

**UNIVERSIDAD ABIERTA PARA ADULTOS
(UAPA)**



ESCUELA DE POSTGRADO

MAESTRÍA EN PSICOLOGIA CLÍNICA

**INFORME FINAL DE TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE MAGISTER
EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

TEMA

**FACTORES QUE INTERFIEREN EN EL TRATAMIENTO DE LOS NIÑOS DE 5
A 7 AÑOS DIAGNOSTICADOS CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE
ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH), QUE ASISTEN A LA OFICINA
MUNICIPAL DEL CONANI HIGÜEY, EN ABRIL-JUNIO 2022**

PARTICIPANTES

María Virginia Cedeño 100037794

Milagros Reyes Toribio 100037956

ASESORA METODOLÓGICA

Yeilis D. Serrano A. M.A.

ASESORA DE CONTENIDO

Esther N. Román, M.A.

SANTO DOMINGO, D.N.

República Dominicana

Julio, 2022

**FACTORES QUE INTERFIEREN EN EL TRATAMIENTO DE LOS
NIÑOS DE 5 A 7 AÑOS, DIAGNOSTICADOS CON TRASTORNO
POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH), QUE
ASISTEN A LA OFICINA MUNICIPAL DEL CONANI HIGÜEY, EN
ABRIL-JUNIO 2022**

TABLA DE CONTENIDOS

| | |
|------------------------------|---|
| DEDICATORIA | 6 |
| AGRADECIMIENTOS | 7 |
| RESUMEN | 8 |
| ABSTRACT | 9 |

| | |
|---------------------------|----|
| INTRODUCCIÓN | 10 |
|---------------------------|----|

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

| | |
|---|----|
| 1.1. Planteamiento del problema..... | 12 |
| 1.2. Formulación del problema..... | 15 |
| 1.2.1 Sistematización del problema..... | 15 |
| 1.3. Objetivo general..... | 17 |
| 1.3.1 Objetivos específicos..... | 17 |
| 1.4. Justificación..... | 18 |
| 1.5. Descripción del contexto..... | 20 |
| 1.6. Delimitación..... | 23 |
| 1.7. Limitaciones..... | 23 |
| 1.8. Cuadro de operacionalización de las variables..... | 24 |

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

| | |
|---|----|
| 2.1. Marco Contextual..... | 31 |
| 2.1.1 Antecedentes Internacionales..... | 31 |
| 2.1.2 Antecedentes Nacionales..... | 37 |
| 2.2 Marco conceptual..... | 40 |
| 2.2.1 Marco histórico de la conceptualización y tratamiento del TDAH..... | 40 |
| 2.2.2 Aspectos del desarrollo relacionados con el TDAH..... | 42 |
| 2.2.2.1 Desarrollo cognitivo..... | 42 |
| 2.2.2.2 La Autorregulación..... | 44 |

| | |
|--|----|
| 2.2.2.3 Procesos y capacidades básicas..... | 44 |
| 2.2.3 Trastornos del Neurodesarrollo..... | 46 |
| 2.2.4 Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad..... | 47 |
| 2.2.4.1 Criterios Diagnósticos del TDAH..... | 47 |
| 2.2.4.1.1 Inatención..... | 48 |
| 2.2.4.1.2 Hiperactividad e impulsividad..... | 49 |
| 2.2.5 Las 4 funciones ejecutivas comprometidas em el TDAH..... | 52 |
| 3.2.5.1. ¿Qué es la inhibición conductual?..... | 52 |
| 3.2.5.2 Memoria de trabajo..... | 53 |
| 3.2.5.3 Habla Autodirigida..... | 53 |
| 3.2.5.4 Control de la motivación, las emociones y el estado de alerta..... | 54 |
| 3.2.5.5 Proceso de reconstitución..... | 54 |
| 2.2.6 Tratamiento multimodal del TDAH..... | 55 |

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

| | |
|--|----|
| 3.1 Enfoque, diseño y tipo de investigación..... | 58 |
| 3.2 Técnicas e Instrumentos..... | 60 |
| 3.3 Población y Muestra..... | 60 |
| 3.4 Validez y confiabilidad..... | 62 |
| 3.5 Procedimientos para la recolección de datos..... | 63 |
| 3.6 Procedimiento para el análisis de los datos..... | 63 |

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN, INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

| | |
|---|----|
| 4.1 Presentación de resultados de la encuesta aplicada a familiares de los niños con el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)..... | 65 |
| 4.1.1 Presentación de resultados de la encuesta aplicada al personal docente de centros educativos de la Provincia La Altagracia que trabaja con niños de 5 a 4 años de edad..... | 74 |

| | |
|--|------------|
| 4.1.2 Presentación de resultados de la encuesta aplicada a personal de psiquiatría de la Provincial de Salud de La Altagracia | 82 |
| 4.1.3 Presentación de resultados de la encuesta aplicada a psicólogos de la provincia La Altagracia que brinda servicio infantil en el sector privado..... | 86 |
| 4.2 Análisis de los resultados..... | 92 |
| CONCLUSIONES..... | 95 |
| RECOMENDACIONES..... | 98 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 99 |
| APÉNDICES | |
| Apéndice A..... | 102 |
| Apéndice B..... | 103 |
| Apéndice C..... | 106 |
| Apéndice D..... | 108 |
| Apéndice F..... | 110 |
| GLOSARIO..... | 113 |

DEDICATORIA

A nuestros hijos:

José Enmanuel Valdez Cedeño, Alice Marie Valdez Cedeño y Damian Enmanuel López Reyes

Nuestros hijos han servido de inspiración a seguir preparándonos profesionalmente, y queremos dejar un mundo mejor para ellos, donde sean atendidas las necesidades particulares de cada uno desde la infancia temprana. Nuestro legado será seguido por ellos y darán lo mejor de sí para las futuras generaciones.

A todos los niños con el diagnóstico del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad de nuestra comunidad y nuestro país:

En favor de ellos nos hemos embarcado en este trabajo de investigación, merecen nuestra dedicatoria por mucho, ya que su carrera tormentosa en busca de ayuda por sus necesidades han enternecido nuestros corazones, deseando que no sigan siendo mal comprendidos por sus padres y maestros y que tengan acceso al trato que merecen, tanto ellos como aquellos que les precederán.

AGRADECIMIENTOS

A nuestro Dios, porque es nuestro padre, nuestro ayudador, el protagonista principal que se encargó de proveer todo lo necesario para que este proyecto sea una realidad.

A nuestros padres, por sus oraciones constantes, su amor y respaldo incondicional durante todo el proceso de maestría. Por lo sembrado en nuestros corazones para motivarnos a ser mejores personas cada día.

A nuestros Esposos, por su paciencia y colaboración con el cuidado del hogar y los niños mientras nos encontrábamos en el fragor de esta carrera. Por la ayuda brindada con aspectos tecnológicos del proceso de redacción, por la motivación a no darnos por vencidas, aun cuando las fuerzas eran pocas para continuar.

A nuestros hijos, por permitirnos robarles un poco de tiempo de calidad a sus vidas en procura de avanzar en la consecución de esta meta y todavía seguir amándonos de igual manera.

Sus palabras A nuestros maestros, por aportar un mundo de posibilidades en nuestro proyecto como maestrantes, por levantar nuestra confianza en nosotras mismas con sus palabras de motivación, por confiar en nuestras capacidades y lograr que diéramos el máximo.

A nuestros compañeros de maestría, la camaradería mostrada sirvió como refuerzo indiscutible para sentir que no estábamos solas, que podíamos contar con el apoyo de ellos cuando fuera necesario. Con quienes esperamos continuar uniendo esfuerzos en la persecución del éxito profesional.

RESUMEN

El objetivo de la investigación es determinar los factores que interfieren en el tratamiento de los niños de 5 a 7 años diagnosticados con el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en la Oficina Municipal de CONANI-Higüey durante el período del 2016 al 2022. Se utilizó una metodología con enfoque cualitativo y diseño no experimental, de campo y longitudinal, de tipo descriptivo, explicativo y relacional. Se escogió una muestra de 43 familiares o tutores de niños diagnosticados con el trastorno, los únicos 2 psiquiatras en ejercicio para toda la provincia La Altagracia, 20 psicólogos del sector privado que brindan atención a la población infantil y 22 maestros que trabajan con niños entre 5 y 7 años de edad (pre-primario, primer y segundo grado de básica), a quienes se les encuestaron acerca de la población de estudio. Los resultados del estudio arrojaron que un 55.8% de los familiares encuestados, ignoran que los comportamientos de sus hijos se deben al Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) y un 69.8% de estas no pueden costear el tratamiento, por otro lado un 51.9% del personal docente encuestado no tiene entrenamiento en identificación y abordaje del trastorno, solo 9 de los psicólogos encuestados ofrecen el tratamiento psicosocial, pero un 88.2 % de los psicólogos encuestados establece que los niños no completan el tratamiento por diversas causas, siendo la más importante, bajo nivel económico de la familia. Se identificaron cuatro factores, primero la ignorancia de la familia sobre el trastorno, el personal docente carece de entrenamiento en identificación e intervención de niños con el trastorno, la situación económica de las familias y el número bajo de personal de salud mental en la Provincial de Salud para prescribir el tratamiento de psicoestimulantes.

Palabras clave: Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), Tratamiento Multimodal (MTI), intervención psicosocial, tratamiento psicoestimulante.

ABSTRACT

The objective of the research is to determine the factors that interfere in the treatment of children aged 5 to 7 years diagnosed with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in the Municipal Office of CONANI-Higüey during the period from 2016 to 2022. A methodology with a qualitative approach and non-experimental, field and longitudinal, descriptive, explanatory and relational design was used. A sample of 43 relatives or guardians of children diagnosed with the disorder was chosen, the only 2 practicing psychiatrists for the entire province of La Altagracia, 20 psychologists from the private sector who provide care to the child population and 22 teachers who work with children between 5 and 7 years of age (pre-primary, first and second grade of basic), who were surveyed about the study population. The results of the study showed that 55.8% of the relatives surveyed are unaware that their children's behaviors are due to Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and 69.8% of these cannot afford the treatment, on the other hand a 51.9% of the teaching staff surveyed do not have training in the identification and approach of the disorder, only 9 of the psychologists surveyed offer psychosocial treatment, but 88.2% of the psychologists surveyed state that children do not complete the treatment for various reasons, being the most important, low economic level of the family. Four factors were identified: first, the family's ignorance about the disorder, the teaching staff lack training in the identification and intervention of children with the disorder, the economic situation of the families, and the low number of mental health personnel in the Province of Health to prescribe the treatment of psychostimulants.

Keywords: Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), Multimodal Treatment (MTI), psychosocial intervention, psychostimulant treatment.

INTRODUCCIÓN

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es descrito y presentado en las Guías de Práctica Clínica (GPC) como frecuente en la infancia y adolescencia, asociado a disfuncionalidad significativa en diversos ámbitos, y cuyo tratamiento requiere usar medicamentos, considerados como seguros y efectivos a largo plazo.

La percepción pública del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), es abundante en mitos, conceptos e información errónea sobre sus causas, significado, diagnóstico y tratamiento del trastorno. Algunos estudios realizados, muestran que el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) para diversas poblaciones no es considerado un trastorno, más bien es visto como un problema benigno, y su presentación hasta es considerada en exceso.

Este proyecto de investigación se centra en las dificultades que presentan los niños de 5 a 7 años, que asisten a la Oficina Municipal de CONANI de Higüey, diagnosticados con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), para recibir el tratamiento. Además, los síntomas de hiperactividad e inatención que presentan estos niños, generan desesperación en padres, tutores, maestros y cuidadores, es por tal razón que es necesario identificar los factores que interfieren en la solución a dicha problemática.

CAPÍTULO I.

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Planteamiento del problema

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es un trastorno del neurodesarrollo definido por la Asociación Americana de Psiquiatría (2015),

por niveles problemáticos de inatención, desorganización y/o hiperactividad-impulsividad. La inatención y la desorganización implican la incapacidad de seguir tareas, que parezca que no escuchan y que pierdan los materiales a unos niveles que son incompatibles con la edad o el nivel del desarrollo. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2015)

La Asociación Americana de psiquiatría, explica además que,

La hiperactividad-impulsividad implica actividad excesiva, movimientos nerviosos, incapacidad de permanecer sentado, intromisión en las actividades de otras personas e incapacidad para esperar, que son excesivos para la edad o el nivel del desarrollo. En la infancia, el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) frecuentemente se solapa con trastornos que a menudo se consideran "trastornos exteriorizadores", como el trastorno negativista desafiante y el trastorno de conducta. A menudo persiste hasta la edad adulta, con consecuentes deterioros del funcionamiento social, académico y ocupacional. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2015).

Esperón y Suárez (2007) han propuesto un tratamiento para el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) llamado MTI (Tratamiento Multimodal), que consiste en el abordaje psicológico con enfoque conductual en combinación con psicoestimulantes y acondicionamiento del proceso académico, que ha demostrado ser la solución más viable para el abordaje de los síntomas nucleares del TDAH, cuando se identifica el trastorno lo

más temprano posible en la infancia, con miras a minimizar el impacto de este a través de la vida de los afectados.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), las cifras de incidencia del TDAH a nivel mundial oscilan entre un 5% y un 20%, lo cual significa que podría haber unos 6,4 millones de niños con este trastorno. No obstante, lo más curioso es que el número de casos ha variado a lo largo del tiempo. Las estadísticas indican que desde 1997 hasta 2006, los casos diagnosticados han aumentado a razón de un 3% al año. No obstante, desde 2003 hasta 2011, el promedio ha aumentado en un 5% anual.

Del 19 al 37 por ciento de quienes lo padecen presenta algún tipo de trastorno en el estado de ánimo como depresión, trastorno bipolar o distimia, afirmó la directora del Laboratorio de Neuropsicología y Psicofisiología de la Facultad de Psicología (FP) de la Universidad Nacional de México (UNAM), Feggy Ostrosky (2017).

La especialista en el estudio de la relación entre el cerebro y la cognición humana remarcó que del 25 al 50 por ciento de las personas con TDAH manifiestan signos de ansiedad, y del 32 al 53 por ciento tiene problemas con el abuso del alcohol y la cocaína; además, hasta un 28 por ciento sufre de alteración de la personalidad y conducta antisocial.

En Estados Unidos la prevalencia del trastorno es del 4 al 6% (entre 8 y 9 millones de adultos) y según la Organización Mundial de la Salud (OMS), más del 4% de la población mundial tiene TDAH. En el caso de México, sin tener una cifra precisa, se estima que afecta a un millón y medio de niños y niñas menores de 14 años.

Se estima que entre el 3 y el 7% de los niños en España sufre un Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), lo cual equivale a uno o dos niños por aula. No obstante, las cifras varían de una región a otra. Por ejemplo, se estima que en Sevilla la

prevalencia es de un 4 a un 6%, mientras que en Valencia las cifras ascienden hasta un 8% y en Canarias son de un 4.9%. En realidad, no se trata de que haya más o menos niños con TDAH sino de factores como el acceso al sistema de salud, los criterios diagnósticos que se apliquen y las pautas culturales de los padres.

De acuerdo a un estudio realizado en el Hospital Infantil Robert Read Cabral (HIRRC) en 2018, en la República Dominicana, la prevalencia es de un 7.6 %, predominando las edades ubicadas en el rango de 6 a 8 años, siendo más frecuente en el sexo masculino y en la presencia de factores de riesgo como tabaco, alcohol, prematuridad, bajo peso al nacer y nivel socioeconómico bajo.

En la provincia La Altagracia se puede observar un malestar altamente significativo en cuanto a niños con características del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), que asisten al departamento de Psicología de la Oficina Municipal de CONANI Higüey, observándose inquietud motora excesiva, dificultades en la concentración, y conductas impulsivas, presentándose tanto en el ambiente escolar como familiar.

Estos síntomas de inquietud motora, inatención e impulsividad se traducen en accidentes indeseados, la presentación de dificultades en el desempeño académico, organización y priorización de tareas, relaciones sociales y familiares no satisfactorias. Tanto tutores, familiares como maestros sienten que estas dificultades sobrepasan sus habilidades para lidiar con ellas.

De no ser abordados estos síntomas con un Tratamiento Multimodal (MTI) que integra a la familia, la escuela y el niño mismo (tratamiento cognitivo-conductual, con enfoque de autocontrol y relajación, adaptación curricular y tratamiento farmacológico en muchos casos), estos niños estarán presentando una alta probabilidad de desarrollar otros trastornos

mentales asociados (depresión, trastorno bipolar, ansiedad, etc.), y la prevalencia de los síntomas en la adultez.

1.2 Formulación del problema

¿Cuáles y cómo son los factores que interfieren en el tratamiento de los niños de 5 a 7 años diagnosticados con el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) que asisten a la oficina municipal del CONANI Higüey, en abril-junio del 2022?

1.2.1 Sistematización del problema

1. ¿Cuáles son los pasos del protocolo de actuación con el que cuenta el Departamento de Orientación y Psicología del Distrito Educativo 12-02, para la identificación y abordaje de niños con el diagnóstico del Déficit de atención con Hiperactividad (TDAH)?

2. ¿En qué consiste el tratamiento que ofrece la Oficina Provincial de Salud, para el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)?

3. ¿Cuál es la percepción que tienen los padres sobre el Trastorno por déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), y el comportamiento de sus hijos?

4. ¿Cuáles elementos influyen en un buen o mal pronóstico del tratamiento de los niños de 5 a 7 años diagnosticados con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), que asisten a la oficina municipal del CONANI Higüey?

1.3 Objetivo general

Analizar e identificar los factores que interfieren en el tratamiento de los niños diagnosticados con el Trastornos por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), entre 5 a 7 años, que asisten a la Oficina Municipal de CONANI de Higüey, en abril-junio del 2022.

1.3.1 Objetivos específicos

1. Conocer el protocolo de actuación con el que cuenta el Departamento de Orientación y Psicología del Distrito Educativo 12-01, para la identificación y abordaje de niños con el diagnóstico del Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH).

2. Explorar sobre el tratamiento que ofrece la Provincial de Salud, para abordar el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH).

3. Describir la percepción que tienen los padres sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), y el comportamiento de sus hijos.

4. Explicar los elementos que influyen en un buen o mal pronóstico del tratamiento de los niños de 5 a 7 años diagnosticados con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), que asisten a la oficina municipal del CONANI Higüey.

1.4 Justificación

No escatimar esfuerzos en beneficios de la población infantil es una de las responsabilidades de la Oficina de CONANI en Higüey, del estado, de la sociedad civil, de las familias y de la comunidad científica, como lo establece el Código para el Sistema de Protección de los Derechos Fundamentales de los niños, niñas y adolescentes de nuestro país (Ley 136-03), así como lo corroboran otras leyes, tratados y convenios internacionales; que sostienen en sus principios, “El principio del interés superior del niño, niña o adolescente... Busca contribuir con su desarrollo integral y asegurar el disfrute pleno y efectivo de sus derechos fundamentales y el Principio de Prioridad absoluta que comprende.

- a) Primacía en la formulación de las políticas públicas;
- b) Primacía en recibir protección especial en cualquier circunstancia;
- c) Preferencia en la atención de los servicios públicos y privados.

El TDAH es una condición que afecta a una población de niños que es altamente vulnerable en nuestra sociedad, representando muchas limitantes en etapas vitales del desarrollo, entendiendo que su identificación temprana, la promoción de los signos y síntomas y la atención a sus necesidades supondrían en la prevención del desarrollo de fenómenos conductuales, emocionales, académicos y sociales asociados.

Comprender las limitantes del diagnóstico, nos da una mejor idea de en dónde se debe prestar atención para garantizar el tratamiento de los niños diagnosticados, dicho tratamiento mejorará el desempeño académico de los niños con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (DAH), así como sus relaciones interpersonales y el desarrollo de una buena salud mental. Además, las familias obtendrán las herramientas que necesitan para el abordaje conductual de sus niños.

La comunidad científica tiene el compromiso de colaborar, aportando información que ayude a encontrar maneras de priorizar la atención que requiere esta población y es donde entra nuestra investigación, la cual se propone además de identificar los factores que interfieren en el tratamiento, establecer también, que dicha atención es una necesidad básica en la población de niños diagnosticados con TDAH en la Oficina Municipal de CONANI en Higüey.

1.5 Descripción del contexto

El 7 de octubre del 2004 entró en vigencia un nuevo marco jurídico para la niñez y la adolescencia: el Código para el Sistema de Protección y los Derechos Fundamentales de los Niños, Niñas y Adolescentes, la Ley 136-03. Dicha ley crea al CONANI (Consejo Nacional Para la Niñez y la Adolescencia), como órgano rector del Sistema Nacional de Protección de los Derechos de la Niñez y la Adolescencia.

El artículo 51 de la Ley 136-03 define al Sistema Nacional de Protección como el conjunto de instituciones, organismos y entidades, tanto gubernamentales como no gubernamentales, que formulan, coordinan, integran, supervisan, ejecutan y evalúan las políticas públicas, programas y acciones en los niveles nacional, regional y municipal para la protección integral de los derechos de los niños, niñas y adolescentes.

El artículo 52 explica que este sistema tiene por prioridad garantizar los derechos de la niñez y la adolescencia y la promoción de su desarrollo integral mediante la coordinación de políticas y acciones intersectoriales e interinstitucionales. Para tales fines, el código define y establece la protección integral de estos derechos regulando el papel y la relación del Estado, la sociedad, las familias y los individuos con los sujetos desde su nacimiento hasta cumplir los 18 años de edad.

Misión

Garantizar los derechos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes en la República Dominicana, mediante la efectividad rectoría de las políticas en materia de niñez y adolescencia

Visión

Que todos los niños, niñas y adolescentes en la República Dominicana vivan en familias y comunidades que respeten, protejan y garanticen sus derechos fundamentales.

Valores

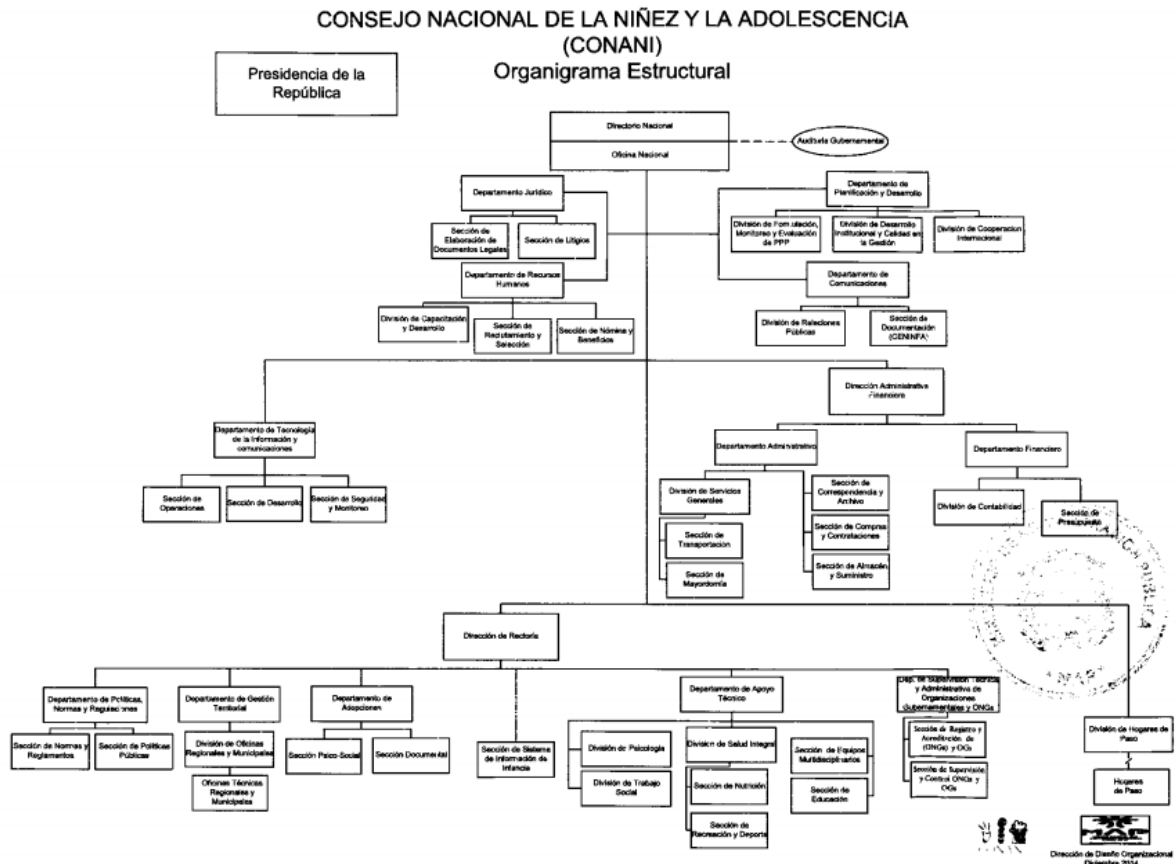
- **LIDERAZGO:** Colaboración con las entidades que conforman el Sistema Nacional de Protección.
- **INTEGRIDAD:** Claridad, transparencia, responsabilidad, honradez, equidad, respeto y confidencialidad en el manejo de las acciones y decisiones que se tomen sobre la niñez y adolescencia.
- **CALIDAD:** Eficiencia y eficacia en todas las acciones en favor de los NNA que ofrezca el Sistema Nacional de Protección
- **COMPROMISO:** Promover acciones de protección para todos los niños, niñas y adolescente.

Estructura de la organización

La Oficina Nacional es el principal órgano técnico de rectoría del Directorio Nacional, que es la instancia de máxima decisión de este sistema.

A partir de la implementación de la Ley 136-03, se han creado las estructuras regionales y municipales que nos permiten llegar a los lugares más remotos, en coherencia con los lineamientos de la democracia participativa, el enfoque de derechos, el método de gestión pública descentralizada y la desconcentración de las acciones.

Organigrama institucional



Desde julio del 2011 la provincia La Altagracia cuenta con una oficina municipal de CONANI, donde un equipo técnico formado por un profesional de la Psicología y uno de Trabajo Social se encargan de la investigación psicológica y socio-familiar de los niños, niñas y adolescentes que el Sistema de Protección refieren a la institución, así como un servicio abierto a la comunidad de atención al usuario.

Dicha oficina levanta una estadística mensual de casos atendidos clasificando las causas de los mismos, entre ellas causas conductuales y académicas. Los niños, niñas y adolescentes son evaluados con fines de ejecutarse decisiones que favorezcan su situación psicológica, familiar y social. En muchas oportunidades parte las problemáticas que afectan la estabilidad de los evaluados, tienen su etiología en trastornos del neurodesarrollo (con

especialidad el TDAH) que no han sido identificados en el ambiente familiar o escolar y se descubren en dicha evaluación psicológica.

1.6 Delimitación

- **Persona:** La muestra escogida para la investigación son los niños de 5 a 7 años diagnosticados con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH).
- **Espacio:** La institución que hemos elegido para escoger dicha muestra es la Oficina Municipal del CONANI de Higüey.
- **Tiempo:** El período de tiempo escogido para trabajar en dicha investigación es Abril-Junio del 2022.

1.7 Limitaciones

Los retos a enfrentar en las fases de nuestro proyecto de investigación son de etiología diversa, entre ellas enumeramos las siguientes:

- Dificultad en la búsqueda de fuentes bibliográficas que complementen el marco teórico de nuestra investigación, ya que las investigaciones sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), en el contexto nacional son escasas.
- En la fase de contactar con las familias a encuestar, pueden presentarse limitaciones de concordancia de los contactos telefónicos en la base de datos del CONANI para enviar las encuestas, ya que los números telefónicos son cambiados constantemente.
- En la fase de encuestas, el desconocimiento de los padres acerca del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), puede representar un factor retador. Así como la posible indisposición de tiempo de los encuestados.
- Que la muestra de los profesionales de la salud mental no sea representativa por falta de personal en las instituciones elegidas para encuestar.

1.8 Cuadro de operacionalización de variables

Objetivo General: Analizar e identificar los factores que interfieren en el tratamiento de los niños diagnosticados con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), entre 5 a 7 años, que asisten a la Oficina Municipal de CONANI de Higüey, en abril-junio del 2022.

| Objetivos Específicos | Variables | Definición conceptual de la variable | Dimensiones | Indicadores | Ítems | Instrumentos |
|---|--|--|---|---|---|---|
| <p>1. Conocer el protocolo de actuación con el que cuenta el Departamento de Orientación y Psicología del Distrito Educativo 12-01, para la identificación y</p> | <p>Protocolo de actuación del departamento de Orientación y Psicología.</p> <p>Identificación de niños con TDAH.</p> | <p>Medidas a adoptar por los centros educativos para desarrollar un plan de detección, identificación y evaluación psicopedagógica del alumnado con TDAH, ya que cuanto antes se pueda intervenir de forma adecuada con estos alumnos y alumnas, mayores</p> | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Objetivos ➤ Métodos ➤ Indicios del TDAH ➤ Evaluación psicopedagógica | <p>Entrenamiento del personal.</p> <p>Buen manejo del método de parte del personal.</p> <p>Signos y síntomas.</p> <p>Problemas de aprendizaje</p> | <p>1.</p> <p>2.</p> <p>3.</p> <p>4.</p> <p>5.</p> | <p>Encuestas para el personal docente</p> |

| | | | | | | |
|---|---|--|--|--|-------------------------------|---|
| <p>abordaje de niños con el diagnóstico del Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH).</p> | <p>Abordaje del niño con TDAH.</p> | <p>posibilidades tendrán de superar las dificultades y por tanto de progresar en el aprendizaje. Balbuena Aparicio (2014).</p> | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Diagnóstico clínico ➤ Académico ➤ Conductual | <p>Tipo Combinado.</p> <p>Predominio del déficit de atención.</p> <p>Predominio hiperactividad-impulsividad.</p> <p>Concentración</p> <p>Organización</p> <p>Autocontrol</p> | | |
| <p>2.Explorar el tratamiento que ofrece la Provincial</p> | <p>“Tratamiento que ofrece la Provincial de</p> | <p>El tratamiento de elección en el TDAH se denomina tratamiento multimodal</p> | <p>*Intervención psicosocial</p> | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Autocontrol ➤ Habilidades sociales ➤ Habilidades parentales | <p>6.</p> <p>7.</p> <p>8.</p> | <p>Encuestas para psiquiatras de la Provincial de</p> |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|---|---|
| <p>de Salud, para abordar el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH).</p> | <p>salud para el abordaje del TDAH”</p> | <p>(MTI). Incluye intervención farmacológica y no farmacológica (intervención psicosocial). El tratamiento multimodal en el TDAH indica la necesidad de realizar intervenciones desde distintas modalidades terapéuticas y por distintos profesionales. Rodríguez & Criado (2014).</p> | <p>*Intervención Farmacológica (psicoestimulantes)</p> | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Liberación inmediata ➤ Liberación prolongada | <p>9.</p> | <p>Salud de La Altagracia y psicólogos del sector privado</p> |
| <p>3.Describir la percepción que tienen los padres sobre el Trastorno por déficit de</p> | <p>“Percepción de los padres sobre el Comportamiento</p> | <p>La percepción es cómo se interpreta y se entiende la información que se ha recibido a través de los sentidos. La percepción</p> | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Proceso sensorial ➤ Proceso Simbólico | <p>*La motivación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El contexto. • Expectativas. | <p>10.</p> <ul style="list-style-type: none"> a. b. c. d. | <p>Encuesta para familias (padres y tutores)</p> |

| | | | | | | |
|---|--------------------------|--|---------------------------|---|---------------------------------------|--|
| <p>Atención con Hiperactividad (TDAH), y el comportamiento de sus hijos.</p> | <p>nto de sus hijos”</p> | <p>involucra la decodificación cerebral y el encontrar algún sentido a la información que se está recibiendo, de forma que pueda operarse con ella o almacenarse. “El acto de percibir es el resultado de reunir y coordinar los datos que nos suministran los sentidos externos (sensaciones) (Balsebre, citado por Franco, 2007).</p> <p>Según Marina (1998), la percepción implica “coger información y dar sentido”.</p> | <p>➤ Proceso afectivo</p> | <ul style="list-style-type: none"> •Factores culturales. • Emoción. •Experiencia pasada. | <p>e. f. g. h. i.</p> | |
|---|--------------------------|--|---------------------------|---|---------------------------------------|--|

| | | | | | | |
|---|---|--|---|---|--------------------------|---|
| | | La percepción implica “la captación de información, a través de nuestros sentidos, y su posterior procesamiento para dar un significado a todo ello”. | | | | |
| 4.Explicar los elementos que influyen en el buen o mal pronóstico del tratamiento de los niños de 5 a 7 años diagnosticados con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad | “Elementos que influyen en el buen o mal pronóstico del tratamiento de los niños” | El pronóstico, es uno de los pilares de la psicología clínica. Entre los primeros temas que se plantean cuando se le diagnostica a una persona un trastorno mental es si el trastorno puede tratarse con éxito, el curso probable y las posibilidades de | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Factores de riesgo ➤ Juicio clínico ➤ Toma de decisiones. | *Factores socio-económicos. *Comprensión del trastorno. *Aceptación del diagnóstico. *Adherencia al tratamiento. | 11. 12. 13. 14. | Encuestas a padres y profesionales actuantes en el TDAH |

| | | | | | | |
|---|--|---|--|--|--|--|
| <p>(TDAH), que asisten a la oficina municipal del CONANI Higüey.</p> | | <p>recuperación. El objetivo es describir las variables relevantes para la precisión del pronóstico en la práctica cotidiana de la psicología clínica y señalar los pasos a dar para su formulación. Ibañez & Echeburúa (2015).</p> | | | | |
|---|--|---|--|--|--|--|

CAPÍTULO II.
MARCO TEÓRICO

2.1. Marco contextual

2.1.1 Antecedentes internacionales

Algunos estudios que se han realizado en otros países del mundo ofrecen información que se adecua a las variables de nuestra investigación y expondremos los que más relevancia nos ofrecen.

Acerca de las percepciones sobre padres, cuidadores y docentes sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), y cómo éste factor limita el acceso al tratamiento, Lara Orozco et al. (2021) han realizado un estudio sobre las principales dificultades para el diagnóstico de TDAH en Ecuador, en el que se verifican numerosos casos en que los padres de familia, cuidadores o docentes consideran que el diagnóstico, y por ende la propuesta de tratamiento terapéutico, para el TDAH en niños ha sido erróneo. Se entrevistó a 11 psicólogos clínicos, cinco psicólogos infantiles y psico-rehabilitadores, tres psicólogos generales y dos psicólogos educativos, para conocer las aproximaciones clínicas y las herramientas de valoración que utilizan los profesionales en psicología para emitir el diagnóstico de TDAH en niños de hasta 12 años. Esta investigación mantiene un enfoque metodológico cualitativo, descriptivo.

Se encontró que en Ecuador los profesionales no cuentan con herramientas adecuadas o suficientes para realizar un diagnóstico del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). El escaso apoyo de las instituciones públicas y la falta de directrices a nivel del sistema de educación nacional es parte del problema. Privilegiar el trabajo en equipo, la comunicación con docentes y padres de familia y la discusión de resultados a nivel de una red de intervención coordinada, podría representar una solución viable y de largo alcance para favorecer un adecuado abordaje del trastorno.

Este estudio comporta una gran importancia para nuestra investigación, puesto que prevalece la desconfianza en el diagnóstico y planes de tratamiento cuando los profesionales que se encargan de trabajar la población estudiada, no cuentan con las herramientas de descarte adecuadas para el diagnóstico. Además, se refuerza el factor del poco apoyo de parte de las instituciones públicas que se requiere para el acceso al servicio y directrices de abordaje. En virtud de conocer si existen las mismas limitaciones en el nivel local hemos puesto en marcha nuestra investigación.

Por su parte, uno de los factores limitantes en el tratamiento del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) muy importante fue investigado por Martínez-Jaime, et al. (2020), realizando en México un estudio sobre la trayectoria de acceso oportuno del Trastorno por Déficit de atención con Hiperactividad (TDAH) e identificar sus barreras mediante una trayectoria de hechos que va desde percibir los síntomas hasta obtener el diagnóstico formal. Se empleó un modelo conceptual integral (basado en cuatro dimensiones: percibir, buscar, llegar y usar) y centrado en el paciente. Ello permitió trazar una trayectoria de hechos vividos por las diadas (paciente y su cuidador primario), a partir de la cual se diseñó una cédula compuesta por 143 preguntas dicotómicas o politómicas, y cinco preguntas abiertas. Participaron 177 diadas. Como resultados se identificaron numerosas barreras para acceder al diagnóstico oportuno; la falta de percepción del TDAH resultó clave como obstáculo para el acceso inicial. En conclusión, la barrera de la falta de percepción podría evitarse brindando información a los cuidadores para que perciban los síntomas nucleares del TDAH como problemas potenciales de salud mental.

Nuestra investigación nos permitirá constatar si el factor de la falta de percepción del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) a nivel local, también puede ser un factor que interfiere con el acceso al tratamiento del mismo.

La falta de información de parte de los tutores acerca del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es un factor determinante en la limitación del tratamiento, así lo confirma un estudio realizado en Colombia por Pedrahita S. et al. (2011), para elaborar un plan de promoción del conocimiento del TDAH con 37 padres de familia de una institución educativa, los hallazgos previos a la intervención evidenciaron el desconocimiento de los padres respecto al TDAH, que a su vez interfiere en la remisión de los escolares para el tratamiento o intervención de los mismos.

Se llegó a la conclusión de que la intervención educativa muestra una significativa efectividad al elevar el nivel de conocimientos de los padres respecto al TDAH, su manejo y remisión. La ganancia de conocimientos aporta mayor información y posibilita un diagnóstico y tratamiento oportuno, lo cual conlleva a la disminución del deterioro tanto escolar como psicosocial en los menores.

La relevancia de este estudio radica en la necesidad de indagar en nuestra investigación si la falta de una política de promoción educativa sobre el Trastorno por déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es uno de los predictores de la falta de acceso al tratamiento a nivel local.

Siguiendo en la línea de los datos que se manejan sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), Echegaray Bengoa (2017), trabajó sobre los conocimientos y creencias del profesorado acerca de la dislexia y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), en un estudio comparativo entre España y Perú. En

relación específica del al Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), participaron 264 y 249 maestros respectivamente. Se utilizó la Escala de Conocimientos sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (KADDS) y un cuestionario de información socio-demográfica. En ambos estudios los conocimientos sobre el TDAH fueron insuficientes.

La intención con nuestra investigación es evidenciar si uno de los factores que interfieren en el acceso a tratamiento para niños con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) a nivel local es también la desinformación de los maestros sobre dicho trastorno, ya que los niños pasan largas horas de sus días junto a ellos más que en otros entornos tales como familiares y sociales.

La prevención del desarrollo de complicaciones y trastornos asociados al Trastorno Por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) se ve limitada cuando no existe un diagnóstico temprano, así que Marín Méndez (2016) en España, confirmó esta hipótesis en una investigación sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en preescolares. Se adaptó una escala específica para la valoración de síntomas de TDAH en edades preescolares (ADHD-RS-IV versión preescolar) al español (ADHD-RS-IV-P-ES), realizamos un estudio epidemiológico poblacional para obtener datos normativos útiles, para valorar TDAH preescolar en nuestro medio y obtener datos de la prevalencia de posible TDAH y datos de factores de riesgo asociados.

Resultados: Dependiendo del criterio diagnóstico empleado, se observaron diferencias en los factores de riesgo asociados al TDAH. Los factores de riesgo que fueron significativos en los tres criterios diagnósticos de posible TDAH fueron: el desarrollo psicomotor alterado

(adelantado o retrasado) los tres primeros años de vida, y las dificultades actuales en la concentración y en la conducta.

Conclusiones: El posible Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), puede ser finalmente evaluado desde edades preescolares. La prevalencia de los síntomas del trastorno a edades preescolares es baja en controles sanos. Las valoraciones de los padres sobre el desarrollo de sus hijos puede ser una herramienta importante para valorar el Trastorno. El empleo de herramientas de screening a edades preescolares puede ser muy útil a la hora de plantear estrategias de prevención.

Un estudio altamente relevante para nuestra investigación, pues hay una creencia arraigada en la población profesional de que no es posible evaluar la posibilidad del trastorno en edades preescolares y por lo tanto no hay acceso a un programa preventivo.

El tratamiento ideal para el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) se ha convertido por años en muy polémico, sobre esto la revista de Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México publicó un artículo científico realizado por Saucedo García (2014), titulado “Trastorno Por Déficit de Atención con Hiperactividad: un problema de salud Pública” donde entre otras cosas, especifica que, el tratamiento que ha mostrado mayor efectividad en casos de mediana y gran gravedad es el empleo de medicamentos (estimulantes y atomoxetina en primer término), con mejores resultados cuando se combina con medidas psicosociales. Por su elevada prevalencia y su impacto a largo plazo se requiere de un enfoque de salud pública en la identificación y el tratamiento del TDAH. Dado el número limitado de profesionales de la salud mental en México, es conveniente que médicos del primer nivel [de atención] mejoren sus habilidades para diagnosticar y tratar el TDAH.

La relevancia de este artículo para nuestra investigación radica en la importancia de que el personal de primer nivel de atención esté compuesto por profesionales de la salud mental. Conocer si estas limitaciones también se presentan en el primer nivel de atención de nuestro Sistema de Salud, nos dará una mejor panorámica de los aspectos a fortalecer para el tratamiento oportuno del Trastorno Por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH).

En ese mismo orden del tratamiento para el Trastorno Por Déficit de Atención con Hiperactividad, la Organización Panamericana de la Salud, publicó en su página web un informe realizado por el Dr. Robert Khon (2014), profesor de psiquiatría y comportamiento humano de la Facultad de Medicina Warren Alpert de la Universidad de Brown, titulado “La Brecha de Tratamiento en la Región de las Américas”, dicho informe recoge informaciones como las siguientes: En América del Norte y en varios países de América Latina y el Caribe (ALC), existen estudios epidemiológicos bien diseñados que proporcionan información sobre la prevalencia de las enfermedades mentales y la utilización de los servicios de salud mental en las poblaciones de adultos, así como de niños y adolescente, sin embargo, la brecha de tratamiento mediana en la Región de las Américas en niños y adolescentes es de 63,8%, y de 52,6% para los trastornos mentales graves de los mismos, por lo que sigue siendo necesario vencer las barreras de acceso a la atención, que constituyen uno de los principales obstáculos para reducir la brecha de tratamiento.

Es importante aclarar que en solo un país del Caribe (Puerto Rico) se encontraron estudios realizados para este informe, lo que representa un indicador de que esta carencia de datos demográficos de los restantes países del Caribe aumentaría el porcentaje de la brecha de tratamiento.

En el caso particular que República Dominicana no ofreciera datos para dicho informe, nos da una visión introductoria de la gran brecha existente en el tratamiento para problemas de salud mental de la niñez y la adolescencia en nuestro país, incluyendo al Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH).

2.1.2 Antecedentes nacionales

En la esfera nacional, son pocos los estudios que se han realizado sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) y su tratamiento, sin embargo, un estudio realizado por una empresa internacional, que incluyó a varios países, entre ellos el nuestro, arrojó información de relevancia para nuestra investigación, así como otros dos estudios nacionales que presentamos a continuación.

La prevalencia del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en la República Dominicana, se ha constatado en un estudio realizado por Morillo y Guzmán (2018), en una investigación realizada en pacientes de 6 a 12 años, en el Hospital Infantil Robert Read Cabral, durante el período noviembre 2016-abril del 2017. El propósito del estudio es conocer de forma clara y objetiva la prevalencia de los pacientes atendidos en la consulta de psiquiatría de este centro hospitalario, además de determinar los especificadores, los motivos de consulta, los factores de riesgo y la evolución de los pacientes.

Para determinar el grado de prevalencia se utilizaron escalas y entrevistas estructuradas y se siguieron los criterios del DSM- 5 para realizar las presunciones diagnósticas y establecer los subtipos en las edades comprendidas entre 6 y 12 años.

La prevalencia que se obtuvo fue de un 7.6 %, predominando las edades ubicadas en el rango de 6 a 8 años, siendo más frecuente en el sexo masculino y en la presencia de factores

de riesgo como tabaco, alcohol, prematuridad, bajo peso al nacer y nivel socioeconómico bajo.

Este es un porcentaje importante en la prevalencia del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) como país y sus consecuencias, lo que hace evidente la necesidad de minimizar al máximo los factores que limitan la identificación de los criterios para un diagnóstico acertado y posterior tratamiento.

Las ideas limitadas acerca del origen del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), pueden limitar su tratamiento y Palacios-Cruz et al. (2013), lo confirman en su investigación sobre conocimientos y creencias de los maestros acerca del TDAH en tres países latinoamericanos (México, República Dominicana y Bolivia), en el que se evaluaron 311 profesores de escuelas públicas y privadas, 192 (61,7%) de RD, 84 (27%) de México y 35 (11.3%) de Bolivia. Se encontró que los maestros identificaron al TDAH como una enfermedad, aunque el reconocimiento de sus aspectos biológicos no fue claro. Existen diferencias por país que deben ser tomadas en cuenta en los diseños de los programas locales de atención a la salud.

Dicha investigación demuestra que existen creencias limitadas sobre los aspectos biológicos del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), que constituyen la base de la necesidad de tratamientos con enfoques neuropsicológicos para el trastorno. Este desconocimiento limita potencialmente la motivación de parte de los maestros hacia los padres de buscar tratamiento así también limita el abordaje escolar efectivo.

Las limitaciones en el funcionamiento psicosocial de las personas que no han recibido el tratamiento adecuado para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, no se hace a esperar, así lo demuestran González Abreu et al. (2021), en un estudio realizado con

pacientes diagnosticados con TDAH en el centro Neurociencias HGH en el periodo 2008-2018, utilizando el cuestionario ASRI-4. Para el análisis se incluyeron 246 expedientes de pacientes. Se demostró que el 41% de los pacientes que acudieron a la consulta en el periodo indicado, ya conocían su diagnóstico, mientras que el 59% restante no sabía qué padecía de TDAH.

Concluyeron que el TDAH es más frecuente en pacientes masculinos, representando un 64% de la población estudiada frente a un 38% en las femeninas, De igual forma, agregaron que existe un perfil de características clínicas en el paciente con TDAH y que, en cuanto a grupos etarios, se pudo observar que la gran mayoría de los pacientes que acudió a dicha consulta estaba entre los 20-29 años de edad.

Al evaluar el estado civil de los pacientes, determinaron que hay una alta frecuencia en pacientes solteros, para un 73% de la población estudiada. De acuerdo al nivel educativo al que pertenecía la mayor cantidad de pacientes, según los resultados obtenidos, estaban cursando “algunos estudios universitarios” en un 29%.

En el estudio orientado a describir las principales características clínicas del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) incluyendo la edad, sexo, condición laboral, nivel educativo y estado civil, se evidenció que la mayoría de las personas analizadas (76%) acudieron a la consulta luego de haber finalizado la secundaria.

En cuanto a las dificultades que presentan los pacientes, concluyeron que el desempleo se presenta en un 60% de la población estudiada. Los especialistas recomiendan campañas de educación a nivel escolar para el diagnóstico oportuno del trastorno, crear un ambiente más inclusivo para los pacientes con TDAH y utilizar en futuras investigaciones expedientes de pacientes que asistan a consultas de psiquiatría infantil.

Esta investigación nos muestra ciertas limitantes en el diagnóstico y tratamiento del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en nuestro país y las consecuencias que se presentan en la población atendida en la etapa adulta. Motivando a mayores investigaciones y planes de acción en consecuencia para mejorar esta debilidad, razón por la cual nuestro equipo ha escogido esta línea de investigación.

2.2 Marco conceptual

2.2.1 Marco histórico de la conceptualización y tratamiento del TDAH

Los autores del “Manual de Diagnóstico y Tratamiento del TDAH”, nos hacen un recuento sobre la historia del TDAH, diagnóstico y tratamiento hasta nuestros días, indicando que,

El TDAH fue descrito por primera vez hace más de un siglo. Existen referencias históricas de niños con síntomas que hoy llamaríamos TDAH, que datan de 1865 y fueron descritos por el alemán Heinrich Woffman. En una rima describe los síntomas y los problemas en los que se mete un niño “Felipe el enredador” que básicamente no paraba un minuto y no hacía nada de lo que se le decía. En 1902 los británicos George Still y Alfred Teredgold hicieron las primeras descripciones rigurosas y científicas publicadas en el Real Colegio de Médicos. Still describió a 43 niños de su consulta que tenían problemas serios para mantener la atención. Still creía que estos niños tenían un “defecto del control moral”, ya que no podían controlar sus acciones para seguir unas normas que conducían al bien común. Still vio que algunos niños habían adquirido este problema tras una enfermedad cerebral aguda. El TDAH también fue descrito por el español Gonzales Rodríguez-Lafora a principios del siglo XX. (Esperón & Suárez, 2007)

Esperón & Suárez (2007) agregan que, el concepto de niños con estas características fue acuñado en Estados Unidos a partir de un brote de encefalitis epidémica por influenza virus en las décadas del 1917 y 1918, explicando que los síntomas eran similares a los descritos por Still. En los años 30 a 40 se estudiaron a otros niños con síntomas similares por causa de intoxicación por plomo, problemas perinatales, epilepsia, traumatismo

craneoencefálico, entre otros; acuñándose el término “Síndrome de daño cerebral”. Formas más leves de hiperactividad eran atribuidas a la crianza (falta de disciplina, mimar, etc.), malas prácticas educativas y el ambiente social. Entre 1937 y 1941, Bradley publicó sus artículos sobre el tratamiento de niños con trastornos conductuales con derivados de la anfetamina, con importante mejoría de los síntomas de hiperactividad.

En la línea de tiempo Esperón & Suárez (2007) nos explican que hasta el 1970 se mantenía la idea de que el “síndrome hiperkinético”, “síndrome del niño hiperactivo” o “Hiperkineis” (conceptos que se manejaban en la época), era producto de un daño cerebral, y en el DSM II (1968) fue descrito como “Reacción hipercinética de la infancia” con sus respectivos criterios que fueron ampliándose a principios de 1970.

A partir de 1975 ocurre en Estados Unidos un evento que favorece la implementación de programas educativos en colegios y escuelas del estado para niños con dichas características, por aprobación de la ley 94-142 y en los años 1980 el TDAH es el trastorno psiquiátrico mejor estudiado en niños, agregando la clasificación al DSM-III que permanece hasta nuestros días “Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad”, reconociendo su origen biológico o genético y su impacto en el desarrollo académico y social del niño.

Los autores describen los avances en 1990, sobre la base del aumento de las neurociencias en relación al TDAH:

Hubo avances en la neuroimagen y en la genética del TDAH que apoyaban aún más su origen biológico; se describió el TDAH en adultos. Desde el DSM-IV (1994), el síndrome se llama “Trastorno por Déficit de Atención con

Hiperactividad” (TDAH), y se distinguen tres tipos: combinado, inatento e hiperactivo-impulsivo (Esperón & Suárez, 2007).

Finalmente, los autores explican cómo los estudios realizados sobre el abordaje ideal para el TDAH van marcando una antes y un después en la vida de personas con el trastorno.

En los primeros años del siglo XXI seguimos avanzando. El Estudio de Tratamiento Multimodal (MTA) de TDAH demostró, a pesar de las controversias, que el tratamiento con medicación supera los resultados del tratamiento psicosocial. Aunque en muchos casos es necesario un tratamiento combinado, muchos niños responden muy bien al tratamiento con medicación y requieren poco más. En Europa se ha aceptado ampliamente el concepto del TDAH. En los países más avanzados como Suecia, Holanda, Alemania, Gran Bretaña, Italia, Francia y España ha habido gran avance en la detección y tratamiento correcto del TDAH (Esperón & Suárez, 2007).

2.2.2 Aspectos del desarrollo relacionados con el TDAH

2.2.2.1 Desarrollo cognitivo

El desarrollo cognitivo es descrito por Papalia (2016) en su obra académica “Desarrollo Humano” como una pauta de cambio de los procesos mentales, tales como son el aprendizaje, la atención, la memoria, el lenguaje, el pensamiento, el razonamiento y la creatividad, los cuales se tienen un estándar de presentación más o menos similar en cada individuo, bajo procesos de maduración neurológica y según la estimulación del ambiente. Sin embargo, existen aspectos biológicos y genéticos que limitan el desarrollo cognitivo dando como resultados diversos tipos de problemáticas.

A continuación, analizamos cómo funcionan las áreas del desarrollo cognitivo que se encuentran comprometidas en el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) y las posibles consecuencias en alguna falla de las mismas.

2.2.2.2 La autorregulación

Sobre la autorregulación, Papalia (2016) explica que la misma es la base de la socialización y se relaciona con todos los dominios del desarrollo, físico, cognoscitivo, emocional y social.

Antes de que puedan controlar su propia conducta, es posible que los niños necesiten ser capaces de regular o controlar sus *procesos atencionales* y de modular las emociones negativas. La regulación atencional permite que los niños desarrollen fuerza de voluntad y afronten la frustración. En la mayoría de los niños el desarrollo de la autorregulación no se completa sino hasta los tres años. A grandes rasgos, esos tipos de habilidades pueden clasificarse bajo el rubro general de **funcionamiento ejecutivo**. (Papalia, 2016)

2.2.2.3 Procesos y capacidades básicas

Acerca de los procesos y capacidades básicas del desarrollo cognitivo Papalia (2016) describe que,

los teóricos del procesamiento de la información consideran a la memoria como un sistema de archivo que contiene tres pasos o procesos: *codificación, almacenamiento y recuperación*. La **codificación** implica un procedimiento similar al de colocar información en una carpeta para archivarla en la memoria; asigna un código o etiqueta a la información de modo que resulte más sencillo encontrarla cuando sea necesario. Los sucesos se codifican junto con la

información acerca del contexto en que fueron encontrados. El **almacenamiento** consiste en guardar la carpeta dentro del archivo, mientras que la **recuperación** ocurre cuando se necesita la información: en esta fase, el niño busca la carpeta y la retira. Las dificultades en cualquiera de estos pasos pueden interferir con la eficiencia total del proceso. (Papalia 2016)

La autora de la obra académica, Papalia (2016) establece que,

según la descripción de los modelos del procesamiento de la información, el cerebro contiene tres “almacenes”: la *memoria sensorial*, la *memoria de trabajo* y la *memoria de largo plazo*. La información que es codificada o recuperada se mantiene en la **memoria de trabajo**, llamada a veces *memoria de corto plazo*, un almacén de corto plazo para la información sobre la que una persona trabaja activamente, es decir, la información que trata de entender, recordar o pensar. Estudios de neuroimagen cerebral han demostrado que la memoria de trabajo se localiza en parte en la *corteza prefrontal*, la porción grande del lóbulo frontal que se ubica directamente detrás de la frente. La ampliación de la memoria de trabajo permite el desarrollo de la **función ejecutiva**, que controla de manera consciente los pensamientos, emociones y acciones para alcanzar metas o resolver problemas. La función ejecutiva permite a los niños hacer planes y dirigir su actividad mental a metas. Se cree que surge cerca del final del primer año de vida y que se desarrolla por rachas a medida que la edad aumenta. (Papalia, 2016)

Papalia (2016) aclara que,

debido al papel tan destacado de los procesos de atención en el desarrollo del funcionamiento ejecutivo, puede concebirse al ejecutivo central como un sistema

central de atención. Existen conexiones entre la memoria de trabajo y el funcionamiento ejecutivo, toda vez que la retención del material en la memoria de trabajo es controlada por la cantidad de atención que se le prestó. Si la atención divaga, el material se pierde. Además, la capacidad para inhibir las respuestas (como esperar el turno para realizar una actividad emocionante) también es importante para el funcionamiento ejecutivo. La capacidad para alcanzar una meta deseada a menudo requiere paciencia y control de los impulsos, y los niños mejoran con la edad su habilidad para controlar sus respuestas. Por último, ser capaz de cambiar deliberadamente la atención según se requiera para una tarea es una habilidad crucial (y la más complicada) que subyace al funcionamiento ejecutivo. (Papalia, 2016)

2.2.3 Trastornos del Neurodesarrollo

Los fallos significativos en el desarrollo cognitivo son descritos por la Asociación Americana de Psiquiatría (2015), en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales como Trastornos del Neurodesarrollo (entre los cuales se encuentra el TDAH).

Los trastornos del neurodesarrollo son un grupo de afecciones con inicio en el período del desarrollo. Los trastornos se manifiestan normalmente de manera precoz en el desarrollo, a menudo antes de que el niño empiece la escuela primaria, y se caracterizan por un déficit del desarrollo que produce deficiencias del funcionamiento personal, social, académico u ocupacional. El rango de los déficits del desarrollo varía desde limitaciones muy específicas del aprendizaje o del control de las funciones ejecutivas hasta deficiencias globales de las habilidades sociales o de la inteligencia. Los trastornos del neurodesarrollo concurren

frecuentemente; por ejemplo, los individuos con un trastorno del espectro autista a menudo tienen una discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) y muchos niños con un trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) también tienen un trastorno específico del aprendizaje. Para algunos trastornos, la presentación clínica incluye síntomas por exceso además de los debidos al déficit y al retraso en el alcance de los hitos esperados (Asociación Americana de Psiquiatría, 2015).

2.2.4 Trastorno por déficit de atención/hiperactividad

El Manual diagnóstico y estadísticos de los trastornos mentales expone la definición del Trastorno por Déficit de atención con Hiperactividad (TDAH), como sigue:

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es un trastorno del neurodesarrollo definido por niveles problemáticos de inatención, desorganización y/o hiperactividad-impulsividad. La inatención y la desorganización implican la incapacidad de seguir tareas, que parezca que no escuchan y que pierdan los materiales a unos niveles que son incompatibles con la edad o el nivel del desarrollo. La hiperactividad-impulsividad implica actividad excesiva, movimientos nerviosos, incapacidad de permanecer sentado, intromisión en las actividades de otras personas e incapacidad para esperar, que son excesivos para la edad o el nivel del desarrollo. En la infancia, el TDAH frecuentemente se solapa con trastornos que a menudo se consideran "trastornos exteriorizadores", como el trastorno negativista desafiante y el trastorno de conducta. El TDAH a menudo persiste hasta la edad adulta, con consecuentes deterioros del funcionamiento social, académico y ocupacional (Asociación Americana de Psiquiatría, 2015).

2.2.4.1 Criterios Diagnósticos del TDAH

En el tema anterior se describen funciones cognitivas que se ven alteradas en el TDAH. A continuación, presentamos los criterios diagnósticos según el DSM-V y otros hitos importantes de la presentación de este trastorno.

A. Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo, que se caracteriza por (1) y/o (2):

2.2.4.1.1 Inatención: Seis (o más) de los siguientes síntomas 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:

Nota: Los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso en la comprensión de tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (a partir de los 17 años de edad), se requiere un mínimo de cinco síntomas.

a. Con frecuencia falla en prestar la debida atención a detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades (p. ej., se pasan por alto o se pierden detalles, el trabajo no se lleva a cabo con precisión).

b. Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas (p. ej., tiene dificultad para mantener la atención en clases, conversaciones o la lectura prolongada).

c. Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente (p. ej., parece tener la mente en otras cosas, incluso en ausencia de cualquier distracción aparente).

d. Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales (p. ej., inicia tareas, pero se distrae rápidamente y se evade con facilidad).

e. Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades (p. ej., dificultad para gestionar tareas secuenciales, dificultad para poner los materiales y pertenencias en orden, descuido y desorganización en el trabajo, mala gestión del tiempo, no cumple los plazos).

f. Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (p. ej., tareas escolares o quehaceres domésticos; en adolescentes mayores y adultos, preparación de informes, completar formularios, revisar artículos largos).

g. Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades (p. ej., materiales escolares, lápices, libros, instrumentos, billetero, llaves, papeles del trabajo, gafas, móvil).

h. Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos (para adolescentes mayores y adultos, puede incluir pensamientos no relacionados).

i. Con frecuencia olvida las actividades cotidianas (p. ej., hacer las tareas, hacer las diligencias; en adolescentes mayores y adultos, devolver las llamadas, pagar las facturas, acudir a las citas).

2.2.4.1.2 Hiperactividad e impulsividad: Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante, al menos, 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente a las actividades sociales y académicas/laborales:

Nota: Los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso para comprender tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (a partir de 17 años de edad), se requiere un mínimo de cinco síntomas.

- a. Con frecuencia juguetea con o golpea las manos o los pies o se retuerce en el asiento.
- b. Con frecuencia se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado (p. ej., se levanta en la clase, en la oficina o en otro lugar de trabajo, o en otras situaciones que requieren mantenerse en su lugar).
- c. Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado. (Nota: En adolescentes o adultos, puede limitarse a estar inquieto.)
- d. Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas.
- e. Con frecuencia está "ocupado," actuando como si "lo impulsara un motor" (p. ej., es incapaz de estar o se siente incómodo estando quieto durante un tiempo prolongado, como en restaurantes, reuniones; los otros pueden pensar que está intranquilo o que le resulta difícil seguirlos).
- f. Con frecuencia habla excesivamente.
- g. Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta (p. ej., termina las frases de otros, no respeta el turno de conversación).
- h. Con frecuencia le es difícil esperar su turno (p. ej., mientras espera en una cola).
- i. Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros (p. ej., se mete en las conversaciones, juegos o actividades, puede empezar a utilizar las cosas de otras personas

sin esperar o recibir permiso; en adolescentes y adultos, puede inmiscuirse o adelantarse a lo que hacen otros).

B. Algunos síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos estaban presentes antes de los 12 años.

C. Varios síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos están presentes en dos o más contextos (p. ej., en casa, en la escuela o en el trabajo, con los amigos o parientes, en otras actividades).

D. Existen pruebas claras de que los síntomas interfieren con el funcionamiento social, académico o laboral, o reducen la calidad de los mismos.

E. Los síntomas no se producen exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia o de otro trastorno psicótico y no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo, trastorno de la personalidad, intoxicación o abstinencia de sustancias).

Especificar si:

314.01 (F90.2) Presentación combinada: Si se cumplen el Criterio A1 (inatención) y el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses.

314.00 (F90.0) Presentación predominante con falta de atención: Si se cumple el Criterio A1 (inatención) pero no se cumple el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses.

314.01 (F90.1) Presentación predominante hiperactiva/impulsiva: Si se cumple el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) y no se cumple el Criterio A1 (inatención) durante los últimos 6 meses.

Especificar si:

En remisión parcial: Cuando previamente se cumplían todos los criterios, no todos los criterios se han cumplido durante los últimos 6 meses, y los síntomas siguen deteriorando el funcionamiento social, académico o laboral.

Especificar la gravedad actual:

Leve: Pocos o ningún síntoma están presentes más que los necesarios para el diagnóstico, y los síntomas sólo producen deterioro mínimo del 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 deterioro notable del funcionamiento social o laboral.

2.2.5 Las 4 funciones ejecutivas comprometidas en el TDAH

El Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad (**TDAH**) ha sido históricamente un trastorno muy complejo y controvertido. A la falta de un marcador biológico claro, se le une una falta de fiabilidad en los protocolos de evaluación (y por tanto de los criterios diagnósticos) y un crisol de síntomas que empapan casi todas las áreas de la vida del niño. Si además tenemos en cuenta su alta prevalencia (5% de la población infantil según el DSM-V), los esfuerzos por alcanzar una base teórica consistente están más que justificados.

En este sentido, el **modelo de las funciones ejecutivas de Russell Barkley (1997)** cambia totalmente el enfoque del TDAH y se desvía de los 3 síntomas clásicos (inatención, hiperactividad e impulsividad) para identificar en un mal funcionamiento de la corteza prefrontal la causa de lo que el autor denomina “**déficit en la inhibición conductual**”.

2.2.5.1 ¿Qué es la inhibición conductual?

La inhibición conductual es definida por Barkley como la capacidad del niño para frenar las respuestas motoras y emocionales que se producen inmediatamente después de la presentación de un estímulo para sustituirlas por otras más adecuadas. En definitiva, el niño debe inhibir por un lado la ejecución de la respuesta impulsiva y evitar por otro los estímulos internos o externos que puedan interferir en dicho proceso. En el espacio de tiempo que existe entre la inhibición de la primera respuesta y la segunda, se ponen en marcha las funciones ejecutivas, que ayudan al individuo a resistir distracciones, fijarse nuevas metas y hacer todo lo necesario por alcanzarlas. (Orjales, 2000)

Las 4 funciones ejecutivas que Barkley considera alteradas en el TDAH son **la memoria de trabajo, el habla autodirigida, el control de la motivación, las emociones y el estado de alerta y el proceso de reconstitución.**

2.2.5.2 Memoria de trabajo

La memoria de trabajo es la que retiene la información para su utilización una vez que el estímulo ya no está presente. La falta de inhibición provoca que no puedan proteger esta información de la distracción, por tanto, ésta es mucho más volátil. En consecuencia, el niño con TDAH es menos capaz de aprender por imitación o de utilizar información almacenada en el pasado para resolver

problemas presentes. Además, todo aquello relacionado con el tiempo como la organización, la percepción del paso del tiempo, etc. también queda alterado. Estos problemas se verán reflejados en problemas a la hora de manejar los tiempos de trabajo en la escuela o en casa, en la incapacidad de repetir algo recién aprendido o repetido por la profesora y dificultades en el área de las matemáticas por olvidar el signo, las llevadas o los datos del problema. (Orjales, 2000)

2.2.5.3 Habla autodirigida

Las autoverbalizaciones son consideradas una herramienta muy potente para regular el comportamiento de los niños desde que se comprobó la eficacia del Entrenamiento en Autoinstrucciones de Meichenbaum (Meichenbaum y Goodman, 1971). Esta conversación interna permite a los niños guiar su conducta en base a reglas y perseverar de cara a conseguir metas. (Orjales, 2000)

El déficit que poseen los niños con TDAH en esta área no se basa en la inexistencia de esta habla autodirigida, más bien el problema es que sus verbalizaciones son de carácter emocional (“qué rollo”, “qué cansado estoy”, “soy incapaz de hacer esto”) en vez de estar dirigidas a la acción (“ahora debo hacer esto”, “debo llevar cuidado para no equivocarme”, “ahora voy a repasar para comprobar que todo está correcto”), además de que suelen ser verbalizaciones externas o en voz alta en vez de encubiertas o en voz baja. Esto provoca que realicen las tareas de una manera impulsiva y poco planificada, que no se autoevalúen durante la ejecución, que no realicen repasos para encontrar errores o que no sepan auto-reforzarse tras un trabajo bien hecho. (Orjales, 2000)

2.2.5.4 Control de la motivación, las emociones y el estado de alerta

Identificar y regular las reacciones emocionales facilita la obtención de metas, ya que se podrían bloquear las emociones negativas para el desempeño de la tarea (ira, frustración, aburrimiento) y potenciar las positivas (optimismo, energía, percepción de capacidad). La incapacidad que tienen los niños con TDAH para generar emociones que motiven la acción provoca que dependan en gran medida de reforzadores extrínsecos e inmediatos que les ayuden a perseverar en su objetivo. (Orjales 2000)

Un déficit de esta función provoca explosiones emocionales en el niño, además de una baja tolerancia a la frustración al no saber manejar las emociones negativas. La consecuencia de todo esto pueden ser problemas de conducta asociados a la no aceptación de un “no” o la poca capacidad de perseverar en tareas relacionadas con objetivos a largo plazo (por ejemplo: estudiar para un examen dentro de un mes o comenzar un trabajo que se entrega en dos semanas). (Orjales, 2000)

2.2.5.5 Proceso de reconstitución

Los niños con TDAH tienen muchos problemas a la hora de analizar y dividir las conductas observadas en partes pequeñas para poder recombinarlas y diseñar acciones o soluciones nuevas. Esto hace que no sean capaces de generalizar una estrategia aprendida para otros contextos similares. (Orjales, 2000)

Esto tiene impacto en el día a día del niño a la hora de encontrarse con situaciones nuevas en las que tiene que aportar nuevas soluciones, ya sean situaciones sociales, académicas o familiares. En el ámbito académico, por ejemplo, será complicado que el niño aplique conocimientos teóricos instalados en

su mente a un ambiente práctico (puede saberse las reglas de ortografía de memoria, pero seguir escribiendo mal). (Orjales, 2000)

2.2.6 Tratamiento Multimodal para el TDAH

Sobre el tratamiento más adecuado para el TDAH, el manual de diagnóstico y tratamiento del TDAH ofrece una motivación importante acerca del tratamiento combinado o multimodal (MTA).

El tratamiento del TDAH Incluye el uso de medicación y el apoyo psicosocial, concretamente algunos tipos de psicoterapia; apoyo en el colegio y psicoeducación con la familia. Aunque aún hay controversia entre expertos, la evidencia científica indica que el tratamiento farmacológico con estimulantes es generalmente más eficaz que la mejor psicoterapia conductual (actuando a nivel familiar, social y escolar). (Esperón & Suárez, 2007)

Algunos niños responden a este abordaje, por lo que los expertos no se ponen de acuerdo en cuál es el tratamiento de primera línea. En el caso de niños con TDAH simple, el tratamiento con medicación debe usarse desde el principio, es mejor que la psicoterapia conductual, y la combinación de psicoterapia y fármaco no es mejor que usar sólo el fármaco. En el caso de pacientes con TDAH y trastorno oposicional o negativista desafiante, el tratamiento con medicación ayuda más que la psicoterapia, pero la combinación de psicoterapia y medicación es la mejor opción. (Esperón & Suárez, 2007+)

En los pacientes con TDAH y trastornos de ansiedad, parece que la psicoterapia sola puede ser eficaz, y la medicación se utilizaría sólo tras fallar la psicoterapia

conductual. En ningún caso se recomienda psicoterapia psicoanalítica. Existen fármacos estimulantes (metilfenidato, dextroanfetamina) y no estimulantes (atomoxetina, bupropión, tricíclicos) eficaces en niños con TDAH. El tratamiento en todo caso debe ser diseñado individualmente por un especialista para cada niño y cada familia (Esperón & Suárez, 2007).

CAPÍTULO III.

MARCO METODOLÓGICO

3.1 Enfoque, diseño y tipo de investigación

Enfoque de la investigación

El enfoque de la investigación **cualitativo**, el cual comprende variables que implican conocer el punto de vista en el tratamiento de los niños con diagnóstico del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) del personal de Salud Mental de la Provincial de Salud de La Altagracia, analizar las experiencias con el protocolo de abordaje que aplica el personal de Orientación y Psicología, del Distrito 12-01 a ésta población, así como conocer las percepciones de los padres de los niños diagnosticados sobre el comportamiento de sus hijos y las perspectivas de familiares y personal de atención sobre el pronóstico para el tratamiento del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) que son diagnosticados en la Oficina Municipal de CONANI-Higüey.

Diseño de la investigación

El diseño de la investigación responde a una de tipo **no experimental, de campo y longitudinal**.

El diseño es no experimental porque nuestra investigación se basa en indagar las causas principales que interfieren en el tratamiento de los niños con el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) y esto no requiere de procesos en laboratorio.

El diseño es de campo debido al hecho de que hemos tenido que acceder a diversas poblaciones para recoger la información necesaria, las familias de la población estudiada, los profesionales que brindan tratamiento a niños con el diagnóstico del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad y los maestros que trabajan con edades correspondientes entre los 5 a 7 años de edad, edades de la población investigada.

El diseño es, además, longitudinal, en virtud de que la población estudiada, es una muestra escogida de niños entre 5 y 7 años que han sido diagnosticados en un periodo de tiempo, desde el 2016 hasta el 2021, con el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en la Oficina Municipal de CONANI-Higüey. Así también, estamos investigando procedimientos de identificación, evaluación, diagnóstico y tratamiento que suceden en periodos críticos para la población estudiada.

Tipo de Investigación

Esta investigación será de tipo **descriptivo, explicativo y relacional**.

Es de tipo descriptivo ya que buscamos describir las condiciones que dificultan a los niños con el diagnóstico del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), en la Oficina Municipal del CODOPSI-Higüey, acceder al tratamiento necesario para dicho trastorno.

Es explicativo, además, debido a que se explican detalles desde las perspectivas de las conductas según las ven las familias de la población estudiada, y las condiciones que se dan en el servicio de la Provincial de Salud de La Altagracia y el protocolo del Departamento de Orientación y Psicología del Distrito 12-01, para el abordaje de niños con las características y diagnóstico del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.

Finalmente, la relación entre las tres variables, percepción de los padres sobre las conductas de sus hijos y conducta ante el diagnóstico y tratamiento, características de los servicios en el tratamiento psicoestimulante y psicosocial en la Provincial de Salud de La Altagracia y el protocolo de intervención del Departamento de Orientación y Psicología del Distrito 12-01, nos darán una perspectiva bastante explícita de los elementos involucrados para el acceso de la población estudiada al tratamiento.

3.2 Técnicas e instrumentos

Las técnicas e instrumentos utilizados en la investigación son las siguientes:

1. Encuesta al personal docente de del Distrito 12-01 del MINERD, acerca del protocolo de identificación y abordaje del Trastorno por Déficit de atención con Hiperactividad (TDAH), con que cuenta el Departamento de Orientación y Psicología para el personal docente en las escuelas.
2. Encuesta al personal de salud mental (psicólogos y psiquiatras) de la Provincial de Salud de La Altagracia y a prestadores privados del servicio en la Provincia La Altagracia, acerca del tratamiento que se utiliza en niños con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH).
3. Encuesta para familiares y/o tutores de la población estudiada, acerca de la percepción acerca del comportamiento sus hijos y sobre el tratamiento para sus hijos con el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH).

3.3 Población y muestra

La población escogida son los familiares de 80 niños diagnosticados con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), de 5 a 7 años, diagnosticados en la Oficina Municipal de Higüey durante el período del 2016 al 2021, así como al personal salud mental que corresponde brindar el servicio en los centros de salud de la Provincial de Salud La Altagracia y psicólogos que brindan servicios privados en la Provincia La Altagracia, finalmente al personal docente de centros educativos que trabajan con niños de 5 a 7 años (pre-primario, primer y segundo grado de básica).

En cuanto al número de familias a encuestar se utilizó la fórmula de Navarro y Fisher para determinar la muestra, es a saber 43 familias encuestadas.

$$m = \frac{K^2 \times N \times p \times q}{e^2 \times (N-1) + K^2 \times p \times q}$$

m = muestra

N = población = 80

K = constante para nivel de confianza 1,96

e = error máximo admisible = 0,10

p = probabilidad a favor = 0,5

q = probabilidad en contra = 0,5

$$m = \frac{(1.96)^2 \times 80 \times 0.5 \times 0.5}{(0.10)^2 \times (80+1) + (1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$m = \frac{3.8416 \times 80 \times 0.25}{0.01 \times 79 + 3.8416 \times 0.25}$$

$$m = \frac{76.832}{1.7504}$$

$$m = \frac{43.89396}{1} = 43 = m$$

La muestra del personal de salud mental que atiende a niños con el diagnóstico del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), la Provincial de Salud de La Altagracia cuenta con solo 2 psiquiatras, elegidos en su totalidad para la encuesta.

La muestra del personal de psicología fue imposible escogerla de la Provincial de Salud Mental, debido a la ausencia de personal de psicología para estos fines, por lo que publicamos la encuesta en el grupo de WhatsApp de psicólogos clínicos organizados en la provincia La Altagracia, específicamente a los que dan servicios infantiles y 20 psicólogos respondieron la encuesta.

La muestra del personal docente fue elegida al publicar la encuesta en grupos de WhatsApp de docentes del distrito 12-02, específicamente a docentes que trabajan con niños de 5 a 7 años, y 22 maestros respondieron la encuesta.

3.4 Validez y confiabilidad

La validez de los instrumentos utilizados radica en que han sido diseñados con los ítems correspondientes a las variables que deseamos medir. Cada interrogante da a conocer detalles sobre el protocolo de atención escolar a los niños con las características de la población estudiada, el tratamiento que ofrece el personal de salud mental y las percepciones de la familia sobre los comportamientos de sus hijos y sobre el pronóstico del tratamiento.

Los mismos han sido verificados y aprobados por la Licenciada Ramona de La Cruz (ver certificación anexa), quien además hizo sugerencias para mejorar las encuestas realizadas. La Licenciada es una profesional de la psicología, Máster en Psicología Clínica y de La Salud y Máster en Intervención Psicopedagógica, con experiencia en intervención en niños con el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), tanto en el centro educativo donde labora, como en su centro privado de atención psicopedagógica para niños con necesidades específicas del aprendizaje entre ellos, niños diagnosticados con el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH).

3.5 Procedimientos para la recolección de datos

Los datos se obtendrán al aplicar encuestas trabajadas en la plataforma de Google Form. Tenemos 4 encuestas divididas en 3 poblaciones. Una de ellas está dirigida a las familias de la población estudiada, dos de las encuestas al personal de salud mental que brinda servicios en la Provincial de Salud de La Altagracia, (psicólogos y psiquiatras) y una última al personal docente del Distrito 12-02. El equipo hará un primer contacto con los encuestados para pedir la colaboración en el llenado de los formularios, luego de tener la autorización y sus contactos telefónicos se les enviará el link para el llenado de la encuesta.

3.6 Procedimiento para el análisis de los datos

Los datos de la investigación tienen un proceso de análisis según las respuestas obtenidas a través de las encuestas, en función de cada objetivo propuesto y las variables a investigar que componen estos objetivos. Los datos arrojados se tabularán en tablas de Excel, que sistematizarán la información obtenida.

CAPÍTULO IV.

PRESENTACIÓN, INTERPRETACIÓN Y

ANÁLISIS DE LOS DATOS

4.1 Presentación de resultados de la encuesta aplicada a familiares de los niños con el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)

La primera encuesta dirigida a familiares y tutores de los 43 niños entre 5 y 7 años, diagnosticados con el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, en la Oficina Municipal de CONANI-Higüey, nos muestran que completaron la encuesta 29 mujeres y 14 hombres (Ver la *Tabla 1*).

Tabla 1:

GÉNERO DE LOS ENCUESTADOS

| Género de los encuestados | Número de encuestados | Porcentaje |
|----------------------------------|------------------------------|-------------------|
| Masculino | 14 | 32.6% |
| Femenino | 29 | 67.4% |

Fuente: Encuesta aplicada a los familiares de los niños con Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)

La encuesta muestra que, de familiares de la población estudiada, el 53.5% son casados, el 30.2% está en unión libre y el 16.3% son solteros. Podemos ver el detalle en la *Tabla 2*.

Por otro lado, el mayor porcentaje de los encuestados (44.2%), se encuentran en edades comprendidas entre 36 a 45 años de edad, sobre un 27.9% en un rango de edad entre 26-35 años de edad, siguiéndole un 20.9% en un rango de 46 a 60 años de edad y finalmente un 7% que corresponde al rango de 18 a 25 años de edad (Ver *Tabla 3*).

Tabla 2:

ESTADO CIVIL DE LOS ENCUESTADOS

| Estado Civil | Número de encuestados | Porcentaje |
|---------------------|------------------------------|-------------------|
| Soltero/a | 7 | 16.3% |
| Casado/a | 23 | 53.5% |
| Unión libre | 13 | 30.2% |

Fuente: Encuesta aplicada a los familiares de los niños con el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)

Tabla 3:

EDAD DE LOS ENCUESTADOS

| Rangos de Edad | Número de encuestados | Porcentaje |
|-----------------------|------------------------------|-------------------|
| 18-25 | 3 | 7% |
| 26-35 | 12 | 27.9% |
| 36-45 | 19 | 44.2% |
| 46-60 | 9 | 20.9% |

Fuente: Encuesta aplicada a los familiares de los niños con Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)

La formación académica, según podemos observar en la *Tabla 4*, de los familiares de la población estudiada nos muestra que el porcentaje más alto (60.5%) de los encuestados tienen un rango de educación superior, sobre un 23.3% que completaron sus estudios secundarios, siguiéndole un 9.3% con estudios de Maestría, finalizando con un 7% de familiares que no han completado sus estudios secundarios.

Tabla 4:

FORMACIÓN ACADÉMICA DE LOS ENCUESTADOS

| Formación Académica | Número de encuestados | Porcentaje |
|---|------------------------------|-------------------|
| Secundaria pendiente de Finalización | 3 | 7% |
| Bachiller | 10 | 23.3% |
| Educación Superior | 26 | 60.5% |
| Maestría | 4 | 9.3% |

Fuente: Encuesta aplicada a los familiares de los niños con el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)

La encuesta arroja las percepciones que tienen los familiares de la población estudiada sobre sus comportamientos, así que la *Tabla 5* muestra que el porcentaje más alto (44.2%), cree que dichos comportamientos se deben al Trastorno Por Déficit de Atención con Hiperactividad. El resto de los encuestados presentan justificaciones diversas, un 2.3% cree que se debe a la edad, un 27.9% cree que las causas son genéticas y del sistema nerviosos,

otro 23.3% cree que es a la propia voluntad del niño y factores de crianza, un 2.3% entiende que se debe a deficiencias del sistema educativo.

Aunque las respuestas son variadas, un porcentaje alto acepta que los comportamientos de sus hijos son debido al diagnóstico recibido en el departamento de psicología de la Oficina Municipal de CONANI-Higüey, del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH).

Tabla 5:

PERCEPCIÓN SOBRE LOS COMPORTAMIENTOS DE SUS HIJOS

| Justificación | Número de encuestados | Porcentaje |
|---|------------------------------|-------------------|
| Debido a su edad | 1 | 2.3% |
| Debido a la herencia y que es nervioso | 12 | 27.9% |
| Su propia voluntad y factores de Crianza | 10 | 23.3% |
| Deficiencias del Sistema Educativo | 1 | 2.3% |
| Debido al TDAH | 19 | 44.2% |

Fuente: Encuesta aplicada a los familiares de los niños con el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)

La *Tabla 6*, muestra que el 60.5% de los encuestados cree necesario el tratamiento psicosocial para su hijo diagnosticado con el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, sin embargo, un 11.6% es de opinión de que no es necesario el tratamiento psicosocial para sus hijos. El resto, un 27.9%, no se siente seguro de su respuesta.

Tabla 6:

OPINIÓN SOBRE LA NECESIDAD DEL TRATAMIENTO PSICOSOCIAL

| Opción de respuestas | Número de encuestados | Porcentaje |
|-----------------------------|------------------------------|-------------------|
| Sí | 26 | 60.5% |
| No | 5 | 11.6% |
| Tal vez | 12 | 27.9% |

Fuente: Encuesta aplicada a los familiares de los niños con Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)

Veamos las razones que dan algunos familiares encuestados, de por qué no están de acuerdo con el tratamiento psicosocial para sus hijos, detalladas en la *Tabla 7*. El 11.6% de las familias encuestadas, han justificado su respuesta de no acuerdo con la necesidad del tratamiento psicosocial para sus hijos. Veamos.

Tabla 7:

JUSTIFICACIÓN DE QUIENES NO ESTAN DE ACUERDO CON EL TRATAMIENTO PSICOSOCIAL DEL TDAH

Ya está en tratamiento

No lo considero necesario

Si porque considero que los psicólogos le darían la ayuda necesaria para mejorar su calidad de vida

No lo necesita

Porque es demasiado movida

Fuente: Encuesta aplicada a los familiares de los niños con el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)

Los familiares han dado su opinión sobre la necesidad del tratamiento psicoestimulante para sus hijos. Un 39.5% opina que es necesario, sobre un 32.6% que opina lo contrario y un 27.9% que no está seguro al respecto. Ver *Tabla 8*.

Tabla 8:

OPINIÓN SOBRE LA NECESIDAD DEL TRATAMIENTO PSICOESTIMULANTE

| Opción de respuestas | Número de encuestados | Porcentaje |
|-----------------------------|------------------------------|-------------------|
| Sí | 17 | 39.5% |
| No | 14 | 32.6% |

| | | |
|---------|----|-------|
| Tal vez | 12 | 27.9% |
|---------|----|-------|

Fuente: Encuesta aplicada a los familiares de los niños con el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)

De los 14 (32.6%) familiares o tutores encuestados que expresaron no estar de acuerdo con la necesidad de psicoestimulantes como tratamiento para sus hijos, algunos de ellos dieron sus razones. Podemos ver sus respuestas en la *Tabla 9*.

Tabla 9:

JUSTIFICACION DE QUIENES NO ESTAN DE ACUERDO CON EL TRATAMIENTO PSICOESTIMULANTE

No considero sus acciones sean tan extremas como para medicarlo

Bastaría con unas buenas atenciones de un especialista en la conducta

Ya está usando

No lo necesita

No está medicada

Porque si no tiene una condición no se puede medicar

Poque creo que no lo necesita

Porque entiendo que, con la correcta orientación de los padres, así como preparación de los maestros para tratar niños con estas condiciones, es posible ayudarlo a sacar su máximo potencial sin necesidad de fármacos

Porque no lo necesita

Fuente: Encuesta aplicada a los familiares de los niños con el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)

En la siguiente tabla (*Tabla 10*), podemos observar que los familiares o tutores encuestados marcaron en la encuesta los factores que creen son los que limitan el tratamiento de sus hijos diagnosticados con el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). Un número alto, el 69.8% de los encuestados refiere que las limitaciones para el tratamiento psicosocial de sus hijos, se deben a limitaciones económicas, el 23.3% de los encuestados refiere que no acepta el diagnóstico, y el 9.3% refiere que no confía en los profesionales de psicología.

Tabla 10:

LIMITANTES DEL TRATAMIENTO PSICOSOCIAL

| Opciones de respuesta | Número de encuestados | Porcentaje |
|------------------------------------|-----------------------|------------|
| Factores Económicos | 29 | 69.8% |
| No acepto el diagnóstico | 10 | 23.3% |
| No confío en los psicólogos | 4 | 9.3% |

Fuente: Encuesta aplicada a los familiares de los niños con el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)

Sobre los factores que los encuestados refieren para el tratamiento psicoestimulante de sus hijos, las respuestas son muy parecidas a las anteriores. La *Tabla 11* arroja un 62.8%

para factores económicos, sobre un 27.9% que no acepta el diagnóstico y un 14% que no confía en los psiquiatras.

Tabla 11:

LIMITANTES DEL TRATAMIENTO PSICOESTIMULANTE

| Opciones de respuesta | Número de encuestados | Porcentaje |
|-------------------------------------|------------------------------|-------------------|
| Factores Económicos | 27 | 62.8% |
| No acepto el diagnóstico | 12 | 27.9% |
| No confío en los psiquiatras | 4 | 14% |

Fuente: Encuesta aplicada a los familiares de los niños con el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)

4.1.1 Presentación de resultados de la encuesta aplicada al personal docente de centros educativos del Distrito 12-02, que trabaja con niños de 5 a 7 años de edad.

Del personal docente que trabaja con niños de 5 a 7 años de edad encuestados (pre-primario, primer y segundo grado de básica), en el Distrito-12-02. Fueron encuestados 22 maestros, de los cuales 4 son hombres y 18 son mujeres. Ver *Tabla 12*.

Tabla12:

GÉNERO DE LOS ENCUESTADOS

| Género de los encuestados | Número de encuestados | Porcentaje |
|----------------------------------|------------------------------|-------------------|
| Masculino | 4 | 18.2% |
| Femenino | 18 | 81.8% |

Fuente: Encuesta aplicada al personal docente de centros educativos del Distrito 12-01

Tabla 13:

ESTADO CIVIL DE LOS ENCUESTADOS

| Estado Civil | Número de encuestados | Porcentaje |
|---------------------|------------------------------|-------------------|
| Soltero/a | 10 | 45.5% |
| Casado/a | 7 | 31.8% |
| Unión libre | 5 | 22.7% |

Fuente: Encuesta aplicada al personal docente de centros educativos del Distrito 12-01

La *Tabla 13* muestra que un 45.5% del personal docente encuestado es solteros, un 31.8% es casado y un 22.7% está en unión libre.

Según podemos observar en la *Tabla 14*, el personal docente con un porcentaje más alto (45.5%) se encuentra en un rango de edad entre 36 a 45 años, siguiéndole un 27.3% que se encuentra en un rango de edad entre 26 a 35 años, otro 18.2% en un rango de edad entre 46 a 60 años y finalmente un 9.1% en un rango de edad entre 18 a 25 años.

Tabla 14:

EDAD DE LOS ENCUESTADOS

| Rangos de Edad | Número de encuestados | Porcentaje |
|-----------------------|------------------------------|-------------------|
| 18-25 | 2 | 9.1% |
| 26-35 | 6 | 27.3% |
| 36-45 | 10 | 45.5% |
| 46-60 | 4 | 18.2% |

Fuente: Encuesta aplicada al personal docente de centros educativos del Distrito 12-01

La formación académica del personal docente que completó la encuesta está detallada en la *Tabla 15*, mostrando que el 66.6% de los encuestados tiene educación superior y un 31.8% además de la educación superior tiene maestría y un 4.5% está pendiente de completar sus estudios secundarios.

La *Tabla 16*, muestra el porcentaje del personal docente encuestado con entrenamiento del Departamento de Orientación y Psicología del Distrito 12-01, en identificación y

abordaje de estudiantes con el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). Un 40.9% dijo tener entrenamiento, mientras que el 59.1% dijo no tenerlo.

Tabla 15:

FORMACIÓN ACADÉMICA DE LOS ENCUESTADOS

| Formación Académica | Número de encuestados | Porcentaje |
|---|------------------------------|-------------------|
| Secundaria pendiente de Finalización | 1 | 4.5% |
| Bachiller | 0 | 0% |
| Educación Superior | 14 | 66.6% |
| Maestría | 7 | 31.8% |

Fuente: Encuesta aplicada al personal docente de centros educativos del Distrito 12-01

Tabla 16:

PERSONAL DOCENTE CON ENTRENAMIENTO EN IDENTIFICACIÓN Y ABORDAJE DE ESTUDIANTES CON EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH)

| Opciones de respuesta | Número de encuestados | Porcentaje |
|------------------------------|------------------------------|-------------------|
| Sí | 9 | 40.9% |
| No | 13 | 59.1% |

Fuente: Encuesta aplicada al personal docente de centros educativos del Distrito 12-01

Para estar más claros acerca de la información y capacidades del personal docente adquiridas en su entrenamiento, indagamos en la encuesta si se conocen las tipologías del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) que existen. La *Tabla 17* arroja que un 22% de los encuestados conoce el Tipo Inatento, un 36.4% conoce el Tipo Hiperactivo-Impulsivo, un 54.5% conoce el Tipo Combinado y un 9.1% no conoce ninguno de los tipos.

Tabla 17:

TIPOLOGIA DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH) QUE CONOCE EL PERSONAL DOCENTE

| Opciones de respuesta | Número de encuestados | Porcentaje |
|-----------------------------------|-----------------------|------------|
| Tipo Inatento | 4 | 22.7% |
| Tipo hiperactivo/impulsivo | 6 | 36.4% |
| Tipo combinado | 10 | 31.8% |
| Ninguno | 2 | 9.1% |

Fuente: Encuesta aplicada al personal docente de centros educativos del Distrito 12-01

En cuanto a las características para la identificación del TDAH, quisimos conocer los criterios que el personal docente toma en cuenta, así que la *Tabla 18* pusimos algunas características falsas y otras reales. Vimos que del 31.8%, de las encuestados escogieron algunos criterios que no pertenecen al diagnóstico del TDAH (Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad), sin embargo, el 68.2 por ciento ha acertado sobre los principales criterios diagnósticos.

Tabla 18:

CARACTERISTICAS QUE EL PERSONAL DOCENTE CONOCE SOBRE EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

| Opciones verdad vs falso | Número de encuestados | Porcentaje |
|---|-----------------------|------------|
| No sabe leer, calcular, escribir, socializar (F) | 7 | 31.8% |
| Baja concentración, hiperactividad e impulsividad (V) | 15 | 68.2% |

Fuente: Encuesta aplicada al personal docente de centros educativos del Distrito 12-01

Para identificar el protocolo que sigue el personal docente encuestado luego de identificar a niños con el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), tenemos las acciones que lleva a cabo la población encuestada en la *Tabla 19*. Observamos entonces que un 40% Refiere al departamento de Orientación y Psicología de su escuela, un 20% reporta a la familia para hacer la evaluación clínica, un 20% rinde un informe psicopedagógico al departamento de Orientación y Psicología, un 20% pide herramientas de abordaje psicopedagógico al Departamento de Orientación y Psicología.

Tabla 19:

ACCIONES DEL PERSONAL TRAS LA IDENTIFICACIÓN DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

| Opciones de respuesta | Número de encuestados | Porcentaje |
|---|------------------------------|-------------------|
| Reportar a la familia para hacer la evaluación clínica | 4 | 20% |
| Referir al depto. de Orientación y Psicología | 10 | 40% |
| Rendir un informe psicopedagógico al Depto. de Orientación y Psicología | 4 | 20% |
| Pedir herramientas de intervención psicopedagógica al depto. de Orientación y Psicología | 4 | 20% |

Fuente: Encuesta aplicada al personal docente de centros educativos del Distrito 12-01

En la *Tabla 20*, mostramos las opciones que eligió el personal docente encuestado como acciones efectivas en la intervención psicopedagógica de niños con el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). Un 15.2% del personal docente encuestado afirmó que han bajado las calificaciones y han enviado a la dirección a los niños en sus clases presentar mala conducta y bajo desempeño académico, parte de las consecuencias de niños con características del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), sin

embargo, el 84.8% han intentado acciones que favorezcan a las dificultades que presentan sus estudiantes, como son: sentar en primera fila, proponer más actividad física, supervisión constante del avance, repetición de instrucciones tantas veces sea necesario, premiar el esfuerzo, aumentar tiempos de receso y asignación de tareas que movilicen al niño.

Tabla 20:

ACCIONES QUE EL PERSONAL DOCENTE CONSIDERA EFECTIVAS EN LA INTERVENCIÓN DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH)

| Opciones ✓ vs x | Número de encuestados | Porcentaje |
|--|------------------------------|-------------------|
| Bajar notas por mala conducta | 3 | 15.2% |
| Por no hacer tareas, Mandar a la dirección (x) | | |
| Sentarlo en primera fila | 19 | 84.8.9% |
| Proponer más actividad física | | |
| Mantenerse cerca del niño para supervisar su avance | | |
| Repetir instrucciones si es necesario | | |

| | | |
|--|--|--|
| Premiar el esfuerzo | | |
| Aumentar los tiempos de recesos | | |
| Asignar tareas al niño (✓) | | |

Fuente: Encuesta aplicada al personal docente de centros educativos del Distrito 12-01

4.1.2 Presentación de resultados de la encuesta aplicada a personal de psiquiatría de la Provincial de Salud de La Altagracia

Los psiquiatras encuestados de la Provincial de Salud de La Altagracia y únicos psiquiatras en el ejercicio en toda la provincia son 2, uno es hombre y una es mujer, como podemos observar en la *Tabla 21*.

Tabla 21:

GÉNERO DE LOS ENCUESTADOS

| Género de los encuestados | Número de encuestados | Porcentaje |
|----------------------------------|------------------------------|-------------------|
| Masculino | 1 | 50% |
| Femenino | 1 | 50% |

Fuente: Encuesta aplicada al personal de psiquiatría de la Provincia de Salud de La Altagracia

Uno de los psiquiatras encuestados es soltero y el otro es casado, según la *Tabla 22*.

Tabla 22:

ESTADO CIVIL DE LOS ENCUESTADOS

| Estado Civil | Número de encuestados | Porcentaje |
|---------------------|------------------------------|-------------------|
| Soltero/a | 1 | 50% |
| Casado/a | 1 | 50% |
| Unión libre | 0 | 0% |

Fuente: Encuesta aplicada al personal de psiquiatría de la Provincia de Salud de La Altagracia

Ambos psiquiatras encuestados se encuentran en un rango de edad entre 46 a 60 años, como podemos observar en la *Tabla 23*.

Tabla 23:

EDAD DE LOS ENCUESTADOS

| Rangos de Edad | Número de encuestados | Porcentaje |
|-----------------------|------------------------------|-------------------|
| 46-60 | 2 | 100% |

Fuente: Encuesta aplicada al personal de psiquiatría de la Provincia de Salud de La Altagracia

La *Tabla 24* confirma que la formación académica de ambos especialistas corresponde a su investidura profesional.

Tabla 24:

FORMACIÓN ACADÉMICA DE LOS ENCUESTADOS

| Formación Académica | Número de encuestados | Porcentaje |
|----------------------------|------------------------------|-------------------|
| Educación Superior | 2 | 100% |

Fuente: Encuesta aplicada al personal de psiquiatría de la Provincia de Salud de La Altagracia

La *Tabla 25* muestra que uno de los psiquiatras prescribe el tratamiento de psicoestimulantes para el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), pero uno de ellos no lo hace.

Tabla 25:

PRESCRIPCIÓN DEL TRATAMIENTO PSICOESTIMULANTE A NIÑOS CON EL TRASTORNO DEL DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

| Opciones de respuesta | Número de encuestados | Porcentaje |
|------------------------------|------------------------------|-------------------|
| Sí | 1 | 50% |
| No | 1 | 50% |

Fuente: Encuesta aplicada al personal de psiquiatría de la Provincia de Salud de La Altagracia

El o la psiquiatra que no prescribe el tratamiento de psicoestimulantes a pacientes de 5 a 7 años con el Diagnóstico del Trastorno por Déficit de atención con Hiperactividad (TDAH), dio sus razones como podemos ver en la *Tabla 26*.

Tabla 26:

***RAZONES POR LA QUE LOS PSIQUIATRAS ENCUESTADOS NO PRESCRIBEN
EL TRATAMIENTO PSICOESTIMULANTE***

No tengo especialidad en psiquiatría infantil

Hago referimiento al psiquiatra infantil

**Fuente: Encuesta aplicada al personal de psiquiatría de la Provincia de Salud de La
Altagracia**

4.1.3 Presentación de resultados de la encuesta aplicada a psicólogos de la provincia La Altagracia que brinda servicio infantil en el sector privado.

Los psicólogos del sector privado encuestados brindan atención a niños entre 5 a 7 años de edad. Un total de 20 encuestados, 3 del sexo masculino y 17 del sexo femenino.

Tabla 27:

GÉNERO DE LOS ENCUESTADOS

| Género de los encuestados | Número de encuestados | Porcentaje |
|----------------------------------|------------------------------|-------------------|
| Masculino | 3 | 15% |
| Femenino | 17 | 85% |

Fuente: Encuesta aplicada a psicólogos de la provincia La Altagracia que brinda servicio infantil en el sector privado

Un 40% de los profesionales de la psicología clínica, encuestados, es soltero, un 45% es casado y un 15% está en unión libre.

Los encuestados se encuentran en rangos de edad en su mayoría entre 36 a 45 años (35%), 46 a 60 años (35%), el resto de los encuestados oscila en un rango de edad entre 26 a 35 años (25%) y 18 a 25 años el restante 5%, como podemos observar en la *Tabla 29*.

Tabla 28:

ESTADO CIVIL DE LOS ENCUESTADOS

| Estado Civil | Número de encuestados | Porcentaje |
|---------------------|------------------------------|-------------------|
| Soltero/a | 8 | 40% |
| Casado/a | 9 | 45% |
| Unión libre | 3 | 15% |

Fuente: Encuesta aplicada a psicólogos de la provincia La Altagracia que brinda servicio infantil en el sector privado

Tabla 29:

EDAD DE LOS ENCUESTADOS

| Rangos de Edad | Número de encuestados | Porcentaje |
|-----------------------|------------------------------|-------------------|
| 18-25 | 1 | 5% |
| 26-35 | 5 | 25% |
| 36-45 | 7 | 35% |
| 46-60 | 7 | 35% |

Fuente: Encuesta aplicada a psicólogos de la provincia La Altagracia que brinda servicio infantil en el sector privado

La *Tabla 30* confirma que la formación académica de los profesionales encuestados corresponde a su investidura profesional. Un 60% de los profesionales de la psicología posee educación superior y el 40% restante además de su preparación superior también posee Maestría.

Tabla 30:

FORMACIÓN ACADÉMICA DE LOS ENCUESTADOS

| Formación Académica | Número de encuestados | Porcentaje |
|----------------------------|------------------------------|-------------------|
| Educación Superior | 12 | 60% |
| Maestría | 8 | 40% |

Fuente: Encuesta aplicada a psicólogos de la provincia La Altagracia que brinda servicio infantil en el sector privado

Según la *Tabla 31*, un 45% de los psicólogos encuestados ofrece intervención psicosocial, para niños de 5 a 7 años diagnosticados con el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), es decir 9 psicólogos en toda la provincia y el 55% restante no ofrece la intervención psicosocial.

Tabla 31:

PSICÓLOGOS CLÍNICOS QUE OFRECEN INTERVENCION PSICOSOCIAL EN NIÑOS CON EL TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH)

Opciones de respuesta Número de encuestados Porcentaje

| | | |
|-----------|----|-----|
| Sí | 9 | 45% |
| No | 11 | 55% |

Fuente: Encuesta aplicada a psicólogos de la provincia La Altagracia que brinda servicio infantil en el sector privado

A continuación, presentamos las razones que dieron algunos de los psicólogos que no brindan la intervención psicosocial para niños con el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), en la *Tabla 32*.

Tabla 32:

JUSTIFICACIONES DE LOS QUE NO BRINDAN INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL PARA NIÑOS CON EL TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD.

No estoy capacitada para dar esa clase de asistencia

Sin preparación en esa disciplina aún

Trabajo la psicomotricidad

Esa no es mi área de especialización

Trabajo terapia de conducta

Fuente: Encuesta aplicada a psicólogos de la provincia La Altagracia que brinda servicio infantil en el sector privado

Según los psicólogos encuestados algunos de los niños completan el tratamiento de intervención psicosocial, otros no. Como vemos en la *Tabla 33*, el 11.8% de los encuestados dicen que sí los niños completan su tratamiento de intervención psicosocial y el 88.2% dice que no completan su tratamiento, lo cual representa un porcentaje alto.

Tabla 33:

¿COMPLETAN SUS PACIENTES CON EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH) EL TRATAMIENTO PSICOSOCIAL?

| Opciones de respuesta | Número de encuestados | Porcentaje |
|-----------------------|-----------------------|------------|
| Sí | 5 | 11.8% |
| No | 15 | 88.2% |

Fuente: Encuesta aplicada a psicólogos de la provincia La Altagracia que brinda servicio infantil en el sector privado

Los psicólogos que tienen niños que no completan su tratamiento de intervención psicosocial (un 88.2% de los encuestados), expresan sus razones en la *Tabla 34*.

Tabla 34:

RAZONES QUE APORTAN LOS PSICOLOGOS ENCUESTADOS SOBRE EL INCUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO

Porque cuando el estado de los menores mejora un poco, los padres los retiran del tratamiento

Factores económicos, el poco tiempo que tienen algunos padres por sus trabajos, bajo valor dado a la intervención psicosocial

Desorientación de los padres sobre los pasos a seguir para tratar a sus hijos con comportamientos inadecuados.

Fuente: Encuesta aplicada a psicólogos de la provincia La Altagracia que brinda servicio infantil en el sector privado

4.2 Análisis de los resultados

4.2.1 Análisis de los resultados de las encuestas aplicada a los psiquiatras de la Provincial de Salud de La Altagracia y psicólogos prestadores de servicios del sector privado y al personal docente de centros educativos del Distrito Educativo 12-01.

La encuesta aplicada a los psiquiatras de la Provincial de Salud de La Altagracia, psicólogos prestadores de servicios del sector privado y al personal docente de centros educativos del Distrito Educativo 12-01, se realizó con el propósito de medir las siguientes variables: *conocer el protocolo de actuación con que cuenta el departamento de Orientación y Psicología del Distrito 12-01 para la identificación y el abordaje de niños con diagnóstico del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), explorar el tratamiento que ofrece la Provincial de Salud para abordar el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) y explicar los elementos que influyen en el buen o mal pronóstico del tratamiento.*

Con relación a protocolo de actuación utilizado por el departamento de salud mental para el abordaje de niños con diagnóstico del Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), uno de los dos psiquiatras encuestados confirma que prescribe el tratamiento de psicoestimulantes y el otro indicó no tener acreditación para la prescripción del mismo.

La intervención psicosocial en la Provincia La Altagracia ofrecida a niños con el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) está a cargo de 9 psicólogos clínicos del sector privado, ya que la Provincial de Salud de La Altagracia no cuenta con personal de psicología para la intervención psicosocial de la población estudiada. El pronóstico para el tratamiento psicosocial según los profesionales de psicología encuestados se ve afectado por factores económicos y conductas negligentes de los padres

En el caso del personal docente encuestado, que trabaja con edades de 5 a 7 años (pre-primario, primer y segundo grado de básica), en centros educativos del Distrito Educativo 12-01, en un 51.9% (más de la mitad) no posee entrenamiento de parte del Departamento de Orientación y Psicología, en el protocolo de identificación y abordaje de niños con el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH).

Según las respuestas de la encuesta al personal docente que sí cuenta con capacitación en el protocolo de identificación y abordaje de niños con el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), en este caso 13 maestros, los mismos llevan a cabo los siguientes pasos del protocolo:

1. Cuando identifican características del trastorno en los niños con los que trabajan hacen un reporte al departamento de Orientación de su escuela.
2. Hacen un reporte a los padres para el conocimiento de la situación.
3. Solicitan al departamento de Orientación de su escuela herramientas para el abordaje efectivo de los niños con las características del trastorno.
4. El departamento de Orientación solicita a los padres la evaluación y diagnóstico clínico.

Para Esperón y Suárez (2007), el MTI (Tratamiento Multimodal del TDAH), es decir intervención psicosocial, tratamiento de psicoestimulantes y la adaptación curricular, es de vital importancia en el tratamiento de niños con el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). Por lo que se presenta un déficit importante en la Provincial de Salud de personal de psiquiatría para la prescripción de psicoestimulantes y personal de psicología para la intervención psicosocial a una población de escasos recursos económicos, así como personal docente en el Distrito 12-01, capacitados en identificación y abordaje del trastorno.

4.2.2 Análisis de los resultados de la encuesta aplicada a los familiares

La encuesta aplicada a los familiares de los niños diagnosticados con el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), en la Oficina Municipal de CONANI-Higüey, tenía el objetivo de medir las variables siguientes: *describir la percepción de los padres sobre el comportamiento de sus hijos y explicar los elementos que influyen en el buen o mal pronóstico del tratamiento, según las opiniones de los padres sobre la necesidad de los mismos.*

La encuesta muestra que solo un 44.2% (menos de la mitad de las familias encuestadas), cree que el comportamiento de sus hijos se debe al Trastorno por Déficit de Atención con hiperactividad (TDAH), el 55.8% restante lo atribuye a diversas razones, que, si bien pueden ser parte de la etiología del trastorno, las familias encuestadas piensan que son la etiología única. Por su parte los que no aceptan el diagnóstico del trastorno en sus hijos, también entienden que no hay necesidad para llevarlos a recibir el tratamiento de psicoestimulantes y la intervención psicosocial.

Los familiares que sí estuvieron de acuerdo con el tratamiento exponen que por cuestiones económicas sus hijos no reciben el tratamiento, teniendo como resultados tres factores que influyen en el un mal pronóstico, ignorancia del TDAH, la no aceptación del diagnóstico y situación económica de los familiares.

Así que, el ignorar las características del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), como lo expone la Asociación Americana de Psiquiatría (2015), es un factor que promueve negar la existencia del trastorno en los hijos, disminuyendo la probabilidad de que un número considerable de niños con el trastorno, acceda al Tratamiento Multimodal (MTI) que proponen Esperón y Suárez (2007) para el abordaje de mismo.

CONCLUSIONES

Objetivo específico No. 1: Conocer el protocolo de actuación con el que cuenta el Departamento de Orientación y Psicología del Distrito 12-01, para la identificación y abordaje de niños con el diagnóstico del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)

Se determinó que el protocolo de actuación para la identificación y abordaje de niños con el diagnóstico del Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), es:

1. Hacer un reporte al departamento de Orientación de su escuela de las características del trastorno encontradas.
2. Hacer un reporte a los padres para el conocimiento de la situación.
3. Solicitar al departamento de Orientación y Psicología de su escuela, herramientas para el abordaje efectivo de los niños con las características del trastorno.
4. El departamento de Orientación y Psicología solicita a los padres la evaluación y diagnóstico clínico.

Se encontró que menos del 50% del personal docente entrevistado cuenta con capacitación del Departamento de Orientación y Psicología en identificación y abordaje del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH).

Objetivo específico No. 2: Explorar el tratamiento que ofrece la Provincial de Salud La Altagracia, para abordar el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH).

Se evidenció que se prescribe el tratamiento psicoestimulante del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en la Provincial de Salud de La Altagracia.

Se constató que no hay personal de psicología para la intervención psicosocial del Trastorno por Déficit de Atención con hiperactividad (TDAH), en la Provincial de La Altagracia, así que los padres deben acceder a psicólogos del sector privado para dicha intervención.

Se encontró que 9 psicólogos clínicos en toda la Provincia La Altagracia ofrecen la intervención psicosocial para el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH).

Objetivo específico No. 3: Describir la percepción que tienen los padres sobre el Trastorno por déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), y el comportamiento de sus hijos.

Se constató que más del 50% de los padres opinan que las conductas de sus hijos son debido a otros factores y no al Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH).

La percepción de los padres va desde factores genéticos y del sistema de crianza y de desajustes en el ministerio de educación a que los comportamientos obedecen a la voluntad propia de los niños.

Objetivo específico No. 4: Explicar los elementos que influyen en el buen o mal pronóstico del tratamiento de los niños de 5 a 7 años diagnosticados con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), que asisten a la oficina municipal del CONANI Higüey.

Se determinó que los elementos del buen o mal pronóstico en el tratamiento de los niños con el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), son los siguientes:

1. Pobre nivel económico de los familiares de los niños con el trastorno para costear el tratamiento.
2. Aceptación de los familiares o tutores del diagnóstico de sus hijos.
3. Confianza en los profesionales actuantes (Psicólogos y Psiquiatras).
4. Poca creencia en la importancia o necesidad de tratamiento psicoestimulante e intervención psicosocial.

Finalmente se determinó que los factores que interfieren en el tratamiento de los niños diagnosticados con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), entre 5 a 7 años, que asisten a la Oficina Municipal de CONANI de Higüey, son:

1. Personal de psiquiatría y psicología limitados en la Provincial de Salud La Altagracia para brindar el tratamiento psicoestimulante y la intervención psicosocial del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH).
2. Personal docente poco entrenado en identificación y abordaje del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), por el Departamento de Orientación y Psicología del Distrito 12-01.
3. Bajo Nivel económico de los familiares para costear el tratamiento de sus hijos.
4. Percepción errada de los familiares sobre los comportamientos que presentan sus hijos.
5. Rechazo de los padres frente al tratamiento del Trastorno por Déficit de Atención con hiperactividad (TDAH).

RECOMENDACIONES

Se recomienda al Departamento de Orientación y Psicología del Distrito 12-01, reforzar la capacitación al personal docente que trabaja con edades infantiles, para el protocolo de identificación y abordaje del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH).

Se recomienda a la Provincial de Salud de La Altagracia aumentar el personal de profesionales de la psicología clínica, que cubra la intervención psicosocial del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), en las comunidades más vulnerables de La Provincia La Altagracia.

En ese mismo orden se recomienda a la Provincial de Salud La Altagracia priorizar la gestión con el ministerio de Salud Pública y las AFP, para cubrir el tratamiento psicoestimulante para el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH).

Finalmente recomendamos a la Provincial de Salud de La Altagracia realizar campañas de concientización y educación sobre las consecuencias del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) y la necesidad del Tratamiento Multimodal (MTI).

Se recomienda a las familias de los niños con el diagnóstico del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) encuestada, la búsqueda de información sobre el trastorno y su abordaje, y comprometerse con los procesos terapéuticos para asegurar una mejor calidad de vida para sus hijos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association, (2016). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Editorial Médica Panamericana.

Bados López, A. (2008). *La intervención psicológica: características y modelos*.

Bengoa, J. E. (2017). *Conocimientos y creencias del profesorado acerca de la dislexia y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH): Estudio comparativo entre España y Perú*. Universitat de València. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=129779>

Cuno Soto, M. A., Chambi Butilier, V. S., & Prado Pinto, H. (2017). El Síndrome Burnout en docentes de primaria de tres instituciones educativas públicas de Arequipa.

Domingo, S. (n.d.). *PROTOCOLO DE ATENCIÓN A NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD*. 24.

Lara Orozco, E. I., Pazmiño Márquez, G.A, & Játiva Morillo, J. R. (2021). Principales dificultades para el diagnóstico del TDAH en niños en Ecuador. *Revista Scientific*, 6(22). Directory of Open Access Journals. Recuperado de: <https://doi.org/10.29394/Scientific.issn.2542-2987.2021.6.22.5.96-116>

Gonzalez-Gil, F., Martín-Pastor, E., & Castro, R. P. (2019). Educación inclusiva: Barreras y facilitadores para su desarrollo. Un estudio desde la percepción del profesorado. *Profesorado, Revista de currículum y formación del profesorado*, 23(1), 243-263.

Gregory, L., Birgel, E. H., Hoedemaker, M., & Grunert, E. (2001). Mastite dos bovinos: histórico de suas formas clínicas. *Revista de Educação Continuada em Medicina Veterinária e Zootecnia do CRMV-SP*, 4(3), 31-38.

Recuperado de: <https://psicopedia.org/4645/sintoma-sindrome-y-trastorno/>

Pérez Porto, J. & Gardey, A. (2008). *Definicion.de: Definición de déficit de atención*. Recuperado de: <https://definicion.de/deficit-de-atencion/>

Koev, M. (2014) & <https://www.facebook.com/pahowho>. *OPS/OMS | La Brecha de Tratamiento en la Región de las Américas*.

Londoño Ocampo, (2009). *La atención: un proceso psicológico básico*. Colombia

Martínez-Jaime, M., & Reyes-Morales, H. (2020). *Trayectoria de acceso al diagnóstico oportuno del trastorno por déficit de atención e hiperactividad: Una perspectiva del cuidador primario. (Spanish): Pathway of access to an early diagnosis of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): A primary caregiver's perspective. (English). Salud Pública de México, 62(1), 80–86.*

Méndez, J. J. M. (2016). *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad en preescolares: Adaptación transcultural de una escala y obtención de los datos normativos para la detección precoz. Estudio en población española* [Http://purl.org/dc/dcmitype/Text, Universidad de Navarra]. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=248457>

Métodos y técnicas de intervención psicológica en el TDAH. (2022). Recuperado de: <https://www.fundacioncadah.org/web/articulo/metodos-y-tecnicas-de-intervencion-psicologica-en-el-tdah.html>

Minton, E. A. & Khale, L. R. (2014). *Sistemas de creencias, religión y economía del comportamiento.* Nueva York: Business Expert Press LLC. ISBN 978-1-60649-704-3

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD, (1991). Consejo ejecutivo 87ª. Reunión. Ginebra.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, (2015). Actualización Epidemiológica.

Palacios-Cruz, L., de la Peña Olvera, F., Victoria Figueroa, G., Arias Caballero, A., de la Rosa Muñoz, L., Valderrama Pedroza, A., Calle Portugal, P., & Ulloa Flores, R. E. (2013). Conocimientos y creencias sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad en maestros de tres países latinoamericanos / Knowledge and beliefs about the attention deficit hyperactivity disorder in teachers from three Latin American countries. *Salud Mental, 36(4), 285–290.*

Pan American Health Organization / World Health Organization. Recuperado de: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9408:2008-la-brecha-tratamiento-region-americas&Itemid=40615&lang=es

Papalia, D. E., Feldman, R. D., & Martorell, G. (2015). *Experience human development* (Thirteenth edition). McGraw Hill Education.

Piedrahita S., L. e., Henao Cardona, A., & Burgos, P. a. (2011). Intervención educativa para promover el conocimiento del trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH) con padres de familia de una institución educativa / Educational intervention to promote knowledge about attention deficit disorder with hyperactivity (ADHD) with parents

of an educational institution. *Enfermería Global*, 10(23), 140–146.
<https://doi.org/10.4321/S1695-61412011000300009>

Rathus, Spencer A. (2013). *Childhood and Adolescence: Voyages in Development*. Fifth Edition. *Infancia y Adolescencia: Viajes en Desarrollo*. Quinta ed. España

Revista de la Asociación Española Neuropsiquiatría, (2018). *Psicoestimulantes para el TDAH: análisis integral para una medicina basada en la prudencia*. Luis Carlos Saiz Fernández. España

Sánchez Martines, C. (2012). *Significado psicológico de familia, papá y mamá en adolescentes*. México. Revista Psicología Iberoamericana (Universidad Iberoamericana)

Sauceda García, J. M. (2014). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: Un problema de salud pública. (Spanish): Attention deficit hyperactivity disorder: a public health problem. (English). *Revista de La Facultad de Medicina de La UNAM*, 57(5), 14–19.

Villar, I. O. (n.d.-a). Déficit de atención con hiperactividad: El modelo híbrido de las funciones ejecutivas de Barkley. *Revista Complutense de Educación*, 14.

Ucha. F. (2013). *Definición ABC*. Recuperado de:
<https://www.definicionabc.com/general/prevencion.php>


Villar, I. O. (n.d.-b). *Déficit de Atención con Hiperactividad*. “Manual para padres y educadores.” 20.

Young, S., Fitzgerald, M., & Postma, M. J. (n.d.). *TDAH: hacer visible lo invisible*.

APÉNDICES

Apéndice A

Imagen de la hoja de certificación del profesional den Psicología quien revisó u aprobó los instrumentos de recolección de datos de la investigación.

| |
|---|
| <p style="text-align: center;">CERTIFICACIÓN</p> <p style="text-align: center;">DE REVISIÓN Y AUTORIZACIÓN</p> <p style="text-align: center;">DE LOS INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS</p> <p>En calidad de las atribuciones que me certifican, yo Ramona De La Cruz, portadora de la cédula de identidad y electoral no. 023-0108346-1, Psicóloga Clínica, con título alcanzado de Magister en Psicología Clínica y de la Salud y especialización en Intervención Psicopedagógica, con exequátur no. 1636, y número de afiliación al Colegio Dominicano de Psicólogos (CODOPSI): 12-04926; doy fe de haber revisado con rigurosidad los instrumentos de recolección de datos de esta Tesis de investigación, aportando algunas recomendaciones de mejora y recomendado su uso en función de los objetivos de la misma.</p> <p style="text-align: center;">Firmado el 20 de junio del año 2022. </p> <p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;">Licda. Ramona De La Cruz</p> |
|---|

Apéndice B

(ENCUESTA PARA EL PERSONAL DOCENTE DISTRITO 12-02)



UNIVERSIDAD ABIERTA PARA ADULTOS

(UAPA)

ESCUELA DE POSTGRADOS

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

Las Licenciadas María Cedeño y Milagros Reyes, Estudiantes de la Universidad Abierta para Adultos (UAPA) en la Maestría Psicología Clínica, están desarrollando un proyecto de investigación sobre los factores que interfieren en el tratamiento de los niños de 5 a 7 años diagnosticados con el Trastorno por déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), que asisten a la Oficina Municipal de CONANI, Higüey

Los datos e informaciones que usted me proporcione y facilite serán utilizados únicamente para fines de elaboración de dicho proyecto investigativo.

La presente entrevista será de carácter confidencial y los datos y resultados en ella obtenidos serán solo de uso académico para fines de este proyecto de investigación.

Agradecemos su colaboración.

DATOS GENERALES

Género:

Masculino

Femenino

Unión Libre

Estado Civil:

Soltero

Casado

Edad:

___ 18-25

___ 26-35

___ 36-45

___ 46-60

Hola, buenos días/tardes. Estamos realizando esta entrevista con el fin de identificar el protocolo de identificación y abordaje de niños con el Trastorno por Déficit de atención con Hiperactividad, con el que cuenta el Departamento de Orientación y Psicología del Distrito 12-01, agradecería conteste con la mayor honestidad posible a fin de poder brindar sugerencias precisas de mejora del área investigada. Gracias.

1. ¿Posee capacitación en identificación y abordaje del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)?
 - a) Sí
 - b) No

2. ¿Cuáles son las modalidades de TDAH que conoce?
 - a) Tipo Inatento
 - b) Tipo Impulsivo
 - c) Tipo combinado
 - d) Ninguno

3. Marque las que usted considera son características del TDAH.
 - a) No sabe leer
 - b) Se le dificulta concentrarse
 - c) No sabe calcular
 - d) Es impulsivo
 - e) No es sociable
 - f) Casi nunca está tranquilo
 - g) No sabe escribir

h) Es muy lento

4. Elija las acciones que sigue cuando identifica a un estudiante con características del TDAH

- a) Nada, no sé cómo identificar las características del TDAH.
- b) Hablar con sus padres para que lo apoyen en lo académico y conductual en casa.
- c) Referir al departamento de Orientación y psicología para que sea evaluado y diagnosticado.
- d) Enviar un informe de los problemas académicos y conductuales a la Orientadora.
- e) Pedir herramientas para ayudarlo con su situación.

5. ¿Marque las siguientes acciones que considera efectivas para trabajar con las necesidades académicas de los niños con TDAH?

- a) Bajar notas por mala conducta
- b) Bajar notas por no hacer la tarea
- c) Bajar notas por no copiar la clase
- d) Mandar a la dirección por mal comportamiento
- e) Sentarlo en primera fila
- f) Estar cerca suyo para ver que esté concentrado
- g) Ponerlo a hacer mandados y trabajos en el salón de clases
- h) Explicar las instrucciones varias veces.
- i) Premiar el esfuerzo
- j) Permitirle más momentos de descanso entre clase y clase.
- k) Ayudarlo a gestionar sus emociones
- l) Anunciar con tiempo los cambios de actividades
- m) Proveer de actividad física con más frecuencia.

Apéndice C

(PARA EL PERSONAL DE PSICOLOGIA)



UNIVERSIDAD ABIERTA PARA ADULTOS

(UAPA)

ESCUELA DE POSTGRADOS

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

Las Licenciadas María Cedeño y Milagros Reyes, Estudiantes de la Universidad Abierta para Adultos (UAPA) en la Maestría Psicología Clínica, están desarrollando un proyecto de investigación sobre los factores que interfieren en el tratamiento de los niños de 5 a 7 años diagnosticados con el Trastorno por déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), que asisten a la Oficina Municipal de CONANI, Higüey

Los datos e informaciones que usted me proporcione y facilite serán utilizados únicamente para fines de elaboración de dicho proyecto investigativo.

La presente entrevista será de carácter confidencial y los datos y resultados en ella obtenidos serán solo de uso académico para fines de este proyecto de investigación.

Agradecemos su colaboración.

DATOS GENERALES

Género:

___ Masculino

___ Femenino

___ Unión Libre

Estado Civil:

___ Soltero

___ Casado

Edad:

___ 18-25

___ 26-35

___ 36-45

___ 46-60

Hola, buenos días/tardes. Estamos realizando esta entrevista con el fin de identificar si el personal de salud mental ofrece el tratamiento multimodal (psicoterapia y psicoestimulantes) a los niños diagnosticados con el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en la Provincial de Salud de La Altagracia, agradecería conteste con la mayor honestidad posible a fin de poder brindar sugerencias precisas de mejora del área investigada. Gracias.

Encuesta No. 2 A

1. ¿Trabaja usted intervención psicosocial con los niños diagnosticados con TDAH?

a) Sí

b) No

Si su respuesta es no, explique porqué

2. ¿Completan los niños su tratamiento psicosocial?

a) Sí

b) No

Si su respuesta es no, enumere las causas que considera son las razones para que no sea así.

Apéndice D

(ENTREVISTA PARA PSIQUIATRAS)



UNIVERSIDAD ABIERTA PARA ADULTOS

(UAPA)

ESCUELA DE POSTGRADOS

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

Las Licenciadas María Cedeño y Milagros Reyes, Estudiantes de la Universidad Abierta para Adultos (UAPA) en la Maestría Psicología Clínica, están desarrollando un proyecto de investigación sobre los factores que interfieren en el tratamiento de los niños de 5 a 7 años diagnosticados con el Trastorno por déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), que asisten a la Oficina Municipal de CONANI, Higüey

Los datos e informaciones que usted me proporcione y facilite serán utilizados únicamente para fines de elaboración de dicho proyecto investigativo.

La presente entrevista será de carácter confidencial y los datos y resultados en ella obtenidos serán solo de uso académico para fines de este proyecto de investigación.

Agradecemos su colaboración.

DATOS GENERALES

Género:

Masculino

Femenino

Unión Libre

Estado Civil:

Soltero

Casado

Edad:

___ 18-25

___ 26-35

___ 36-45

___ 46-60

Hola, buenos días/tardes. Estamos realizando esta entrevista con el fin de identificar si el personal de salud mental ofrece el tratamiento multimodal (psicoterapia y psicoestimulantes) a los niños diagnosticados con el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en la Provincial de Salud de La Altagracia, agradecería conteste con la mayor honestidad posible a fin de poder brindar sugerencias precisas de mejora del área investigada. Gracias.

1. ¿Aplica usted tratamiento de psicoestimulantes a niños de 5 a 7 con el diagnóstico del TDAH?
 - a) Sí
 - b) No

Si su respuesta es no, explique porqué

2. ¿Completan los niños su tratamiento farmacológico?
 - a) Sí
 - b) No

Si su respuesta es no, enumere las causas que considera son las razones para que no sea así.

Apéndice F

(ENCUESTA PARA FAMILIAS)



UNIVERSIDAD ABIERTA PARA ADULTOS

(UAPA)

ESCUELA DE POSTGRADOS

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

Las Licenciadas María Cedeño y Milagros Reyes, Estudiantes de la Universidad Abierta para Adultos (UAPA) en la Maestría Psicología Clínica, están desarrollando un proyecto de investigación sobre los factores que interfieren en el tratamiento de los niños de 5 a 7 años diagnosticados con el Trastorno por déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), que asisten a la Oficina Municipal de CONANI, Higüey

Los datos e informaciones que usted me proporcione y facilite serán utilizados únicamente para fines de elaboración de dicho proyecto investigativo.

La presente entrevista será de carácter confidencial y los datos y resultados en ella obtenidos serán solo de uso académico para fines de este proyecto de investigación.

Agradecemos su colaboración.

DATOS GENERALES

Género:

Masculino

Femenino

Unión Libre

Estado Civil:

Soltero

Casado

Edad:

___ 18-25

___ 26-35

___ 36-45

___ 46-60

Hola, buenos días/tardes. Estamos realizando esta entrevista con el fin de identificar su percepción sobre el comportamiento de su hijo diagnosticado con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en la Oficina municipal de CONANI-Higüey, y su tratamiento, agradecería conteste con la mayor honestidad posible a fin de poder brindar sugerencias precisas de mejora del área investigada. Gracias.

1. ¿A qué cree que se debe el comportamiento difícil y/o dificultades académicas de su hijo/a?
 - a) A su edad
 - b) A la herencia
 - c) A su propia voluntad
 - d) A factores de crianza
 - e) A deficiencias del sistema educativo
 - f) A que es nervioso
 - g) Al Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad
 - h) Ninguno
 - i) Otros

Si su respuesta es otros, especifique por favor

2. ¿Cree que su hijo/a necesita tratamiento psicosocial?
 - a) Sí
 - b) No

Si su respuesta es no, explique porqué

3. ¿Cree que su hijo/a necesita tratamiento farmacológico?

a) Sí

b) No

Si su respuesta es no, explique porqué

4. Marque las opciones que limitan el tratamiento psicosocial de su hijo/a.

a) Factores económicos

b) No acepto el diagnóstico del TDAH

c) No confío en los psicólogos

5. Marque las opciones que limitan el tratamiento farmacológico de su hijo/a.

a) Factores económicos

b) No acepto el diagnóstico

c) No confío en los fármacos

GLOSARIO

Abordaje psicológico: Una descripción bastante acertada sobre este concepto nos es dado por Bados López (2008), quien expresa lo siguiente:

Proceso de aplicación de principios y técnicas por parte de un profesional acreditado con el fin de ayudar a otras personas a comprender sus problemas, a reducirlos o superarlos, a prevenir su ocurrencia y/o a mejorar las capacidades personales o relaciones interpersonales, aun en ausencia de problemas. (Bados López, 2008, p. 2)

Abuso de alcohol: El Consejo Ejecutivo (1991) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo determina como “toda forma de embriaguez que excede el consumo alimenticio tradicional y corriente o que sobrepasa los linderos de costumbres sociales.”

Adaptación curricular: Según Gil (2019), se trata de todos aquellos ajustes o modificaciones que se efectúan en los diferentes elementos de la propuesta educativa desarrollada para un alumno, con el fin de responder a sus necesidades educativas especiales.

Adolescencia: Es descrita por la Organización Mundial de la Salud (2000, p. 12) como un periodo de desarrollo biológico, psicológico, sexual y social inmediatamente posterior a la niñez y que comienza con la pubertad.

Ansiedad: La Asociación Americana de Psiquiatría (2015, p. 189), describe la ansiedad como “(...) una respuesta anticipatoria a una amenaza futura (...) asociada con tensión muscular, vigilancia en relación a un peligro futuro y comportamientos cautelosos o evitativos.”

Atención: Para Londoño Ocampo (2009), es un proceso psicológico básico e indispensable para el procesamiento de la información de cualquier modalidad, basado en un complejo sistema neuronal que se encarga del control de la actividad mental de un organismo.

Comportamiento: Según Minton y Khale (2014) en términos de psicología, el comportamiento o conducta es un conjunto de respuestas, bien por presencia o por ausencia, que presenta un ser vivo en relación con su entorno o mundo de estímulos.

Desarrollo humano: Es el estudio científico de los procesos del cambio y la estabilidad durante el ciclo vital humano, según lo expresa Papalia (2015, p. 3).

Déficit de Atención: La Asociación Americana de Psiquiatría (2015, p. 59), describe las características del déficit de atención como un patrón persistente de inatención que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo, que se han mantenido durante al menos seis meses.

Depresión: Es descrito por la Asociación Americana de Psiquiatría (2015, p. 155), como un trastorno del estado de ánimo, caracterizado por la presencia de un ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente a la capacidad funcional del individuo.

Diagnóstico: Gregory (2001, p. 38), define el concepto como la emisión de un juicio basado en los criterios de los métodos de clasificación de enfermedades, luego de utilizar los métodos de investigación establecidos para determinar las mismas.

Disfuncionalidad: Para Pinto (2017, p. 4), el concepto de disfuncionalidad hace alusión al fracaso de un sistema en el alcance de sus fines, como en la inadecuada eficiencia de sus componentes en el aporte al conjunto de elementos con los otros elementos.

Estrategia: Westreicher (2020), define la estrategia como un procedimiento dispuesto para la toma de decisiones y/o para accionar frente a un determinado escenario. Esto, buscando alcanzar uno o varios objetivos previamente definidos.

Familia: Roche (2006, p.9), describe a la familia como un grupo de personas formado por individuos unidos, y primordialmente vinculados por relaciones de filiación o de pareja.

Hiperactividad: Pérez Porto (2008), expone a la hiperactividad como un comportamiento que se caracteriza por la actividad física excesiva y fuera de lo normal.

Infancia: Es un término amplio aplicado a los seres humanos que se encuentran en fases de desarrollo comprendidas entre el nacimiento y la adolescencia o pubertad, descrito por Spencer A. (2013).

Impulsividad: Para Savin Vallvé (2022), es un rasgo de la personalidad caracterizado por la reacción rápida, inesperada y desmedida ante cualquier situación... La persona no puede controlar los impulsos, tentaciones y deseos que siente y actúa sin tener en cuenta las consecuencias de sus actos.

Prevención: Ucha (2013), establece que la prevención implica el tomar las medidas necesarias y más adecuadas con la misión de contrarrestar un perjuicio o algún daño que pueda producirse.

Psicoestimulantes: Según establecen Zalar et. al. (2006) los psicoestimulantes son un grupo de sustancias con efectos psicoactivos cuyo principal efecto es el de producir un aumento en la actividad cerebral. En ocasiones son empleados para el tratamiento de algunos trastornos, como anestésicos o por sus efectos sobre la conducta. Debido a que permiten aumentar el nivel de actividad física y mental, en ocasiones son empleadas para mejorar el rendimiento físico o mantener la capacidad de concentración durante el estudio.

Síntomas: El diccionario de la lengua española (2019), establece que en el ámbito de las ciencias de la salud, un síntoma es la referencia subjetiva u objetiva que da un enfermo de la percepción que reconoce como anómala o causada por un estado patológico o una enfermedad.

Tratamiento multimodal: es descrito por Esperón y Suárez (2007), como un abordaje psicológico para el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, con enfoque conductual en combinación con psicoestimulantes y acondicionamiento del proceso académico.