

HERRAMIENTAS A PADRES Y DOCENTES PARA ATENDER A NIÑOS CON
DIAGNOSTICO DE TDAH CON SINTOMAS DE TOD

Miladys Granadillo Jiménez

PROYECTO DE DESARROLLO REALIZADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE ESPECIALISTA
EN SALUD MENTAL DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE.

Medellín
Universidad CES.
Facultad de Psicología
2010

RESUMEN

Educar a niños diagnosticados con trastornos por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y que presentan síntomas del trastorno oposicionista desafiante (TOD) no es tarea fácil, y es frecuente encontrar que padres de familia y educadores quisieran contar con herramientas que le permitan mejorar sus roles en la crianza y educación de estos niños.

No atender este problema de manera oportuna y adecuada genera en los niños y niñas actitudes de hostilidad, rechazo y en algunos casos exclusión escolar, por ello el proyecto está encaminado que tanto padres de familia como docentes mejoren los conocimientos de las causas, consecuencias y manifestaciones del trastorno, y desarrollen habilidades para la crianza y educación.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN
2. MARCO TEÓRICO
 - 2.1. TRASTORNO DE DEFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD
 - 2.1.1. DESCRIPCIÓN DEL TDAH.
 - 2.2. EVOLUCIÓN DEL TDAH
 - 2.3. ETIOLOGÍA
 - 2.3.1. ACTORES NEUROQUÍMICOS
 - 2.3.2. FACTORES GENÉTICOS
 - 2.3.3. FACTORES RIESGO
 - 2.3.4. FACTORES PSICOSOCIALES
 - 2.4. COMORBILIDAD
 - 2.4.1. COMORBILIDAD CON PROBLEMAS DE CONDUCTA
 - 2.5. TRASTORNO OPOSICIONISTA DESAFIANTE
 - 2.5.1. DESCRIPCION DEL TOD
 - 2.6. TRATAMIENTO
 - 2.6.1. EL TDAH
 - 2.6.2. TRATAMIENTO DEL TOD
 - 2.6.3 LA FAMILIA EN EL TRATAMIENTO DE TDAH
 - 2.6.4 LOS DOCENTES EN EL TRATAMIENTO DEL TDAH
 - 2.7. MARCO NORMATIVO

3. OBJETIVOS
 - 3.1. OBJETIVO GENERAL
 - 3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS
4. METODOLOGÍA
 - 4.1. ANÁLISIS DE ACTORES
 - 4.2. ANÁLISIS DEL PROBLEMA
 - 4.3. ANÁLISIS DE OBJETIVOS
 - 4.4. DEFINICIÓN DE LA ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN
 - 4.5. ESTRATEGIAS DE EVALUACIÓN
5. CRONOGRAMA
6. PRESUPUESTO

REFERENCIAS

ANEXOS

INTRODUCCIÓN

Desde la psicopatología se aborda la hiperactividad como síndrome y se define como un conjunto de síntomas de intranquilidad motora, de impulsividad, de reducida capacidad atencional, de dificultades específicas del aprendizaje (dislexia, en particular) y de inestabilidad emocional.

Según el DSM – IV – TR, la característica esencial del TDAH es un patrón persistente de desatención y/o hiperactividad- impulsividad, que es más frecuente y grave que el observado habitualmente en sujetos de un nivel de desarrollo similar (Criterio A). Algunos síntomas de hiperactividad - impulsividad o de desatención causantes de problemas pueden haber aparecido antes de los 7 años de edad. Sin embargo, bastantes sujetos son diagnosticados habiendo estado presentes los síntomas durante varios años (Criterio B). Algún problema relacionado con los síntomas debe producirse en dos situaciones por lo menos (p. ej., en casa y en la escuela o en el trabajo) (Criterio C). Debe haber pruebas claras de interferencia en la actividad social, académica o laboral propia del nivel de desarrollo (Criterio D). El trastorno no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (p.ej. trastorno del estado del ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o trastorno de la personalidad) (Criterio E). López. J. 2000, p.97.

Adicionalmente se plantean otros subtipos del trastorno, en función del síntoma predominante durante los últimos seis meses:

Trastornos por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, con predominio del déficit de atención y trastorno por déficit de atención con hiperactividad, con predominio hiperactivo impulsivo.

En cuanto a la epidemiología, según la Asociación Americana de Psiquiatría, el TDAH se presenta entre un 3% y 7% de los niños en edad escolar. APA (2000).

Los niños que presentan este trastorno se comportan de diferentes maneras de acuerdo a la relación que establecen con sus pares, con los adultos que les demandan normas, con los espacios y contextos en los que se desenvuelven.

Suarez y Paniagua, s.f. en su libro “Al Lado del Hiperactivo”, dan cuenta de una recopilación de casos del diario vivir en una institución educativa especializada para niños con TDAH, “la escasa preparación de los padres, la desinformación con respecto al problema, el desconocimiento de los maestros de las escuelas públicas de cómo se debe manejar a los niños con TDAH y la imposibilidad del Estado para proporcionar atención especializada, los convierte en víctimas inocentes del rechazo, de la violencia intrafamiliar y del abandono de la autoridad lo que los hace vulnerables” (p.145).

En la misma línea, es pertinente mencionar un caso que conocí hace ya 8 años, cuando desempeñaba la coordinación de un proyecto de desplazados en la comuna 6, exactamente en el barrio El Picacho, donde atendíamos niños, adolescentes, padres de familia, y adultos en general; entre los niños se encontraba uno de aproximadamente 8 años, abandonado por sus padres, vivía con un hermano que trabajaba y no lo podía cuidar, no estudiaba, porque no lo soportaban en la escuela, tampoco lo soportaban los vecinos; nosotros éramos un equipo de 10 profesionales entre psicólogos, trabajadores sociales y un médico psiquiatra, que atónitos quedamos un día, cuando nos dejó encerrados en el salón sin posibilidades de salir, mientras el chico por la ventana disfrutaba sabiendo que nada podíamos hacer, más que suplicarle que nos abriera. Frente a esta situación uno de los “expertos” dijo “antes de que llegue a la adolescencia, es muy probable que sea asesinado, es un niño con hiperactividad con déficit de atención negativista desafiante, su pronóstico más seguro es un trastorno disocial”.

En el curso del desarrollo normal del niño se encuentran frecuentemente conductas de oposición, de desobediencias y desafiantes, pero cuando se convierte en un síntoma es necesario tratarlo.

Entender las causas de TOD en los niños es complejo y no está claramente determinada la etiología, el TOD está influenciado por múltiples factores que se encuentran interrelacionados, se presentan variables que actúan como causa y variables que actúan como efecto.

Según Caballo V., Simón M., (2005), hay claras evidencias de que el TOD es moldeado y mantenido por la naturaleza de los intercambios recíprocos entre un niño y los adultos significativos de su entorno, empezando con los padres y extendiéndose a otras figuras de autoridad. (p.41).

“En cuanto a las variables de los padres, la inmadurez, la falta de experiencia respecto a la educación de los hijos, la hostilidad y la labilidad emocional son variables observadas en familias de niños que tienen TOD, la presencia de conflictos maritales de depresión materna y de psicopatología parental plantean también un riesgo para el TOD”. (farrington, 1995; Frick et al., 1992; Kennan y Shaw, 1994) citado en Caballo, V. y otro (2005) (p.42).

No obstante el desconocimiento que existe frente al manejo de los niños diagnosticados con TDAH y con TOD, existen múltiples opciones para su atención y tratamiento. El presente proyecto pretende brindar herramientas a padres y docentes para la crianza y educación de niños con TDAH y con síntomas de trastorno oposicionista desafiante – TOD-, en instituciones educativas interesadas en favorecer a esta población.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN

Es frecuente encontrar problemas de inatención escolar, aun en niños que no han sido diagnosticados con TDAH, sin embargo las estadísticas plantean que los casos por déficit de atención propiamente dichos, ocurren entre el 3% y el 10% de la población infantil en edad escolar, Morris y Collier (1987) citado en Belloch. A Sandín B., y Ramos F.(1995), sostiene que al menos el 50% de los niños, que son remitidos para cuidados clínicos de evaluación y tratamiento tienen déficit atencional y/o hiperactividad. Es claro pues, que el déficit de atención y la hiperactividad, se encuentran entre los trastornos de conducta más frecuentes en la infancia. Belloch, A. y otros (1995). (p.696).

Los niños que presentan este trastorno tienen dificultad para concentrarse en una sola tarea, fácilmente inician una actividad y rápidamente pasan a otra sin haber culminado la primera, es común observar en estos niños dificultad para concentrarse, se distraen fácilmente, presentan impulsividad, dificultad para relacionarse e inadecuado manejo de los conflictos.

La hiperactividad, el síntoma principal del subtipo de TDAH mas prevalente, es un comportamiento que se suele observar en las familias afectadas por la discordia marital, Brando (1971) citado en Espeleta L. (2005) (p.229), y en las familias disfuncionales (Gillberg, Carlstrom, y Rasmussen, 1983), citado en Espeleta L. (2005) (p.229), ambos factores de riesgo que, a su vez, se asocian con la adversidad socioeconómica. Por tanto es probable que se diagnostique a más niños con TDAH en un ambiente de pobreza cuando estos otros factores están presentes. El nivel de educación bajo en la familia, asociado con la pobreza puede impedir que los padres busquen el tratamiento apropiado o la ubicación escolar adecuada para sus hijos con TDAH, lo que puede producir efectos más adversos en el curso del trastorno. No se ha demostrado que la pobreza tenga un efecto directo importante sobre la ocurrencia de TDAH. Espeleta L. (2005) (p.229).

Una de las situaciones que contribuyen a que el TDAH no tenga una respuesta efectiva por parte de la familia, la escuela y la sociedad en general, son las dificultades de padres y docentes para la crianza y educación de los niños que además de presentar este Trastorno, tienen síntomas de TOD.

El desconocimiento de las causas, consecuencias y manifestaciones del trastorno llevan a que padres de familia, docentes y comunidad en general no preste la atención necesaria a los niños que presentan comportamientos considerados por fuera de lo que normalmente un padre de familia o un docente están acostumbrados a tratar.

Cuando el padre de familia y el docente desconocen las estrategias de intervención o no están entrenados para atender a los niños con este tipo de trastorno, se le dificulta brindarle pautas de atención correctas o explicarles las circunstancias en los que se basan los comportamientos alterados y tampoco logra precisar el efecto que su propia conducta puede generar en ellos, les es difícil fomentar conductas adaptadas y extinguir comportamientos anómalos.

También es frecuente encontrar que los niños que presentan el TDHA y síntomas de TOD, desconocen estrategias y habilidades para la autorregulación, la solución de problemas y afrontamiento de la impulsividad.

La falta de compromiso y participación efectiva en el tratamiento por parte de padres de familia y docentes y la no intervención a tiempo y de manera adecuada del trastorno del TDAH y los síntomas de TOD puede conllevar a actitudes de hostilidad, rechazo y exclusión de los niños y este a su vez aumento en la frecuencia, cronicidad de la enfermedad y repercusiones académicas y emocionales.

2. MARCO TEORICO

La psicología comparte diversos enfoques en un mismo objetivo el cual es el logro de una personalidad sana, integrada y adaptada al medio. La psicología permite la modificación de conductas donde se promueve el cambio a través de intervenciones psicoterapéuticas y técnicas psicológicas para mejorar el comportamiento de los individuos, de forma que desarrollen sus potencialidades y las oportunidades disponibles en su medio, optimicen su ambiente y adopten actitudes, valorizaciones y conductas útiles para adaptarse a lo que no se puede cambiar.

En las últimas décadas se han incrementado los programas de tratamiento e instrumentos de evaluación que permiten mejorar la calidad de vida de un individuo y de las familias que tengan integrantes con algún trastorno mental.

Uno de los trastornos que más ha afectado a nuestra sociedad en especial la infantil, es el Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), el cual provoca malestar y deterioro en la convivencia familiar, escolar y social.

2.1. TRASTORNO DE DEFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

La mayoría de la información de los capítulos relacionados con el TDAH, se tomó de la revisión de la tesis doctoral sobre el trastorno de déficit de atención con hiperactividad – programa de tratamiento cognitivo – conductual de Garrido. C., (2003).

2.1.1. Descripción del TDAH.

El Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad, está caracterizado por patrones como:

Inatención: lo que más caracteriza al niño hiperactivo es su falta de atención cercana a detalles. La distracción más vulnerable es a los estímulos del contexto ambiental. En el hogar estos pacientes tienen dificultades para seguir las directrices que se le marcan, para organizarse y parece que no escuchan cuando se les habla, en el colegio cometen errores por no fijarse en los trabajos o en las diferentes actividades, con frecuencia saltan de una tarea a otra sin terminarla, ya que evitan situaciones que implican un nivel constante de esfuerzo mental.

Impulsividad: estos niños con frecuencia actúan de forma inmediata sin pensar en las consecuencias, se presentan inquietos con las manos, con los pies y les es difícil quedarse quietos, hablan de forma excesiva, responden antes de que la otra persona termine, tienen dificultades para esperar su turno y frecuentemente interrumpen.

Hiperactividad: lo más característico de estos niños es la excesiva actividad motora, siempre están en continuo movimiento, corren, saltan por la calle y nunca quieren ir cogidos de las manos; su excesivo movimiento no persigue ningún objetivo, este carece de finalidad.

Comportamiento: es impredecible, inmaduro, inapropiado para su edad, no son malos, pero si son traviosos, se muestran violentos, agresivos verbal y físicamente, con frecuencia mienten y cometen hurtos.

Según la Asociación Psiquiátrica Americana (1994), presenta el rótulo de trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), el cual se caracteriza por ser un patrón persistente de desatención y/o hiperactividad – impulsividad, cuya presencia se detecta antes de los siete años de edad, las alteraciones provocadas por los síntomas se presentan como mínimo en dos ambientes, afectando la actividad social, académica y laboral, no pudiendo ser explicados por la presencia de un trastorno mental o en el transcurso de un trastorno de desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico.

2.2. EVOLUCIÓN DEL TDAH

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es uno de los trastornos más estudiado en psicopatología infantil, como lo demuestran los más de 90 términos diagnósticos utilizados para designarlo, según Sulzbacher, (1985), citado por García y Polaino, (1997) (p. 234) y los miles de artículos publicados sobre este tema que ha creado interés en los investigadores.

Según Tredgold (1908), citado por Taylor, (1986) en su libro *Mental Deficiency* describió una serie de niños con problemas de conducta, clasificándolos dentro del grupo de deficientes mentales –no idiotas– incapaces de recibir beneficios de las enseñanzas ordinarias que se les daban en el colegio, pero capaces de progresar con atención individual y clases especializadas. Estos niños mostraban rasgos físicos peculiares tales como tamaño y forma anormal de la cabeza, anomalías en el paladar y signos neurológicos leves. Tredgold consideraba que la causa de tales problemas era el resultado de una anoxia durante el nacimiento que no era detectada a tiempo y producía daño en un área del cerebro, área en la que residía, según el autor, el *sentido de la moral*. Las consecuencias de tal daño, de acuerdo con Tredgold, podían transmitirse de una generación a otra, y adoptar formas diversas como hiperactividad, epilepsia, histeria, neurastenia y migraña.

La concepción que Still y Tredgold tenían sobre la explicación del trastorno debe considerarse dentro del contexto social y científico de la época. La Inglaterra del siglo XIX estuvo marcada por el poder económico y la revolución industrial; la sociedad inglesa se caracterizaba por una estructura jerárquica en la que las clases bajas sufrían frecuentemente las consecuencias adversas de la transformación económica, tales como la mortalidad infantil, las dificultades de aprendizaje, la delincuencia, entre otras. Still consideraba que la conciencia moral y el control moral eran habilidades frágiles y de especial labilidad para la pérdida o el fracaso en el desarrollo del individuo. Estos problemas afectaban principalmente a las clases bajas; la hipótesis viene muy marcada

por los principios del darwinismo social muy de la época. Igual ocurría con la hipótesis de Tredgold, en la que el daño cerebral sufrido en los primeros estadios de desarrollo del individuo era el responsable directo de muchos de los problemas aparecidos en la infancia. Sandberg, (1996).

En la psiquiátrica, en el siglo XIX, se encuentran estudios de casos individuales que también se interesaron por este fenómeno. L.B. Hoffman (1844, citado por Benjumea y Mojarro, 1995), psiquiatra alemán, describió la conducta de un supuesto niño hiperactivo “Zappel Philipp” en unos cuentos infantiles. Años más tarde, Ireland (1877, citado por García y Polaino-Lorente, 1997) hizo lo propio en su libro *Medical and Education Treatment of various forms of idiocy*. Clouston (1892, citado por Sandberg, 1996) señalaron la sobreactividad y la inquietud como sus rasgos característicos. Bourneville (1897, citado por Benjumea y Mojarro, 1995) describió a estos niños como sobreactivos e inquietos, llamándolos niños inestables, término que posteriormente fue recogido por Heuyer (1914, citado por Sandberg, 1996) en su tratado sobre niños anormales y delincuentes juveniles.

Kahn y Cohen (1934, citados por Sandberg, 1996) describieron la presencia de déficits orgánicos en tres casos en los que el principal problema era la hiperactividad. Según los citados autores, una alteración en la organización del tronco cerebral causada por encefalopatía prenatal, daño prenatal o perinatal o por un defecto congénito, afectaba a la modulación del nivel de actividad cerebral. Estos autores acuñaron el término de Síndrome de Impulsividad Orgánica, que se caracterizaba por la presencia de hiperactividad, impulsividad, conducta antisocial y labilidad emocional, todo ello como consecuencia de una alteración cerebral.

Así, durante este periodo, década 20-30, se empezó a reconocer la interacción entre los factores orgánicos y los factores ambientales en la explicación de la hiperactividad, al comprobarse que los niños víctimas de una encefalitis presentaban secuelas conductuales que permitían, al menos, fundar la sospecha de que la conducta desinhibida y el exceso de actividad eran consecuencia de una disfunción cerebral.

El TDAH, ha sido objeto de numerosas denominaciones a lo largo de su evolución, como así lo demuestran las múltiples denominaciones: “Daño Cerebral Mínimo”, “Disfunción Cerebral Mínima”, “Hiperactividad”, “Reacción Hiperquinética de la Infancia”, “Trastorno Hiperquinético-Impulsivo”, “Trastorno de la Atención”, etc. Cantwell, (1997). El énfasis en un aspecto u otro, como elemento relevante de este síndrome, refleja cambios tanto en su conceptualización como en su tratamiento.

2.3. ETIOLOGÍA

La etiología del TDAH es desconocida; se piensa que es multifactorial, y se explica como una alteración neurobiológica causada por la interacción de factores genéticos, neuroquímicos, con otros factores ambientales, perinatales y psicosociales.

2.3.1. Factores neuroquímicos

Algunos hallazgos han encontrado un trastorno neuroquímico en la etiología del TDAH, al encontrarse alteraciones en el flujo sanguíneo cerebral y en su metabolismo Teeter (1995).

Según Barkley, Grodzinsky y Dupaul, (1992), existe la hipótesis de una predisposición genética a la etiología del TDAH, que conlleva una hipofuncionalidad de las vías dopaminérgicas en la región prefrontal y en el sistema límbico implicados en el mecanismo responsable de las manifestaciones de los síntomas del TDAH. En la corteza prefrontal se encuentra buena parte de las terminaciones dopaminérgicas, esta se encarga de recibir e integrar la información de otras zonas del cerebro y posee numerosas conexiones en la corteza motora como en los sistemas sensoriales y en el sistema límbico. En la zona prefrontal la función de la dopamina parece ser la responsable de mantener la información en la memoria de trabajo, demostrando ser un componente básico de la función ejecutiva.

Visto desde lo conductual la deficiencia de dopamina en la región prefrontal se convierte en la incapacidad para que un individuo controle los impulsos y en una dificultad para planificar y llevar a cabo una acción dirigida y lograr una meta. Pliszka, (1996), llegó a la conclusión de que tanto la norepinefrina como la epinefrina y la dopamina estaban relacionadas con la fisiopatología del TDAH, estas sustancias químicas son responsables de transmitir los estímulos de neurona a neurona, las cuales explican las alteraciones psicopatológicas.

La explicación de la fisiopatología del TDAH, deja interrogantes por responder, ya que falta demostrar una relación directa entre un tipo de neurotransmisor y sus efectos sobre la conducta del niño.

2.3.2. Factores genéticos

El TDAH es un trastorno con una elevada carga genética, de herencia compleja y modulada por factores ambientales. Los genes del sistema dopaminérgico DRD4 y DAT1 son los que más ampliamente se han asociado al TDAH. Las investigaciones genéticas han abierto grandes posibilidades en el conocimiento de los diferentes trastornos psiquiátricos construyendo un modelo de aproximación transcategorial que persigue conocer la naturaleza de la interacción medio ambiente en la presentación de la psicopatología. La genética posibilita el conocimiento en la vulnerabilidad biológica. Según Cantwell DP (1996), los trabajos clínicos realizados por diferentes grupos han mostrado que el TDAH presenta un elevado grado de agregación familiar.

En los trastornos psiquiátricos participan factores genéticos y factores ambientales, y lo mismo que el ambiente modula la expresión de los genes, y por lo tanto la manifestación fenotípica de las características individuales, los factores ambientales modulan la expresión de aquellos genes que dan origen a las enfermedades.

El TDAH no es una excepción a este planteamiento. Los estudios de genética del comportamiento atribuyen un 50 – 82% de varianza a los genes y un 18 -55% al

ambiente en la etiología. Se trata por tanto, de una entidad con un elevado componente genético, pero de forma paradójica, especialmente sensible a los factores ambientales, de tal manera que son el elemento que más influye en la evolución y en el pronóstico. Mardomingo, MJ (2005).

2.3.3. Factores de riesgo

Existen factores de riesgo que aumentan la probabilidad de que un niño sufra de TDAH, el hábito de fumar tabaco, el consumo de alcohol en madres embarazadas, las dificultades durante el embarazo y el parto, como por ejemplo el bajo peso de los lactantes al nacer en niños prematuros, anoxia durante el parto, la exposición a agentes químicos y la existencia de daño cerebral como la exposición del feto a fármacos estimulantes del sistema nervioso como por ejemplo el consumo de cocaína, anfetaminas entre otros.

Un niño que sea genéticamente vulnerable a la presencia de cualquiera de estas circunstancias, puede presentar predisposición a desarrollar el cuadro clínico.

El TDAH, se caracteriza por ser un cuadro clínico con un marcado componente genético pero con una especial sensibilidad hacia los factores ambientales. Estos factores ambientales no solo intervienen en la etiología sino que son fundamentales para la evolución y el pronóstico.

2.3.4. Factores psicosociales

El medio familiar, los criterios educativos paternos y la estabilidad emocional de los padres inciden en la conducta del niño y en la evolución, son factores de mal pronóstico los conflictos familiares, la ausencia de pautas de crianza, la incoherencia de valores, las discrepancias entre los padres, el que estos sufran patologías psiquiátricas y el que se den acontecimientos vitales estresantes.

A pesar de que las variables psicosociales no se consideran críticas en la etiología del trastorno, si parecen desempeñar un papel del mismo. El centro de interés de los estudios ha sido la familia, habiéndose examinado factores contextuales como el estrés, las desavenencias matrimoniales o los trastornos psicopatológicos de los padres y la interacción entre padres e hijos, Wicks. R., Israel. A., (1997) (p.222).

2.4. COMORBILIDAD

Según (Zarin, Suarez, Pincus, Kupersanin y Zito, 1998; Bennet, (2000) manifiestan que existen evidencia de que los pacientes con TDAH, presentan trastornos psicopatológicos, Este hecho dificulta el estudio clínico del ya de por sí complejo cuadro nosológico de la hiperactividad y plantea la cuestión ineludible del diagnóstico diferencial entre el TDAH y los diversos trastornos con los que puede coexistir, tales como el trastorno negativista-desafiante, el trastorno disocial, los cuadros de depresión mayor, los trastornos de ansiedad, y los trastornos del aprendizaje (Epstein, Shaywitz, Shaywitz y Woolston, 1991; Abikoff y Klein, 1992; August, Realmulto, MacDonald-III, Nugent y Grosby, (1996).

El concepto de comorbilidad no implica necesariamente una relación de causalidad o interdependencia entre los diferentes trastornos coexistentes, sino que hace referencia a una alta probabilidad de asociación de dichas patologías en un mismo individuo.

Desde el punto de vista clínico, los niños que presentan TDAH asociado a otros trastornos revisten mayor gravedad, se ven afectados en más dominios del desarrollo de trastornos asociados infantiles (conducta social, académica, emocional y física), y siguen una evolución más desfavorable que los niños con TDAH sin comorbilidad (Jensen, Wtanabe, Richters, Roper, Hibbs, Salzberg y Liu, 1996; Rapport, Scanlan y Denney, 1999).

2.4.1. Comorbilidad con problemas de conducta

El trastorno de conducta o actualmente denominado Trastorno Disocial, se caracteriza por trasgresión de las normas sociales, que van desde las mentiras recurrentes, ausencias escolares, fugas del hogar, deshonestidad creciente y conductas agresivas tanto verbales como físicas hasta las conductas delincuenciales. Su asociación con el TDAH oscila entre el 50 a 60% MacCraken,J., (2000). Algunos nombres dados a estas formas extremas de estas conductas son el trastorno desafiante y de oposición que se refiere a una tendencia pasivo agresiva del niño con tendencia a desafiar y a argumentar su postura frente a las figuras de autoridad, a rechazar las reglas o tareas parentales; es inestable emocionalmente, poco tolerante a la frustración, además tiende a culpar al resto por los propios errores, y puede mostrarse constantemente resentido.

Los trastornos de conducta son un área de alta relevancia debido a la creciente prevalencia, la complejidad en el manejo y las consecuencias negativas que se presentan en el medio familiar, escolar y social. Dentro de los trastornos de conducta las patologías más frecuentes son el trastorno negativista desafiante (o trastorno oposicionista desafiante), que aparece sobre todo en la primera infancia, y el trastorno disocial característico de la adolescencia.

El término “trastorno de conducta” (TC) se utiliza para describir un patrón persistente de conducta oposicionista, agresiva o antisocial, que no se ajusta a lo que socialmente se considera normal para la edad cronológica del niño y que generalmente lleva a la violación de los derechos de otras personas. Ejemplos de estas conductas incluyen peleas frecuentes, crueldad a animales, mentiras repetidas, robos, piromanía, fugas de casa, absentismo, destrucción de propiedad, rabieta o enfados, conductas desafiantes, desobediencia, etc.

Las dinámicas económicas, políticas y sociales han llevado en los últimos tiempos a padres y docentes a solicitar asesoría e intervención frente a estas conductas que

conllevan a fracaso escolar, conductas delictivas, comorbilidad alta y consumo de sustancias psicoactivas.

En el DSM-IV existen dos grandes trastornos de conducta, el trastorno negativista desafiante (TND) y el trastorno disocial (TD), En el CIE-10 se incluyen seis categorías para el diagnóstico del Trastorno de Conducta: trastorno de conducta limitado al entorno familiar, trastorno de conducta antisocial, trastorno de conducta socializado, trastorno oposicionista desafiante, otros trastornos de conducta y trastorno de conducta no especificado. Existe además la posibilidad de recoger como categoría diagnóstica los trastornos mixtos de conducta y emociones. El trastorno de conducta antisocial del CIE-10 corresponde al Trastorno de Conducta del DSM-IV y el Trastorno oposicionista desafiante al Trastorno negativista desafiante.

2.5. TRASTORNO OPOSICIONISTA DESAFIANTE

2.5.1. Descripción del TOD

El DSM – IV- TR (APA, 2000) define el TOD, como un patrón recurrente de conducta negativista, desafiante, desobediente y hostil hacia figuras de autoridad que se mantiene durante al menos seis meses (p. 100) y se caracteriza bajo los criterios de perder los estribos, discutir con los adultos, desafiar o rehusar acatar de forma activa las peticiones o reglas de los adultos, hacer cosas de forma deliberada, que molestan a otras personas, culpar a los demás por errores o conducta inadecuada, ser muy susceptible o fácilmente irritable ante los demás, estar enfadado o resentido y ser rencoroso y negativo.

Para satisfacer el diagnóstico del TOD, un niño tiene que presentar cuatro o más de estas conductas durante un mínimo de seis meses y las conductas tienen que ocurrir con más frecuencia de lo que normalmente se observa en individuos de nivel de desarrollo y edad comparable y debe producir un deterioro significativo en el funcionamiento social, académico o laboral. (p. 100).

Otra de las consideraciones a tener en cuenta es que el trastorno se presente en la escuela, la casa y lugares públicos, adicionalmente los niños con el trastorno no asumen ninguna responsabilidad por el comportamiento inadecuado y las conductas negativas son más claras cuando interactúan con sus pares y adultos que le son familiares.

2.6. TRATAMIENTO

2.6.1. El TDAH

En las últimas décadas, el tratamiento de la hiperactividad infantil se ha venido desarrollando desde tres enfoques terapéuticos distintos: el tratamiento farmacológico, el tratamiento cognitivo-conductual y el tratamiento combinado.

Dentro del tratamiento farmacológico, los estimulantes, y el metilfenidato, (Ritalin/ Rubifen), en particular, constituyen la medicación elegida para la hiperactividad infantil. La medicación psicoestimulante va dirigida a mejorar la capacidad atencional de los niños, a incrementar el tiempo de trabajo que dedican a una tarea concreta y a reducir la hiperactividad motriz.

Otros fármacos se han utilizado en el tratamiento del TDAH, como tranquilizantes y en menor medida antidepresivos y sales de litio. “Las evidencias han demostrado que la utilización de psicofármacos es útil en la primera fase del tratamiento, en periodos agudos del trastorno o simplemente cuando no es posible otro tipo de terapia, pero es necesario complementarse con una intervención cognitivo conductual” Barkley (1990, 1997 citado Caballo, V. 2002). (p. 420).

Diversas técnicas cognitivas, concretamente, del entrenamiento en auto instrucciones y en el entrenamiento en solución de problemas, junto con otras técnicas como la auto

observación, la autoevaluación o el auto refuerzo, han demostrado ser eficaces para reducir los problemas de conducta de los niños hiperactivos. En general, y con respecto a los tratamientos conductuales o cognitivo-conductuales, se ha constatado una mejora social y académica a corto plazo, como una mejora en la conducta de atención y en el rendimiento académico del niño, una disminución de la hiperactividad motriz, y una mejora en la conducta social. Entre sus limitaciones está el desconocimiento del efecto obtenido con cada una de las técnicas aplicadas, o de los elementos más relevantes y decisivos que integran los programas de intervención; en general las mejoras dependen en gran medida de la colaboración y confianza de los padres, profesores y del niño, así como de sus niveles de competencia. Caballo V., (2002). (p. 420).

Actualmente se recomienda el uso de la combinación de varios tratamientos en el abordaje del TDAH; entre ellos, la combinación de medicación y el tratamiento cognitivo-conductual. La combinación de distintos tratamientos parece ser la opción más eficaz en niños con TDAH, en los que la medicación ayuda a mejorar los problemas atencionales y a disminuir la hiperactividad, y posteriormente los tratamientos conductuales o cognitivo-conductuales contribuyen a que estos niños mejoren en otros dominios.

“Los procedimientos cognitivo-conductuales se han dirigido primordialmente a dos áreas de intervención, una a los déficits en la atención sostenida, al control de la impulsividad y las habilidades sociales, y la otra a reducir la actividad excesiva, las conductas oposicionistas- desafiante y las conductas agresivas. En general, estos programas persiguen el objetivo de conseguir que el niño sea capaz de alcanzar por sí mismo una total autonomía en la regulación de su comportamiento (autocontrol, adaptación a las normas sociales, etc.), una autonomía física (hábitos de la vida diaria, orden, colaboración, etc.), una autonomía cognitiva (mejorar la capacidad para separar la información relevante de la irrelevante, autoevaluación de su rendimiento o conducta, autocorrección, selección de las estrategias de actuación más adecuadas para la situación concreta, etc.) y una autonomía emocional (independencia de los adultos, mejora

de su autoestima y relaciones interpersonales satisfactorias)” (Frankel, Myatt, Cantwell y Feinberg, 1997). Citado en Calderón. C., (p.3)

Según la evaluación de un programa de tratamiento cognitivo conductual para niños con TDAH, las intervenciones dirigidas al niño demostraron ser eficaces en el control de la conducta agresiva, en el aumento de la atención, en el incremento del trabajo escolar, en la mejora del cumplimiento de las normas, en la mejora de la autoestima, y de sus habilidades sociales. Calderón C. (2001).

Se presentan varias ventajas en la combinación de los tratamientos farmacológicos con los cognitivo conductuales entre ellos la potenciación de los efectos obtenidos por separado en cada uno de estos tratamientos, el mantenimiento de los logros a largo plazo y las ganancias terapéuticas. Varios estudios señalen que los estimulantes, por su efecto inmediato, están especialmente indicados en niños con altos índices de falta de atención, y que el uso de la medicación es indicado como primer paso para posteriormente introducir los programas de tratamiento cognitivo-conductuales. Caballo, V. Simón M. (2002).

La combinación de tratamientos puede ser la alternativa terapéutica más eficaz en aquellos casos en que la hiperactividad sea severa, de modo que la medicación reduzca inicialmente los problemas más alterados, para introducir luego las técnicas cognitivo-conductuales con las que se intentará enseñar al niño mejorar su capacidad de autocontrol. AACAP (2001).

2.6.2. Tratamiento del TOD

“Se han utilizado con éxito en el tratamiento del TOD estrategias tanto conductuales (modificación de conducta, terapia de conducta, análisis aplicado de la conducta) como cognitivos conductuales. Cada orientación está apoyada por la investigación clínica que ha definido una metodología de tratamiento, aislado procedimientos esenciales y

evaluado los efectos de la intervención. En varios casos se han presentado procedimientos en formatos de manuales sistemáticos de tratamiento y protocolos de enseñanza paso a paso. Caballo”. V. (2005) (p. 44).

2.6.3. La Familia en el Tratamiento del TDAH

La familia es un elemento clave en todo el proceso terapéutico ya que va a ser la que detecta el problema, decide iniciar la intervención y va a llevar el seguimiento de las prescripciones terapéuticas. El TDAH puede tener un fuerte impacto en el sistema familiar, influyendo no sólo en los padres, sino también en las relaciones que se establecen entre los hermanos y con los demás miembros familiares. Por todo ello la intervención familiar debe ir centrada a dar apoyo a la familia en el reto que supone la crianza de un niño con TDAH.

2.6.4. Los Docentes en el Tratamiento del TDAH

Dado que el docente del estudiante con TDAH, es pilar fundamental en la intervención del trastorno es importante que esté informado y que sepa trabajar con estrategias específicas aplicables al aula. También debe conocer y creer en las posibilidades de los niños que presentan el trastorno, buscar alternativas para adaptarse a las necesidades específicas que presentan estos niños y colaborar así en el desarrollo de su máximo potencial.

2.7. MARCO NORMATIVO

El Plan de Desarrollo “Estado Comunitario: desarrollo para todos 2006-2010” aprobado mediante la Ley 1151 del 24 de julio de 2007, establece el trabajo con los municipios y departamentos por la infancia y la adolescencia. Por lo anterior y en coherencia con los avances alcanzados, el Gobierno Nacional, los Organismos de Control y la Cooperación Internacional, se han unido con el fin de brindar asistencia técnica y fortalecer las

capacidades locales en la garantía y restablecimiento de derechos de este grupo poblacional.

El 8 de Noviembre de 2006 se expide la Ley 1098, Código de la infancia y de la Adolescencia, la cual se fundamenta en el enfoque de derechos humanos y busca garantizarles a los niños, niñas y adolescentes su pleno y armonioso desarrollo, para que crezcan en el seno de una familia y de la comunidad. Tiene como escenario básico de desarrollo, el municipio.

En el Libro III se da una orientación al Sistema Nacional de Bienestar Familiar desde la perspectiva de las Políticas Públicas, que compromete al Presidente de la República, a los Gobernadores y Alcaldes en una gestión orientada a obtener resultados a través del diseño e implementación de acciones, y la asignación de recursos para la infancia y la adolescencia que deben quedar plasmados en los planes de desarrollo, teniendo en cuenta el ciclo de vida, el enfoque de garantía y el restablecimiento de derechos, de acuerdo con lo indicado en el art 204.

El 17 de diciembre del 2007, se reglamentan varios artículos de la Ley de Infancia y Adolescencia, bajo el Decreto Reglamentario 4840, para la creación de las Comisarias de Familia que tienen como fin cumplir los cometidos del código y cuya misión es prevenir, garantizar y restablecer los derechos de los niños, las niñas y adolescentes.

El Departamento Nacional de Planeación, el Ministerio de Educación Nacional, el Ministerio de la Protección Social y Bienestar familiar desarrollan el Marco para las políticas públicas y lineamientos para la planeación del desarrollo de la infancia y la adolescencia en el municipio como guía para alcaldes, donde se fijan criterios para una política pública municipal de infancia y adolescencia, y se fijan lineamientos técnicos para incluir los derechos de la niñez y adolescencia en los planes de desarrollo municipal.

En el Departamento de Antioquia, “las estrategias para garantizar los derechos de la niñez y la adolescencia están sustentados en los lineamientos de la Política Pública Nacional de Primera Infancia, en la Ordenanza 25 del 22 de diciembre de 2009, Conpes 109 de diciembre 3 de 2007, Plan Nacional de Salud Pública, Decreto 3039 del 10 de agosto de 2007 y Resolución 425 de febrero de 2008; y en el Código de Infancia y Adolescencia, Ley 1098 de 2006, Estrategia Municipios y Departamentos por la Infancia y Adolescencia, Estrategia Hecho y Derechos, y el marco para las políticas y lineamientos para la planeación del desarrollo de la infancia y la adolescencia en el municipio”. Plan de Desarrollo de Antioquia (p.111)

A continuación relaciono los artículos que amparan el proyecto dentro de la Ley de Infancia y Adolescencia, Ley 1098 de 2006.

LIBRO I: LA PROTECCIÓN INTEGRAL

TITULO I: DISPOSICIONES GENERALES

CAPITULO I: Principios y Definiciones

Artículo 3º. SUJETOS TITULARES DE DERECHOS. Para todos los efectos de esta ley son sujetos titulares de derechos todas las personas menores de 18 años. Sin perjuicio de lo establecido en el artículo 34 del Código Civil, se entiende por niño o niña las personas entre los 0 y los 12 años, y por adolescente las personas entre 12 y 18 años de edad.

ARTICULO 8º. INTERÉS SUPERIOR DE LOS NIÑOS, LAS NIÑAS Y LOS ADOLESCENTES. Se entiende por interés superior del niño, niña y adolescente, el imperativo que obliga a todas las personas a garantizar la satisfacción integral y simultánea de todos sus derechos humanos, que son universales, prevalentes e interdependientes.

ARTICULO 10º. CORRESPONSABILIDAD. Para los efectos de este Código, se entiende por corresponsabilidad, la concurrencia de actores y acciones conducentes a garantizar el ejercicio de los derechos de los niños, las niñas y los adolescentes. La

familia, la sociedad y el Estado son corresponsables en su atención, cuidado y protección. La corresponsabilidad y la concurrencia aplican en la relación que se establece entre todos los sectores e instituciones del Estado. No obstante, lo anterior, instituciones públicas o privadas obligadas a la prestación de servicios sociales, no podrán invocar el principio de la corresponsabilidad para negar la atención que demande la satisfacción de derechos fundamentales de niños, niñas y adolescentes.

ARTICULO 14. LA RESPONSABILIDAD PARENTAL. La responsabilidad parental es un complemento de la patria potestad establecida en la legislación civil. Es además, la obligación inherente a la orientación, cuidado, acompañamiento y crianza de los niños, las niñas y los adolescentes durante su proceso de formación. Esto incluye la responsabilidad compartida y solidaria del padre y la madre de asegurarse que los niños, las niñas y los adolescentes puedan lograr el máximo nivel de satisfacción de sus derechos. En ningún caso el ejercicio de la responsabilidad parental puede conllevar violencia física, psicológica o actos que impidan el ejercicio de sus derechos.

CAPITULO II: Derechos y Libertades

ARTICULO 17. DERECHO A LA VIDA Y A LA CALIDAD DE VIDA Y AUN AMBIENTE SANO. Los niños, las niñas y los adolescentes tienen derecho a la vida, a una buena calidad de vida y a un ambiente sano en condiciones de dignidad y goce de todos sus derechos en forma prevalente.

La calidad de vida es esencial para su desarrollo integral acorde con la dignidad de ser humano. Este derecho supone la generación de condiciones que les aseguren desde la concepción cuidado, protección, alimentación nutritiva y equilibrada, acceso a los servicios de salud, educación, vestuario adecuado, recreación y vivienda segura dotada de servicios públicos esenciales en un ambiente sano.

ARTICULO 18. DERECHO A LA INTEGRIDAD PERSONAL. Los niños, las niñas y los adolescentes tienen derecho a ser protegidos contra todas las acciones o conductas que causen muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico. En especial, tienen

derecho a la protección contra el maltrato y los abusos de toda índole por parte de sus padres, de sus representantes legales, de las personas responsables de su cuidado y de los miembros de su grupo familiar, escolar y comunitario.

Para los efectos de este Código, se entiende por maltrato infantil toda forma de perjuicio, castigo, humillación o abuso físico o psicológico, descuido, omisión o trato negligente, malos tratos o explotación sexual, incluidos los actos sexuales abusivos y la violación y en general toda forma de violencia o agresión sobre el niño, la niña o el adolescente por parte de sus padres, representantes legales o cualquier otra persona.

ARTICULO 27. DERECHO A LA SALUD. Todos los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la salud integral. La salud es un estado de bienestar físico, psíquico y fisiológico y no solo la ausencia de enfermedad. Ningún Hospital, Clínica, Centro de Salud y demás entidades dedicadas a la prestación del servicio de salud, sean públicas o privadas, podrán abstenerse de atender a un niño, niña que requiera de atención en salud...

TITULO II: GARANTÍA DE DERECHOS Y PREVENCIÓN

CAPITULO I: Obligaciones de la familia, la sociedad y el estado

ARTICULO 38. DE LAS OBLIGACIONES DE LA FAMILIA, LA SOCIEDAD Y EL ESTADO. Además de lo señalado en la Constitución Política y en otras disposiciones legales, serán obligaciones de la familia, la sociedad y el Estado en sus niveles nacional, departamental, distrital y municipal el conjunto de disposiciones que contempla el presente Código.

ARTICULO 39. OBLIGACIONES DE LA FAMILIA. La familia tendrá la obligación de promover la igualdad de derechos, el afecto, la solidaridad y el respeto recíproco entre todos sus integrantes. Cualquier forma de violencia en la familia se considera destructiva de su armonía y unidad y debe ser sancionada. Son obligaciones de la

familia para garantizar los derechos de los niños, las niñas y los adolescentes: (se registran las obligaciones relacionadas con el proyecto)

1. Protegerles contra cualquier acto que amenace o vulnere su vida, su dignidad y su integridad personal. .
5. Proporcionarles las condiciones necesarias para que alcancen una nutrición y una salud adecuadas, que les permita un óptimo desarrollo físico, psicomotor, mental, intelectual, emocional y afectivo y educarles en la salud preventiva y en la higiene.
8. Asegurarles desde su nacimiento el acceso a la educación y proveer las condiciones y medios para su adecuado desarrollo, garantizando su continuidad y permanencia en el ciclo educativo.
9. Abstenerse de realizar todo acto y conducta que implique maltrato físico, sexual o psicológico, y asistir a los centros de orientación y tratamiento cuando sea requerida.

ARTICULO 41. OBLIGACIONES DEL ESTADO. El Estado es el contexto institucional en el desarrollo integral de los niños, las niñas y los adolescentes. En cumplimiento de sus funciones en los niveles nacional, departamental, distrital y municipal deberá: (se registran las obligaciones relacionadas con el proyecto)

1. Garantizar el ejercicio de todos los derechos de los niños, las niñas y los adolescentes
18. Asegurar los medios y condiciones que les garanticen la permanencia en el sistema educativo y el cumplimiento de su ciclo completo de formación.
19. Garantizar un ambiente escolar respetuoso de la dignidad y los derechos humanos de los niños, las niñas y los adolescentes y desarrollar programas de formación de maestros para la promoción del buen trato.
23. Diseñar y aplicar estrategias para la prevención y el control de la deserción escolar y para evitar la expulsión de los niños, las niñas y los adolescentes del sistema educativo.

ARTICULO 42. OBLIGACIONES ESPECIALES DE LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS. Para cumplir con su misión las instituciones educativas tendrán entre otras las siguientes obligaciones: (se registran las obligaciones relacionadas con el proyecto)

1. Facilitar el acceso de los niños, niñas y adolescentes al sistema educativo y garantizar su permanencia.
6. Organizar programas de nivelación de los niños y niñas que presenten dificultades de aprendizaje o estén retrasados en el ciclo escolar y establecer programas de orientación psicopedagógica y psicológica.
12. Evitar cualquier conducta discriminatoria por razones de sexo, etnia, credo, condición socio-económica o cualquier otra que afecte el ejercicio de sus derechos.

ARTICULO 43. OBLIGACIÓN ÉTICA FUNDAMENTAL DE LOS ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS. Las instituciones de educación primaria y secundaria, públicas y privadas, tendrán la obligación fundamental de garantizar a los niños, niñas y adolescentes el pleno respeto a su dignidad, vida, integridad física y moral dentro de la convivencia escolar. Para tal efecto, deberán:

1. Formar a los niños, niñas y adolescentes en el respeto por los valores fundamentales de la dignidad humana, los derechos humanos, la aceptación, la tolerancia hacia las diferencias entre personas. Para ello deberán inculcar un trato respetuoso y considerado hacia los demás, especialmente hacia quienes presentan discapacidades, especial vulnerabilidad o capacidades sobresalientes.
2. Proteger eficazmente a los niños, niñas y adolescentes contra toda forma de maltrato, agresión física o psicológica, humillación, discriminación o burla de parte de los demás compañeros y de los profesores.
3. Establecer en sus reglamentos los mecanismos adecuados de carácter disuasivo, correctivo y reeducativo para impedir la agresión física o psicológica, los comportamientos de burla, desprecio y humillación hacia niños y

adolescentes con dificultades en el aprendizaje, en el lenguaje o hacia niños y adolescentes con capacidades sobresalientes o especiales. ,

ARTICULO 44. OBLIGACIONES COMPLEMENTARIAS DE LAS INSTITUCIONES

EDUCATIVAS. Los directivos y docentes de los establecimientos académicos y la comunidad educativa en general pondrán en marcha mecanismos para: (se registran las obligaciones relacionadas con el proyecto).

4. Garantizar a los niños, niñas y adolescentes el pleno respeto a su dignidad, vida, integridad física y moral dentro de la convivencia escolar.
5. Proteger eficazmente a los niños, niñas y adolescentes contra toda forma de maltrato, agresión física o psicológica, humillación, discriminación o burla de parte de los demás compañeros o profesores.
6. Establecer en sus reglamentos los mecanismos adecuados de carácter disuasivo, correctivo y reeducativo para impedir la agresión física o psicológica, los comportamientos de burla, desprecio y humillación hacia los niños, niñas y adolescentes con dificultades de aprendizaje, en el lenguaje o hacia niños o adolescentes con capacidades sobresalientes o especiales.

ARTICULO 45. PROHIBICIÓN DE SANCIONES CRUELES, HUMILLANTES O

DEGRADANTES. Los directores y educadores de los centros públicos o privados de educación formal, no formal e informal, no podrán imponer sanciones que conlleven maltrato físico o psicológico de los estudiantes a su cargo, o adoptar medidas que de alguna manera afecten su dignidad. Así mismo, queda prohibida su inclusión bajo cualquier modalidad, en los manuales de convivencia escolar.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Mejorar las habilidades de padres y docentes para la crianza y educación de niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad -TDAH- con síntomas de trastorno oposicionista desafiante –TOD-, en instituciones educativas interesadas en favorecer a esta población.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Mejorar los conocimientos sobre causas, consecuencias y manifestaciones del TDAH con síntomas de trastorno oposicionista desafiante, en un grupo de padres y docentes en instituciones educativas interesadas en favorecer a esta población.
- Desarrollar habilidades en los padres y docentes, para tratar a los niños que presentan TDAH y síntomas de TOD.
- Desarrollar habilidades en los niños que presentan TDAH y síntomas de TOD, para mejorar las relaciones familiares y sociales.

4. METODOLOGIA

El proyecto contempla la implementación de estrategias sensibilización y entrenamiento cognitivo- conductual, que contribuyan al desarrollo de habilidades para la crianza, educación y socialización de los niños con diagnóstico de TDAH, con síntomas de TOD, en padres de familia y docentes.

El proyecto se llevará a cabo durante 4 meses con dos talleres de sensibilización o capacitación en causas, consecuencia y manifestaciones del TDAH y síntomas de TOD, y secciones 9 horas semanales de entrenamiento cognitivo – conductual para padres de familia, docentes y niños, durante 4 meses.

4.1. ANÁLISIS DE ACTORES.

Los actores involucrados en el proyecto están representados en los niños diagnosticados con TDAH y síntomas de TOD, padres de familia, docentes y las Secretarías de Educación de los municipios interesados en el proyecto.

Para cada uno de los actores se realizó análisis de los intereses, motivación, deseos y actitudes frente al proyecto, con relación a los intereses se analizó si es encubierto o abierto al cambio, en la motivación si hay esperanza, temor o expectativa, en lo relacionado con el deseo si este es reservado o hay un claro deseo al cambio y por último la actitud si es reservada, positiva o negativa.

En de análisis de actores, se puede encontrar la evaluación realizada para cada uno de los actores. (Ver anexo No. 1)

4.2. ANALISIS DEL PROBLEMA

El trastorno de hiperactividad con déficit de atención constituye un problema complejo debido a su precoz aparición, a su naturaleza multifacética y crónica, y sobre todo por su repercusión en el funcionamiento del niño en los distintos contextos en los que se desenvuelve su vida diaria.

Teniendo en cuenta que en el TDAH, se presentan problemas de atención, de impulsividad, sobre actividad motora, pero que también se dan otras problemáticas asociadas como trastorno disocial, dificultades de aprendizaje, déficit cognitivos, trastornos emocionales con baja autoestima y problemas de relación social, Caballo. V, (2006) p. 404, es difícil para el padre de familia o docente, establecer una relación adecuada con el niño, sino se conocen las causas, consecuencias y manifestaciones del trastorno.

El desconocimiento o poco conocimiento del trastorno por parte de padres de familia y docentes, puede generar actitudes de hostilidad, rechazo, no potenciación de capacidades y posible exclusión de los niños de la institución educativa. Ver anexo árbol del problema. (Ver anexo No. 2)

4.3. ANALISIS DE OBJETIVOS

El objetivo del proyecto va dirigido a los padres de familia o adultos responsables de los niños, al propio niño hiperactivo y a los docentes para que mejoren habilidades para la crianza y educación de niños diagnosticados con TDAH y con síntomas de TOD.

Con la puesta en marcha del proyecto se pretende aumentar el compromiso y participación efectiva de padres y docentes, como agentes de cambio terapéutico que inciden en el tratamiento de los niños, mejorando los conocimientos frente a las causas, consecuencias y manifestaciones de la enfermedad, interviniendo en los momentos precisos para mejorar actitudes de acercamiento, aceptación e inclusión.

El entrenamiento de padres y docentes en estrategias de intervención busca incrementar conductas adaptadas y eliminar o disminuir comportamientos perturbadores.

La participación del niño en la terapia cognitivo – conductual busca generar estrategias y habilidades en el niño para la autorregulación, solución de problemas y afrontamiento de la impulsividad. (Ver anexo No. 3)

4.4. DEFINICIÓN DE LA ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

A continuación se expondrá la estrategia de intervención, para atender a los niños con trastorno de déficit de atención con hiperactividad y síntomas del trastorno oposicionista desafiante; Para la estrategia de intervención se tendrán en cuenta niños diagnosticados con el TDAH y síntomas de TOD, y que estén con tratamiento

farmacológico la estrategia busca llevar a cabo una acción integrada en el contexto escolar con repercusiones a nivel familiar.

La intervención se pondrá en práctica en el medio en que se desenvuelve el niño, en su medio natural, llamase escuela o casa, circunstancia que implica el trabajo y entrenamiento directo de las personas responsables del niño que actúan como agentes de cambio terapéutico y contribuyen a generalizar y consolidar los logros.

Tanto los docentes como los padres de familia tienen relación directa e instantánea con el niño y los comportamientos que éste manifiesta, por lo que pueden intervenir en el momento preciso y controlar los efectos importantes como la atención y el afecto.

Inicialmente el proyecto pretende sensibilizar y educar a los adultos responsables del niño y a los docentes sobre las causas, consecuencias y manifestaciones del TDAH y del TOD, a través de talleres educativos y posteriormente continuar con el entrenamiento cognitivo – conductual para docentes, padres y niños. Para ello es necesario realizar una convocatoria amplia de padres de familia y docentes que participaran directamente de todo el proceso y se prepararan el diseño de talleres y sesiones terapéuticas.

Con los docentes se pretender trabajar en procedimientos conductuales con el fin de incrementar conductas adaptadas y eliminar comportamientos perturbadores y con el entrenamiento a padres se busca que ellos sean fuente de refuerzo de los avances positivos logrados por el niño en el medio escolar, adicionalmente lograr que los cambios obtenidos en la escuela se consoliden y generalicen en la casa, con la familia.

La intervención en el medio escolar estará dirigida hacia las conductas hiperactivas y dificultades asociadas identificando y controlando los efectos ambientales que fomentan y mantienen las conductas perturbadoras en clase y por otro lado interviniendo las dificultades de aprendizaje, aunque para el caso no van a ser tenidas en cuenta.

Las técnicas a utilizar pretenden controlar los factores ambientales implicados como falta de atención, hiperactividad, desinhibición conductual, y favorecer el entrenamiento en procedimientos cognitivo conductual que fomente comportamientos y estrategias alternativas.

Con relación a los niños se buscará la motivación frente al proyecto, explicándole las ventajas del control de la conducta y de la inhibición de los comportamientos alterados y la repercusión positiva en las relaciones con sus compañeros de clase, los docentes y en la familia. Lo que se pretende en última es el interés del niño por el programa.

Las técnicas cognitivo-conductuales que se utilizaran en el proyecto se focalizarán en cinco dominios:

- La conducta desobediente en casa y en la escuela
- El desarrollo de las habilidades socio-cognitivas
- Mejora del autocontrol
- Mejora de las habilidades sociales
- Mejora en la relación familiar y escolar

Las intervenciones se basarán en la combinación de entrenamiento en resolución de problemas, autoinstrucciones, modelamiento, auto observación, autorrefuerzo y coste de respuesta. Los tratamientos en los que participaran los padres de forma activa giran en torno a los principios generales del aprendizaje social, poniendo especial atención en las conductas disruptivas del niño y en los procedimientos encaminados a controlar dichas conductas y fomentar la aparición de conductas más adaptativas.

Las intervenciones desarrolladas en el ámbito escolar se basarán, como en el caso de los padres, en procedimientos de control de contingencias, en las que se combina la economía de fichas, el coste de respuesta y los contratos de contingencias.

Las técnicas terapéuticas utilizadas están encaminadas a reducir tanto los déficits cognitivos y atencionales –toma de decisiones entre alternativas, toma de perspectiva

social, amplitud de estrategias de solución de problemas, percepción de emociones, etc.– como los déficits conductuales –movimientos fuera de tarea, ira, desobediencia, comportamientos sociales negativos.

Cabe anotar en este apartado que entre los efectos observados a corto plazo por los tratamientos cognitivo-conductuales se encuentran una mejoría de la conducta de atención y al rendimiento académico; una mejoría en su relación social, con sus compañeros y adultos de su entorno; y una disminución de la sobreactividad y de las interacciones sociales inapropiadas.

Asimismo, los padres y profesores perciben mejoras en el comportamiento del niño, un mayor autocontrol por parte del niño y una reducción del estrés familiar y/o escolar.

Finalmente el proyecto pretende favorecer el conocimiento de la enfermedad por parte de las personas cercanas al niño y encargada de la crianza y la educación, mejorar la relación padre – hijo; docente – estudiante; mejorar la percepción de los adultos con relación al comportamiento del niño, mejorar habilidades para la crianza por parte de los padres y de educación por parte de los docentes. (Ver anexo No.4).

4.5. ESTRATEGIAS DE EVALUACIÓN

Para evaluar el proyecto se aplicará un cuestionario antes de la capacitación y al finalizar para medir los conocimientos adquiridos por los padres de familia y docentes sobre causas consecuencias y manifestaciones.

Para evaluar el comportamiento de los niños relacionado con el trastorno del TDAH y síntomas de TOD, se utilizaran las baterías de herramientas que se han diseñado para tal fin, al igual que los instrumentos para evaluar los avances de los padres de familia y docentes en la relación con el niño.

Finalmente se propone la sistematización de la experiencia con el fin de enriquecer el proyecto en procura mejorar el impacto de la intervención.

5. CRONOGRAMA																				
MES	FEB.				MAR.				ABRIL				MAYO				JUNIO			
# DE SEMANA/ ACTIVIDADES	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Convocatoria de padres de familia y diseño de talleres y sesiones terapéuticas																				
2 Taller de sensibilización y capacitación a padres de familia y docentes sobre causas, consecuencias y manifestaciones del TDAH y síntomas de TOD																				
Entrenamiento cognitivo – conductual a padres de niños que presentan TDAH y síntomas de TOD																				
Entrenamiento cognitivo – conductual a docentes de niños que presentan TDAH y síntomas de TOD																				
Entrenamiento cognitivo – conductual a niños que presentan TDAH y síntomas de TOD																				
Evaluación de la experiencia.																				

6. PRESUPUESTO				
Detalle	Cantidad	Unidad	Valor Unitario	Valor Total
1. Recurso Humano para el desarrollo del Convenio				
1 Coordinador general del proyecto	5	mensual	4.000.000	20.000.000
1 Psicólogo	5	mensual	2.100.000	10.500.000
2 Psicólogo	5	mensual	2.100.000	10.500.000
1 Auxiliar Administrativo	5	mensual	1.000.000	5.000.000
Subtotal Recurso Humano				46.000.000
2. Insumos generales				
Papelería, material fungible	5	mensual	200.000	1.000.000
Alquiler de salones y auditorios para trabajo con niños	5	mensual	50.000	250.000
Alquiler de salones y auditorios para trabajo con padres de familia	5	mensual	50.000	250.000
Alquiler de salones y auditorios para trabajo con docentes	5		50.000	250.000
alquiler de video Been	32	horas	50.000	1.600.000
Alquiler de computador	5	mensual	800.000	4.000.000
Alquiler de Impresora	5	mensual	800.000	4.000.000
Subtotal insumos				11.350.000
3.proceso de evaluación de resultados				
Asesor para realizar proceso de evaluación	1	mensual	4.000.000	4.000.000
Insumos de papelería	1	mensual	100.000	100.000
registro fotográfico e impresión	1	global	250.000	250.000
publicación de la sistematización	1		1.000.000	1.000.000
Subtotal insumos				5.350.000
4. Costos Administrativos (10%)				
Subtotal costos administrativos				6.270.000
Total antes de IVA				68.970.000
5. IVA (16%)				11.035.200
GRAN TOTAL CON IVA INCLUIDO				80.005.200

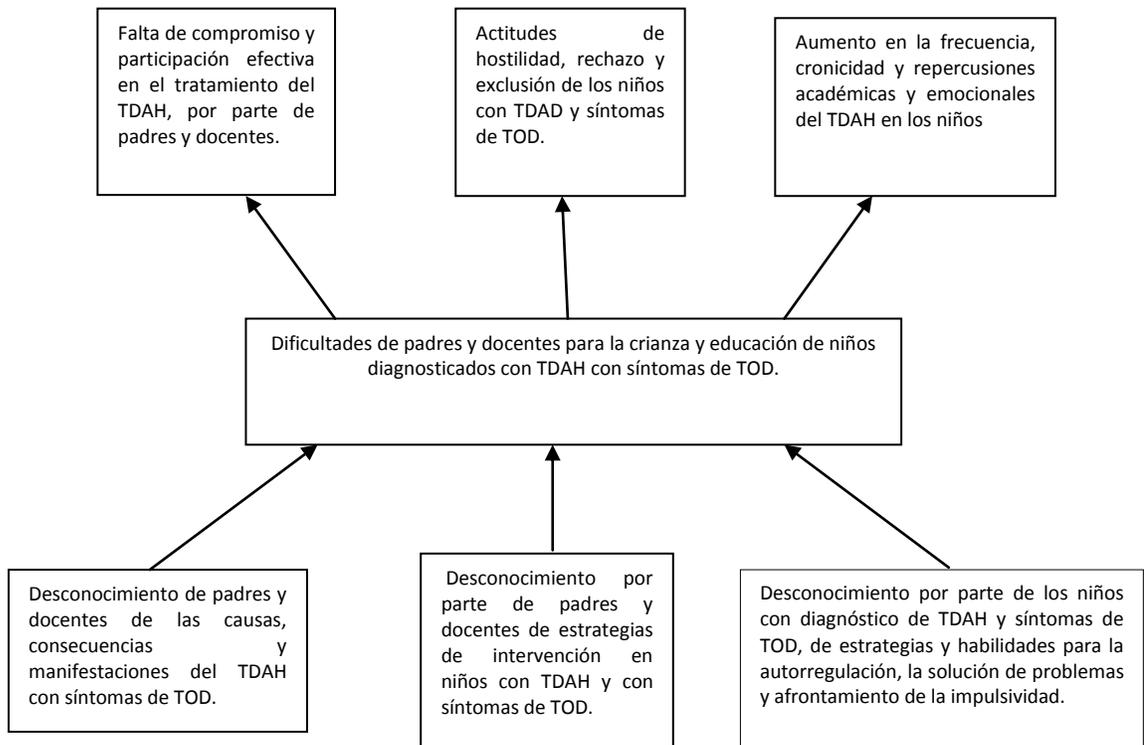
ANEXOS

ANEXO No. 1

ANALISIS DE INVOLUCRADOS				
GRUPOS	INTERESES	MOTIVACIÓN	DESEOS	ACTITUDES
Niños diagnosticados con TDAH y síntomas de TOD	encubierto	esperanza	reservados	reserada
Padres de familia de los niños diagnosticados con TDAH y síntomas de TOD	abierta de cambio	esperanza	cambio	positiva
Docentes de los niños diagnosticados con TDAH y síntomas de TOD	abierta de cambio	expectativa	cambio	positiva
Secretarías de Educación Municipal	abierta de cambio	expectativa	cambio	positiva

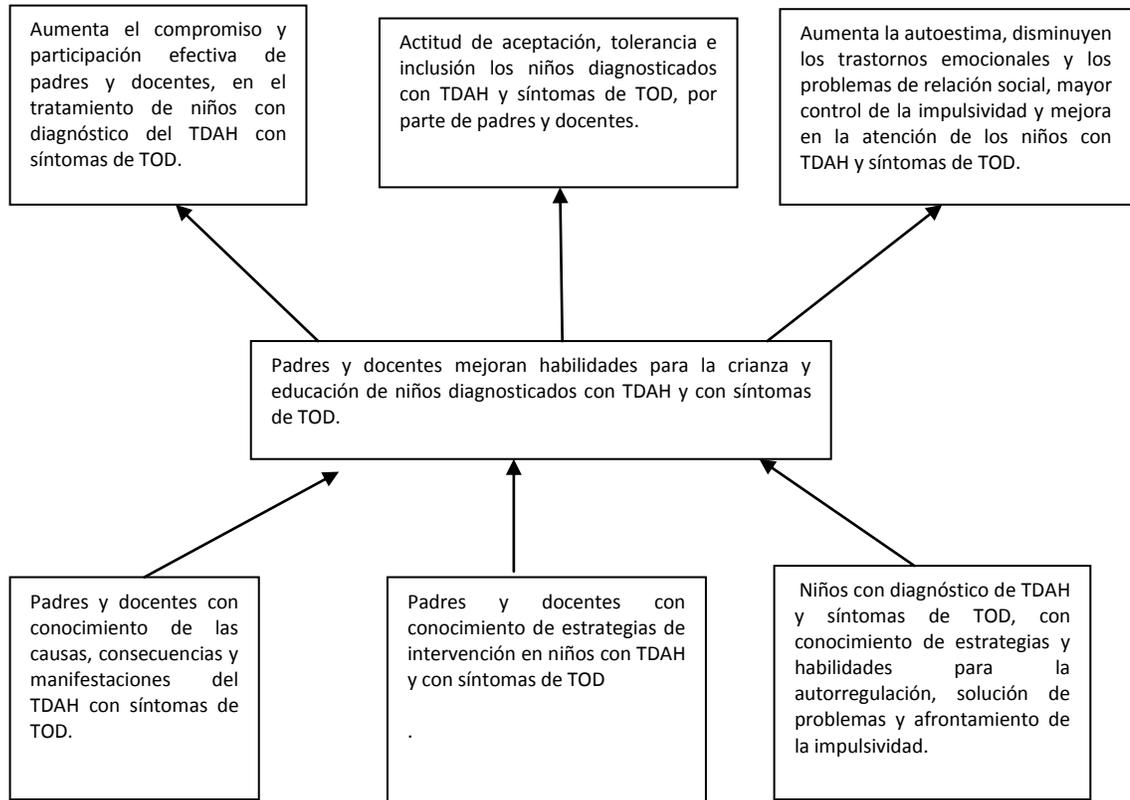
ANEXO No. 2

ARBOL DE PROBLEMAS



ANEXO No. 3

ARBOL DE OBJETIVOS



ANEXO No. 4

MATRIZ DE PLANIFICACIÓN DEL MARCO LÓGICO						
RESUMEN NARRATIVO DE LOS OBJETIVOS	INDICADORES DE OBJETIVOS VERIFICABLES				MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
	Indicador	Unidad de medida	Línea de base	meta		
FIN: Se ha contribuido a la disminución de trastorno disocial en niños escolarizados	Niños con Trastorno Disocial en instituciones educativas	%	N.D.	N.D.	Informe de investigación realizado para conocer la prevalencia, factores de riesgo, y factores protectores del Trastorno Disocial en instituciones educativas	Se replica el proyecto en al menos 15 secciones de primaria de instituciones educativas.
	Se ha contribuido a disminuir el porcentaje de niños en instituciones educativas con diagnóstico de Trastorno Disocial.					
PROPÓSITO: Padres y docentes de niños con TDAH y que presentan síntomas de trastorno oposicionista desafiante, han mejorado sus habilidades para la crianza, educación de esta población.	1. Padres desarrollan habilidades para regular y modificar el comportamiento de los niños con TDAH y síntomas de TOD	%	N.D.	75%	Resultado de la aplicación de instrumento pre - post, que mida relación niño diagnosticado con trastorno negativista desafiante con padre de familia, profesores y compañeros de grupo	1. Padres asisten como mínimo al 70% de las actividades programadas. 2. Padres con habilidades cognitivas básicas.
	Al culminar el proyecto, el 75% de los padres habrá desarrollado habilidades para regular y modificar el comportamiento de los niños con TDAH y que presentan síntomas de TOD					
	2. Docentes desarrollan habilidades para el fomento de conductas adaptadas, y manejo de contingencias por comportamientos propios del TDAH	%	N.D.	80%		1. Docentes que asisten como mínimo al 70% de las actividades programadas. 2. Docentes con actitud positiva frente a las circunstancias que se presentan con niños diagnosticados con TDHA y que presentan síntomas de TOD.
	Al culminar el proyecto, el 80% de los docentes habrán desarrollado habilidades para el fomento de conductas adaptadas, el manejo de contingencias y la potenciación de capacidades de los niños con TDAH y que presentan síntomas de TOD.					
	3. Niños que desarrollan habilidades y conocen estrategias y habilidades para la autorregulación, solución de problemas y afrontamiento de la impulsividad	%	N.D.	90%		
Al culminar el proyecto, el 90% niños habrán desarrollado estrategias y habilidades para la autorregulación, solución de problemas y afrontamiento de la impulsividad						

RESULTADOS	indicador	Unidad de medida	Línea de base	meta	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
R.1. Padres y docentes han mejorado sus conocimientos sobre las causas, consecuencias y manifestaciones del TDAH con síntomas de TOD.	1. Padres y docentes identifican al menos 3 causas, 3 consecuencias y 3 manifestaciones del TDAH con síntomas de TOD	Número	N.D.	50	aplicación de un pre y post-test frente a los conocimientos impartidos	1. Las directivas docentes brindan el tiempo para que los docentes asistan a los talleres de capacitación. 2. Padres de familia asisten al menos al 80% del proceso de formación.
	Al finalizar el proyecto, un promedio de 8 docentes y 30 padres de familia, identificarán al menos 3 causas, 3 consecuencias y 3 manifestaciones del TDAH con síntomas de TOD					
R.2. Padres y docentes conocen las estrategias de intervención para el tratamiento de los niños con TDAH y que presentan síntomas de TOD.	1. Padres y docentes disminuyen la frecuencia de agresiones verbales hacia los niños con TDAH y que presentan síntomas de TOD.	%	N.D.	75%	Resultado de la aplicación de test en para indagar por el promedio de veces en los cuales se agrede verbalmente al niño por conductas propias del TDAH con síntomas de TOD.	1. Padres y docentes aceptan participar en las actividades propuestas para el logro de este resultado: entrenamiento cognitivo - conductual
	Al finalizar el proyecto, el 75% de padres y docentes participantes del proyecto habrá disminuido las actitudes de hostilidad y rechazo hacia los niños con TDAH y que presentan síntomas de TOD					
R.3. Niños que presentan TDAH y síntomas de TOD, han adquirido estrategias y habilidades para la autorregulación, solución de problemas y afrontamiento de la impulsividad	3. Niños con TDAH y que presentan síntomas de TOD mejoran la autoestima, disminuyen los trastornos emocionales, los problemas de relación social y presentan mayor control de la hiperactividad y mejora en la atención.	%	N.D.	90%	Aplicación de instrumento de evaluación de comportamiento	1. Niños que participan en las actividades propuestas para el logro de este resultado: entrenamiento cognitivo - conductual
	Como resultado del proyecto, el 90% de los niños con TDAH y que presentan síntomas de TOD, mejorara las relaciones familiares y sociales.					

ACTIVIDADES	Indicador	Unidad de medida	línea de base	meta	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
A.1. Un taller educativo dirigido a padres y docentes, sobre causas, consecuencias y manifestaciones del TDAH con síntomas de TOD	Padres y docentes asisten al taller sobre causas, consecuencias y manifestaciones del TDAH con síntomas de TOD Al menos 8 docentes y 30 padres asistirán al taller sobre causas y consecuencias del TDAH con síntomas de TOD	Número	N.A.	38	Listados de asistencia y memoria fotográfica del taller	Las familias cuentan con el tiempo y los medios para desplazarse hasta el sitio donde se desarrollen las actividades
A.2. Entrenamiento cognitivo - conductual dirigido a docentes de niños con TDAH y que presentan síntomas de TOD, para el manejo en el aula de clase de situaciones relacionadas con el trastorno.	Docentes de niños con TDAH y síntomas de TOD que participan en el 80% de las sesiones de entrenamiento Un promedio de 8 docentes participarán en el 80% de las sesiones de entrenamiento para desarrollar habilidades en el manejo de situaciones relacionadas con el TDAH y TOD.	Número	0	8	Listados de asistencia y memoria del proceso de entrenamiento	Los docentes cuentan con el tiempo y la autorización para participar en el proceso de entrenamiento
A.2.1. Entrenamiento cognitivo - conductual dirigido a padres de niños con TDAH y síntomas de TOD, para el manejo en la casa de situaciones relacionadas con el trastorno y reforzamiento de los logros obtenidos en la escuela.	Padres de niños con TDAH y síntomas de TOD que participan en el 80% de las sesiones de entrenamiento Un promedio de 30 padres participarán en el 80% de las sesiones de entrenamiento para desarrollar habilidades en el manejo de situaciones relacionadas con el TOD, y de potenciación de capacidades de los niños con este dx.	Número	0	30	Listados de asistencia y memoria del proceso de entrenamiento	Las familias cuentan con el tiempo y los medios para desplazarse hasta el sitio donde se desarrollen las actividades
A.3. Entrenamiento cognitivo-conductual dirigido a niños con TDAH y síntomas de TOD, tendiente a la autorregulación, solución de problemas y afrontamiento de la impulsividad.	Niños con TDAH y que presentan síntomas de TOD, participan en el 80% de las sesiones de entrenamiento. Un promedio de 8 niños con TDAH y que presentan síntomas de TOD participarán en el 80% de las actividades de entrenamiento cognitivo- conductual, tendiente a la autorregulación, solución de problemas y afrontamiento de la impulsividad.	Número	0	8	Listados de asistencia y memoria del proceso de entrenamiento	1. Las familias cuentan con el tiempo y los medios para llevar al niño hasta el sitio donde se desarrollen las actividades. 2. Los niños tienen adherencia al tratamiento farmacológico

BIBLIOGRAFIA

American Psychiatric Asociación. (2002). DSM IV TR. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Barcelona: Masson (Edición original 2002).

Suarez. I., Paniagua. D., s.f. Al Lado del Hiperactivo, Fundación Ciudad Don Bosco, Medellín

Caballo V., Simón M., (2005), Manual de Psicopatología Clínica Infantil y del Adolescente, Trastorno Generales, Ediciones Pirámide, Madrid.

Belloch. A., Sandín B., y Ramos F.(1995), Manual de Psicopatología, McGraw – Hill, Madrid.

Ezpeleta. L., (2005) Factores de Riesgo en Psicopatología del Desarrollo, Masson, Madrid.

Clasificación multiaxial de los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes (2001) Editorial Medica Panamericana.

Bellack. A., Manual Práctico de Evaluación de Conducta (1993) Editorial Descler de Brouwer. S.A.

García, D.A. y Polaino-Lorente, A (1997). Breve aproximación histórica al concepto de hiperactividad infantil (pp15-26). En A. Polaino-Lorente (Dir) Manual de Hiperactividad Infantil. Madrid: Unión Editorial.

Garrido. C., (2003) Trastorno de déficit de atención hiperactividad – programa de tratamiento cognitivo – conductual. Barcelona.

Caballo V., Simón M., (2002), Manual de Psicopatología Clínica Infantil y del Adolescente, Trastornos Específicos, Ediciones Pirámide, Madrid.

Código de la Infancia y la Adolescencia, Ley 1098 de noviembre 8 de 2006

Decreto Reglamentario 4840 de 2007

Plan de Desarrollo de Antioquia, Antioquia para todos Manos a la Obra, 2008 – 2011, Gobernación de Antioquia

Calderón C., Resultados de un programa de tratamiento cognitivo-conductual para niños con Trastorno por déficit de atención con hiperactividad Anuario de Psicología 2001, vol. 32, no 4, Universidad de Barcelona.

Mardomingo, MJ: Modelo Neurobiológico en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Revista Española de Pediatría 2005

Sulzbacher, S.L. (1985), The learning disabled or inattentive child: diagnosis and treatment. Journal of the American Medical Association, 234, 939 -941.

Rosselli, M., Ardila, A., Lopera. F., (1992) Neuropsicología Infantil. Prensa Creativa. Medellin

Pliszka, S. McCracke, J y Mas, J. (1996) Catecholamines in attention deficit hyperactivity disorder, current perspectives, Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35,3,264 -272

Cantwell DP. Attention deficit disorder: a review of the past 10 years. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1996; 35: 978-87.

Faraone SV. Genetics of adult attention-deficit/hyperactivity disorder. Psychiatr Clin North Am 2004; 27: 303-21.