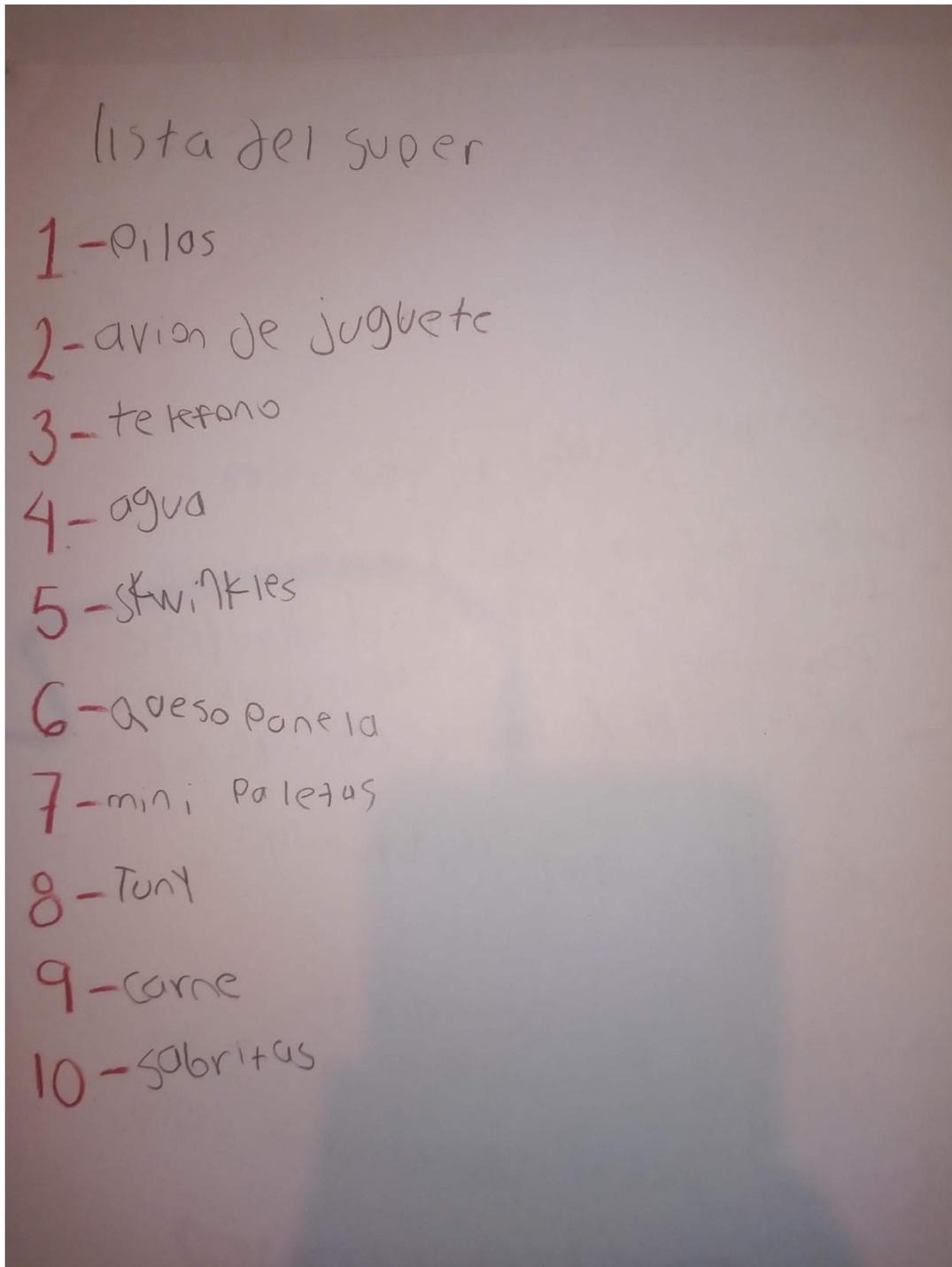
En la siguiente imagen se puede apreciar una parte de la canción / lava you escrita por José durante la quinta sesión.



Este fue el resultado de la receta preparada durante la séptima sesión en la cual describe haber creado una carita feliz y una cara seria.



En la siguiente evidencia se puede apreciar la lista de compras que José realizó durante la sesión 8 en la cual copió el nombre de los artículos que quería comprar.



Las siguientes imágenes muestran el trabajo que se realizó con José para canalizar los sentimientos de pérdida.



Finalmente se agregan las definiciones realizadas por José durante la sesión dedicada al mito.

Definiciones

1. Gorgonas hermanas de medusa
2. Hesperides: ninfas que cuidan el jardín del occidente
3. Hades: dios del inframundo
4. Jabalí: m. f. mamífero, cuya variedad doméstica es el cerdo, pelaje muy tupado gris olardo y grandes colmillos. Habita en bosques y matorrales.
5. Poseidón: es el dios de los mares