

EDUCANDO JUNTOS

Titulillo: EDUCANDO JUNTOS

EDUCANDO JUNTOS:

Toma un papel activo en el proceso de tratamiento del Trastorno por Déficit de Atención con  
Hiperactividad de tu hijo y vuélvete un experto en casa

Ana María Correa Gómez

Universidad CES

Medellín



### **Justificación**

Convivir con un niño diagnosticado con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad puede ser frustrante y abrumador, pero en realidad hay muchas cosas que los padres pueden hacer para controlar y reducir los síntomas (Soutullo, 2008). La creación de ambientes positivos en el hogar pueden proporcionar a los niños la adquisición paso a paso de habilidades de auto control, auto estima, auto confianza, disciplina y responsabilidad, siendo un pilar fundamental para la consolidación del tratamiento y el desarrollo de la capacidad de regulación de la conducta de los hijos (Barkley, 2000).

En el centro de atención de psicología de la universidad CES, se ha venido implementando el tratamiento multimodal como estrategia de abordaje del mismo ya que el trabajo interdisciplinario para cada paciente con psiquiatras infantiles que ofrece el centro lo permite. En este ejercicio se ha podido constatar la eficacia de un tratamiento combinado para paciente con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, pero se ha notado una brecha importante en el abordaje a padres de niños diagnosticados con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad debido a la falta de herramientas que les permitan un mayor entendimiento del trastorno de sus hijos y una mayor adherencia, compromiso y facilidad para implementar las estrategias que como profesionales les ofrecemos para el manejo del mismo.

Por tal razón surge la idea del proyecto Educando Juntos, dirigido a padres y madres de niños y niñas diagnosticados con hiperactividad, déficit de atención y/o problemas de conducta, el cual tiene como objetivo involucrar de manera activa a los padres de familia en el proceso de tratamiento de sus hijos, brindando apoyo y entrenamiento en manejo y crianza de estos por medio talleres y/o capacitaciones en donde se les enseñaran a los padres de

familia estrategias que fomenten el cambio del comportamiento disruptivo en sus hijos en el hogar y mejoren la relación con ellos.

## **Problema y necesidades que se intervienen**

### **Problema central**

Padres de familia o cuidadores de pacientes del centro de psicología CES Sabaneta diagnosticados con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad presentan pocas herramientas que les permitan un mayor entendimiento del trastorno de sus hijos y una mayor adherencia y compromiso frente al tratamiento del mismo y facilidad para implementar las estrategias que como profesionales les ofrecemos para el manejo de sus hijos en el hogar.

### **Causas**

- Ausencia de espacios que brinden piscó - educación a padres de familia de niños diagnosticados con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.
- Padres de familia de niños diagnosticados con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad con conocimientos previos erróneos que llevan a asumir posiciones poco favorables para el tratamiento.
- Desconocimiento por parte de los padres de la importancia del trabajo mancomunado con el equipo de profesionales que atienden el tratamiento del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad de sus hijos.

## **Población**

### **Población Directa**

30 cuidadores (padres, madres o acudiente) de pacientes diagnosticados con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad del centro de psicología CES Sabaneta.

### **Población indirecta**

Los niños diagnosticados con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad con mejor pronóstico de eficacia en su tratamiento. Familias de los beneficiarios como sistema y núcleo primario de apoyo.

## **Objetivos**

### **Objetivo General**

Fortalecer por medio de un entrenamiento psicoeducativo el lugar del cuidador en el proceso de tratamiento de los pacientes diagnosticados con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad del centro de atención de psicología CES Sabaneta

### **Objetivos Específicos**

- Sensibilizar a los cuidadores acerca de la importancia de trabajar en equipo con los profesionales encargados del tratamiento del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad que presentan sus hijos
- Formar a los cuidadores sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad para que tengan un mayor entendimiento y claridad acerca del mismo.
- Adiestrar a los padres de familia con herramientas facilitadoras para el manejo del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en casa mediante estrategias de crianza para sus hijos e intervenciones positivas de comportamiento.

## **Resultados Esperados**

### **Resultado final**

Padres de familia Involucrados de manera activa en el proceso de tratamiento del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad que presentan sus hijos y con herramientas útiles y suficientes para el manejo y crianza de estos.

### **Resultados de proceso**

- Divulgación del programa por medio de posters y volantes además de la formación del grupo de padres de familia interesados en participar.
- Beneficiarios del programa logran interesarse en tomar un papel activo en el proceso de tratamiento del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad de sus hijos gracias a la expresión de saberes y experiencias tenidas hasta el momento y reflexión sobre el desafío que ha representado para ellos educar a un hijo que presenta este diagnóstico así como la importancia de trabajar en equipo con los profesionales encargados del tratamiento de los mismos.
- Beneficiarios del programa alcanzan un mayor entendimiento y claridad acerca de que es el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, sus síntomas, causas e impacto en las diferentes áreas de desarrollo así como desmitificación del mismo.
- Beneficiarios del programa adquieren herramientas facilitadoras para el manejo del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en casa mediante estrategias de crianza de sus hijos e intervenciones positivas de comportamiento.
- Beneficiarios del programa consiguen validar los conocimientos adquiridos mediante la comparación de experiencias pasadas y presentes. Se realiza además el cierre del programa evaluando el mismo.

**Productos esperados**

- Una propuesta psicoeducativa, con posibilidad de replica, que brinde apoyo a los padres de pacientes diagnosticados con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad del centro de psicología CES Sabaneta.
- Se espera además con esta propuesta ampliar el portafolio de servicios del centro de atención de psicología CES, fortaleciendo la oferta para la atención integral de los usuarios.

### Referencias conceptuales

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es uno de los trastornos del comportamiento de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia más comúnmente diagnosticado, se estima que afecta entre 3 y 7 de cada 100 niños en edad escolar (American Psychiatric Association [APA], 2000), pero si bien tiene un inicio temprano en muchos de los casos, los problemas continúan a través de adolescencia y la adultez.

Barkley & Murphy (2006) definen los síntomas principales del TDAH como niveles inapropiados de inatención, hiperactividad e impulsividad para la etapa evolutiva o de desarrollo del niño, los cuales se ven evidenciados en comportamientos que causan dificultades significativas en una o más áreas importantes de la vida como el hogar, el estudio y las relaciones sociales.

Según el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV, TR) (2000) los criterios para el diagnóstico del TDAH son:

**A. Existen 1 o 2:**

1. seis (o más) de los siguientes síntomas de desatención han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

**Desatención:**

a) a menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.

(b) a menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas.

(c) a menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente.

(d) a menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos, u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones).

(e) a menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades.

(f) a menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos).

(g) a menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (p. ej. juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas).

(h) a menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.

(i) a menudo es descuidado en las actividades diarias.

2. seis (o más) de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

**Hiperactividad:**

(a) a menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento.

(b) a menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado.

(c) a menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud).

(d) a menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.

(e) a menudo "está en marcha" o suele actuar como si tuviera un motor.

(f) a menudo habla en exceso.

### **Impulsividad**

(g) a menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.

(h) a menudo tiene dificultades para guardar turno.

(i) a menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p. ej. se entromete en conversaciones o juegos).

**B.** Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años de edad.

**C.** Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (p. ej., en la escuela [o en el trabajo] y en casa).

**D.** Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.

**E.** Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disocial o un trastorno de la personalidad).

El diagnóstico de TDAH se puede dividir en tres subtipos las cuales dependen principalmente del componente del comportamiento más representativo que presenta el niño: puede ser con predominio del déficit de atención, con predominio hiperactivo-impulsivo o de tipo combinado.

La etiología exacta del trastorno se desconoce pero se le atribuye en gran medida a la interacción de factores genéticos y ambientales que influyen en el inadecuado funcionamiento del área pre frontal del cerebro, encargada de la función ejecutiva cuyo principal objetivo es permitirnos atender a un estímulo, planificar y organizar una acción, anticiparse a sus consecuencias e inhibir respuestas automáticas. (Soutullo y Diez, 2007).

Existen diferentes tipos de tratamientos psicológicos, psicosociales y psiquiátricos para el abordaje del TDAH, sin embargo Döpfner, M. et al. (2004) en su estudio demostraron que la psicoterapia conductual combinada con psicofarmacología dentro de un tratamiento multimodal mostro ser el manejo más eficaz para el tratamiento del TDAH.

Se puede entender el tratamiento multimodal como intervenciones combinadas de psicoeducación tanto al paciente, padres, y maestros sobre el trastorno, psicoterapia conductual, tratamiento psicofarmacológico y apoyo en dificultades psicosociales (Semrud-Clikeman & Teeter, 2009).

### Referencias

- American Psychological Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Barkley, R.A. & Murphy, K.R. (2006). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Clinical Workbook* (3tr ed.). New York: Guilford Press.
- Barkley, R.A. (2000). *Taking Charge of ADHD: The Complete, Authoritative Guide for Parents* (Rev. ed.). New York: Guilford Press.
- Döpfner, M., Breuer, D., Schürmann, S., Wolff Metternich, T., Rademacher, C., Lehmkuhl, G. (2004, July 1). Effectiveness of an adaptive multimodal treatment in children with AttentionóDeficit Hyperactivity Disorder. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 13 (0), 117-129.
- Semrud-Clikeman, M. & Teeter P.A (2009). *Child Neuropsychology: Assessment and Interventions for Neurodevelopmental Disorders* (2nd ed.). New York: Springer.
- Soutullo, C. y Díez, A. (2007). *Manual de diagnóstico y tratamiento del TDAH*. Buenos Aires: Editorial Medica Panamericana.
- Soutullo, C. (2008). *Convivir con Niños y Adolescentes con Trastornos por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)* (2ª ed). Buenos Aires: Editorial Medica Panamericana.