



**FACULTAD DE FILOSOFIA LETRAS Y CIENCIAS DE
LA EDUCACIÓN**

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

**Estrategias terapéuticas para padres de niños de 6 a 10 años con
Diagnóstico de TDAH**

**Proyecto de grado previo a la obtención del título de:
PSICÓLOGO CLÍNICO**

Autores:

JOSE OMAR MOLINA OCHOA

MARIA JOSE VINTIMILLA

Directora:

ANA LUCÍA PACURUCU PACURUCU

CUENCA – ECUADOR

2015

DEDICATORIA

Primeramente dedico mi tesis a Dios que siempre ha guiado mis pasos en este duro camino que está llegando a un final feliz y la consecución de mi meta. Además la dedico a mis queridos padres que siempre han estado a mi lado apoyándome en las buenas y en las malas y los cuales con sus enseñanzas y valores inculcados desde siempre han hecho de mí un buen ser humano que busca ser exitoso en todos los aspectos de la vida, sin ellos no sería lo que soy, a mis hermanos que siempre me han apoyado en todo lo que me he propuesto en la vida con su cariño y amistad incondicional, a mis sobrinos que son el motor de mi vida y a los cuales amo con toda mi alma.

José Omar Molina Ochoa

Este proyecto dedico principalmente a Dios quien ha sido quien me ha acompañado en este trayecto ya que me ha guiado dándome fortaleza para seguir adelante; a mi madre y hermana quienes me han sabido apoyar brindándome su apoyo de manera incondicional; a mi hijo y esposo que son mi motor y son por quienes lucho cada día, a mis suegros que han sido como unos padres ya que me han sabido verme como su hija y darme su apoyo en todo momento. Les agradezco por confiar en mí ya que por ustedes soy lo que soy ahora; por eso les agradezco de todo corazón y las palabras me quedan cortas para decirles cuanto les amo y en especial a mi hijo que es mi todo. Te amo mi chiquito esto es por ti.

María José Vintimilla Espinosa

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos en la elaboración de este proyecto de grado a nuestra directora de la tesis PHD. Ana Lucia Pacurucu Pacurucu, quien nos supo guiar a lo largo de esta investigación y nos apoyó para el cumplimiento de los objetivos propuestos; a la Psicóloga Luz Elena Cuhna, directora del centro de desarrollo humano IDEAS en Cuenca, quien nos abrió las puertas de su establecimiento para realizar el estudio propuesto, y nos facilitó las herramientas necesarias para su desarrollo.

RESUMEN

La presente investigación describe el tratamiento terapéutico para el niño con problemas causados por “*Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad*” (TDAH), el cual inicia con la explicación al niño y sus padres, de manera fácil y sencilla, el padecimiento que sufre el menor, de manera que puedan comprender la complejidad de la situación. Una vez informados, se determinará el tipo de tratamiento, su propósito y si éste es a corto o a largo plazo. Cada procedimiento o tratamiento es único, ya que responde a las necesidades particulares del niño y su familia. La propuesta para el mejoramiento de esta situación se basa en una guía práctica que debe contener algunos elementos esenciales: destrezas de trabajo, organización y planificación, manejo de las emociones, autoestima, destrezas de interacción social, orientación y adiestramiento a los maestros, tanto para el niño como para su entorno familiar.

Palabras claves: Niños, terapia, trastorno, aprendizaje, padres, psicología.

ABSTRACT

This paper describes the therapeutic treatment for children with problems caused by "Attention Deficit Hyperactivity Disorder" (ADHD). It starts with the explanation to the child and parents, in an easy and simple way, of the suffering experienced by the minor, so that they can understand the complexity of the situation. Once they are informed, the type of treatment, its purpose and whether it is short or long term will be determined. Each procedure or treatment is unique, as it responds to the particular needs of the child and family. The proposal for the improvement of this situation is presented on a practical guide aimed at the child and his or her family, which contains some essential elements: work skills, organization and planning, managing emotions, self-esteem, social interaction skills, teachers' guidance and training

Keywords: Children, Therapy, Disorder, Learning, Parents, Psychology.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTOS	III
RESUMEN	IV
ABSTRACT	V
ÍNDICE DE CONTENIDOS	VI
ÍNDICE DE TABLAS	IX
ÍNDICE DE ILUSTRACIONES	IX
CAPÍTULO I	1
1. TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD	1
1.1 Definición	1
1.2 Reseña Histórica	8
1.3. Modelos Cognitivos del TDAH.....	15
1.3.1. Modelos de déficit de atención único	15
1.3.1.1 <i>Modelo de déficit de atención en el control inhibitorio.....</i>	<i>15</i>
1.3.1.2 <i>Modelo de la regulación del estado.....</i>	<i>17</i>
1.3.1.3 <i>Modelo de aversión a la demora</i>	<i>19</i>
1.3.1.4 <i>Modelos duales o de déficit múltiple</i>	<i>19</i>
1.3.1.5 <i>Modelo cognitivo/energético</i>	<i>19</i>
1.3.1.6 <i>Modelo dual de Sonuga-Barke.....</i>	<i>20</i>
1.3.1.7 <i>Modelo dual de comorbilidad con el autismo.....</i>	<i>20</i>

CAPÍTULO II	22
2. TRATAMIENTO Y MODELO DE INTERVENCIÓN	22
2.1 Tratamiento y modelo de intervención.....	22
2.1.1 Tratamiento multimodal: Integración de formas terapéuticas	22
2.1.2 Tratamiento cognoscitivo-comportamental	25
2.1.3 Enfoque terapéutico cognoscitivo conductual	28
2.2 Tratamiento farmacológico.....	35
2.2.1 Fármacos para el manejo del TDAH	36
2.2.2 Fármacos Psico-estimulantes.....	37
2.2.3 Fármacos no estimulantes.....	39
2.3. Estrategias para trabajar: padres y educadores	40
2.3.1. Orientación para los profesionales:	41
CAPÍTULO III	46
3. METODOLOGÍA DE TRABAJO	46
3.1 Población y descripción de la muestra	46
3.1.1. Población	46
3.1.2 Muestra	46
3.2. Instrumentos de investigación	59
3.3. Metodología.....	65
3.4. Resultados.....	67

CAPÍTULO IV	76
4. GUÍA DE LAS ESTRATEGIAS TERAPÉUTICA	77
4.1. ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS PARA EL MANEJO DEL TDAH	77
4.1.1. ¿Qué es el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)?	78
4.1.2. ¿Cómo se diagnostica el TDAH?	79
4.1.2.1. Hiperactividad.....	80
4.1.2.2. Impulsividad	80
4.1.2.3. Déficit de atención	81
4.1.3 ¿Qué factores inciden en dicho trastorno?.....	82
4.1.4. ¿Cuál es el tratamiento adecuado para un niño o adolescente con TDAH? ...	82
4.1.4.1. Tratamiento Psicoterapéutico.....	82
4.1.4.2. Tratamiento psicológico.....	83
4.1.4.3. Tratamiento farmacológico.....	83
4.2. ACTIVIDADES A REALIZAR.....	83
4.2.1. Principios básicos para educar cuando existe TDAH.....	83
4.2.2 Consejos prácticos para padres	84
4.2.3. Técnicas de modificación de conducta	86
4.3. ACTIVIDADES	93
CONCLUSIONES	97
RECOMENDACIONES	98
BIBLIOGRAFÍA	100
ANEXOS	103

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Fármacos estimulantes.....	36
Tabla 2. Fármacos No-estimulantes.....	37
Tabla 3. Comparación entre TDA y TDAH.....	78
Tabla 4. Niveles de Disfuncionalidad Aplicación 1.....	70
Tabla 5. Niveles de Disfuncionalidad Aplicación 2.....	72
Tabla 6. Niveles de Disfuncionalidad Aplicación 1 de acuerdo al tipo de TDAH.....	74
Tabla 7. Niveles de Disfuncionalidad Aplicación 2 de acuerdo al tipo de TDAH.....	75

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. Estrategias terapéuticas para el manejo del TDAH.....	77
Ilustración 2. Diagnóstico del TDAH.....	79
Ilustración 3. Impulsividad.....	80
Ilustración 4. Déficit de atención.....	81
Ilustración 5. Tratamiento psicológico.....	82
Ilustración 6. Autoestima.....	84
Ilustración 7. Aprendizaje.....	85
Ilustración 8. Refuerzo positivo.....	86
Ilustración 9. Obediencia.....	88
Ilustración 10. Actividades sociales.....	89
Ilustración 11. Vacaciones.....	91
Ilustración 12. Alimentación.....	92

CAPÍTULO I

1. TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) constituye una patología de alta prevalencia dentro del desarrollo neurológico del niño y compromete un conjunto de problemas que tienen relación con la falta de atención, hiperactividad e impulsividad, generándole una dificultad de gran relevancia para realizar de manera eficiente, sus actividades diarias y académicas.

A continuación se explicará brevemente, sobre este Trastorno que tanto afecta, no solamente a niños sino directamente a los padres, que muchas ocasiones tienen la difícil tarea de tratar la problemática desde el hogar, a pesar de que carecen de los conocimientos básicos para hacerlo.

1.1 Definición

Al hacer referencia sobre un trastorno, se trata de un desequilibrio de la salud mental, que puede suscitarse tanto en niños, como en adolescentes, jóvenes y adultos mayores, que en ocasiones, se generan, por factores genéticos y estresores ambientales.

Para la mayor parte de los padres, la identificación de un comportamiento inadecuado que presentan sus hijos, no se trata de algo sencillo, debido a que por encontrarse en etapa de crecimiento y autonomía, se presentan modificaciones de conducta, las mismas que se manifiestan, de acuerdo a la edad, pero si éstas no son normales, pueden significar un indicio sobre algún tipo de problema.

Estos trastornos infantiles pueden ser de aprendizaje, habilidades motoras, comunicación, generalizado del desarrollo, déficit de atención y comportamiento perturbador, ingesta de la conducta alimentaria, tics y eliminación, etc.

El trastorno con déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH/ TDA), constituyen la patología con mayor prevalencia en el desarrollo de la vida del niño, lo cual afecta a su familia y al entorno psicosocial donde se desarrolla, ya que su alteración en la función atencional, está acompañada de hiperactividad e impulsividad, provocando así, una desorganización conductual y cognitiva, la misma que no está asociada con el coeficiente intelectual (CI) bajo (González, 2006).

De acuerdo a los datos estadísticos, en México, se conoce que 5 de cada 100 niños en edad escolar (3 a 5 años) presentan TDAH/TDA, mientras que en la adolescencia, existe una diferencia por sexo, ya que de 100 hombres adolescentes de 1 a 6 lo presentan, y de 100 mujeres adolescentes de 1 a 2 lo padecen; comprobándose que actualmente, este trastorno se presenta con mayor frecuencia en niños del sexo masculino que en mujeres. (Navarte, 2008).

En Puerto Rico, en el año 2000, el TDAH presenta una población de 90,000 a 100,000, diagnosticados entre los 4 y 17 años. El departamento de educación de dicho país, menciona que solo tenían 7,359 niños que pudieron registrarse en el programa de educación especial para el año escolar 2000 – 2001 (González, 2006).

El 50 y 65% presenta esta sintomatología en la niñez, continuando hasta la adolescencia y los períodos posteriores de su vida; en la edad adulta se muestra entre el 2 y 3% en ese país,

en Nueva Zelanda 2 al 7% , 4% en la India, entre el 6 y el 9% en China, el 7 y el 8% en Japón, el 1 y el 3% en los Países Bajos (sin estudiar a los niños), entre el 5 y el 6% en Brasil y del 6 al 9% en Puerto Rico. (González, 2006).

Estos problemas reflejan que existe un deterioro del niño para controlar su conducta a lo largo del tiempo, además de mantener en su mente, las metas y contemplar las consecuencias futuras.

El TDAH/TDA, no es solo la hiperactividad, déficit de atención de un momento y la incapacidad de hacer las actividades diarias, sino un deterioro constante de como dirigir su vida y conducta, constituyendo un patrón persistente y constante de falta de atención e impulsividad inadecuada, para el grado de desarrollo. Es por eso, que varios autores han propuesto diversos conceptos, ya que se desconoce la realidad de su origen. (García, 2005, págs. 2-6)

En el año de 1902, el doctor George Still, presentó la primera descripción sobre dicho trastorno, definiéndola como un *“defecto anormal en el control moral en los niños”*. Define al control moral, como *“el control de las acciones, conforme a la idea de la bondad, que sólo puede existir, cuando hay un vínculo consciente con el medio ambiente”*. Así, el control moral, requería de la existencia de una *“conciencia”* que informara a una *“voluntad inhibitoria”*. Still describió a 20 niños con disfunción de la voluntad inhibitoria, pero con inteligencia normal, realizando una observación básica de la enfermedad: *“Apuntaría que una característica notable de muchos de estos casos*

de déficit moral sin deterioro general del intelecto es una incapacidad anormal para mantener la atención”. (González, 2006, págs. 2-3) .

En 1917, el término: *trastorno postencefalítico*, era utilizado para diagnosticar a niños que luego de un episodio de encefalitis epidémica aguda (afectación de los hemisferios cerebrales, tronco del encéfalo o cerebelo por un proceso infeccioso), presentaban alteraciones como hiperactividad, impulsividad y déficit de atención. Este hecho comenzó a relacionar al trastorno, con algún tipo de alteración del sistema nervioso central. (García, 2005, págs. 2-6).

Según Hallowel y Ratey, dicho trastorno presenta sintomatología de carácter neurológico como la impulsividad, distracción e hiperactividad o exceso de energía. Estos autores determinan, que el déficit de atención con hiperactividad tiene su inicio en la infancia hasta llegar a la adultez, atribuyendo que dicho problema lo padecen niños, adolescentes, jóvenes, adultos mayores, diversos grupos étnicos y estratos socioeconómicos, de forma independiente del nivel educativo y de inteligencia. (Hallowell & J, 2001)

Barkley define el TDAH como:

Un trastorno del desarrollo caracterizado por unos niveles evolutivamente inapropiados de problemas atencionales, sobreactividad e impulsividad. Estas dificultades tienen gran relación con una dificultad para seguir las «conductas gobernadas por reglas» (CGR) y con problemas para mantener una forma de trabajo consistente a lo largo de períodos más o menos largos (Servera, 2005, págs. 358-368).

Al mantener una dificultad constante de no poder acatar reglas a lo largo de su primera infancia, puede asociarse frecuentemente a otros problemas, los mismos que desencadenan como resultado, las malas relaciones: interpersonales, en el entorno familiar, con sus educadores, etc.; lo que puede provocar una baja autoestima y problemas emocionales; es por esta situación, que se debe trabajar dichas distorsiones, con el fin de optimizar las relaciones, debido a que constituyen la clave para su desarrollo.

En el año 1992, los autores Abikoff y Klein, a diferencia de las definiciones propuestas anteriormente, manifiestan que las características de la hiperactividad tiene relación directa con el nivel inferior de ejecución académica, es por eso, que aquellas personas que padecen dicho problema, no realizan de manera correcta los niveles de ejecución (conocimiento, comprensión, aplicación análisis, síntesis y evaluación), razón por la cual, existe gran dificultad en los diversos campos de su desarrollo. (Vélez & Vidarte, 2012, págs. 114-115)

De acuerdo con el Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V) de la Asociación Americana de Psiquiatría (por sus siglas APA en inglés), el trastorno de déficit de atención e hiperactividad constituye uno de tipo neurobiológico, que provoca la desatención de destrezas que son importantes para el desarrollo académico, social, emocional y físico. Lo que le caracteriza al déficit, es un patrón persistente de falta de atención e hiperactividad, que es más frecuente y grave que el observado habitualmente en sujetos de un nivel de desarrollo similar. (Orjales, 1999)

Para el Manual de diagnóstico y estadística de los trastornos mentales (DSM-V 2013) el TDAH representa un trastorno neurobiológico que afecta tanto a adultos, como a niños. Se

lo describe, como un patrón persistente o continuo de inatención y-o hiperactividad e impulsividad que reprime las actividades diarias o el desarrollo típico. Los individuos con TDAH, además pueden experimentar problemas para mantener la atención, la función ejecutiva (o la habilidad del cerebro para comenzar una actividad, organizarse y realizar tareas) y la memoria de trabajo. (Association, 2013)

Se define al déficit de atención con hiperactividad como “*una condición en la que el cerebro del niño no funciona normalmente*” (González, 2006, pág. 20). Sin embargo, esto no involucra una señal de inteligencia inferior.

En otra de las definiciones, hacen hincapié en que el déficit de atención constituye un trastorno del desarrollo conocido como un retraso en la evolución del niño, que está comprendida por una serie de conductas, de manera persistente, determinada principalmente por la inquietud y la falta de atención, mostrándose en situaciones de inhibición motora. (Orjales, 1999)

Después de mencionar ciertas definiciones del TDAH/TDA, se puede categorizarla de acuerdo a sus signos y síntomas, debido a que en ciertas ocasiones prevalece la hiperactividad e impulsividad, en otras la carencia de atención o de manera combinada.

Cuando se habla del déficit de atención, su principal síntoma es la falta de atención, ya que resulta imposible que la persona afectada pueda dirigir y mantener la atención en un objeto, porque un estímulo irrelevante le llama la atención y se distrae con facilidad, por lo que se le dificulta concentrarse. Hay que considerar, que las funciones cognitivas del cerebro,

se encuentran desequilibradas, es por esa razón que durante el proceso de la atención (enfocar y ejecutar, sostener, codificar y cambiar), al niño le resulta difícil llegar a su objetivo.

La hiperactividad constituyen aquellos movimientos que se presentan continuamente, no poder mantenerse en un lugar, ya que siente esa necesidad de estar en constante movimiento, habla con mucha rapidez, no espera su turno, desborda energía, corre, salta, se desplaza, etc. Al hablar de la impulsividad se refiere a la forma de reaccionar inmediatamente. La manera combinada presenta los síntomas tanto del déficit de atención como la hiperactividad.

Para un adecuado diagnóstico de dicho trastorno debe considerarse tres etapas específicas que son: la detección, la cual la realizan los padres, ya que son quienes deben observar las conductas inapropiadas que presentan sus hijos.

La segunda área, es el diagnóstico médico, realizado por el neurólogo. Esta se base en la aparición de signos y síntomas de las conductas relacionadas con el (DSM IV), ya que son herramientas de importancia para lograr un adecuado diagnóstico; en algunos casos, se debe realizar un electroencefalograma (EEG) cuando existe sospecha de un daño orgánico.

El diagnóstico neuropsicológico permite valorar los rasgos individuales y específicos relacionados con los aspectos cognitivos, conductuales y falta de atención; que se trabajarán a través de terapias específicas.

Debe realizarse un correcto diagnóstico en las diferentes áreas propuestas anteriormente, ya que esto ayudará a elaborar un tratamiento de acuerdo al diagnóstico establecido.

El tratamiento, se trabaja conjuntamente, a través de: neuropsicólogo, psicopedagogo, psicológico y farmacológico, se debe considerar todas estas áreas ya que ayudará al paciente a disminuir y mejorar su conducta, fomentando su autoestima, confianza y relaciones sociales (Narvarte, 2008).

1.2 Reseña Histórica

En la evolución histórica del TDAH, es relevante mencionar a varios autores que fueron los precursores del descubrimiento de cada uno de los síntomas de dicho trastorno.

Sir Alexander Crichton, médico escocés, en el año 1798, fue uno de los primeros autores que registró algunos síntomas, describiendo las características de lo en la actualidad se conoce como TDAH y así lo denominó.

La sintomatología del TDAH fue descrita en 1845, por el psiquiatra alemán Heinrich Hoffman. Él fue quien propuso sus ideas en la obra “Struwwelpeter”, constituida por 10 relatos sobre diferentes exteriorizaciones psiquiátricas de la infancia y la adolescencia. Los signos que caracterizan a la hiperactividad y los déficits de atención, se encuentran propuestos en “*La historia de Felipe inquieto*”. En la que se muestra a un niño inquieto sobre la mesa, a pesar de las instrucciones dadas por sus padres. Hoffman con esta propuesta ha logrado reconocer algunos de los síntomas que actualmente se encuentran en la

“Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1992) para el cuadro de TDAH (en el manual de la OMS se contempla como Trastorno Hiperactivo)” (OMS, 2013).

Existen niños con déficits significativos a nivel cognitivo e intelectual. Se daba a conocer a niños con agitación psicomotora, poca atención, indisciplinados, aunque existe cierta disponibilidad para que las personas que se encuentran en su entorno, puedan manejarlos correctamente demostrándoles una relación adecuada de afecto que les brinde seguridad y apoyo fomentando su autoestima.

En 1901, en literaturas sobre “educación infantil”, se sugirió el nombre de “Corea mental”, a la dificultad presentado en varios niños, caracterizados por: “(a) Cambios violentos en el estado de ánimo, (b) déficits en los mecanismos de inhibición de conducta y atención sostenida, (c) necesidad continua de movimiento y de cambios en su entorno inmediato”. En dichas publicaciones sugeridas, no existe una incompatibilidad de la hiperactividad como signo de la hiperactividad como síntoma (García, 2005).

En el año 1902, aparecieron otras investigaciones a través del pediatra británico George Still, que en su artículo publicado en la revista “The Lancet”, realizó un estudio a niños con síntomas similares, que actualmente se denomina TDAH del tipo combinado: caracterizados por el exceso movimiento, presentaban un carácter escandaloso y obstinado. Still llegó a la conclusión de que el TDAH era una enfermedad neurológica que no se trataba de un incorrecto cuidado en el hogar, sino más bien era producto de una herencia biológica (García, 2005).

La hiperactividad es algo propio de la persona, por la existencia de una falta de equilibrio motor congénito. Boncour en 1905 y Durot en 1913, identificaron a aquellos estudiantes con problemas de aprendizaje, los mismos que presentaban una imposibilidad de mantener la atención, responder y entender, sin dejar de lado, el que pueden destacarse en algunas áreas y en otras no. Durot, fue uno de los precursores, en diferenciar síntoma y síndrome, manifestando que la hiperactividad es un síntoma propio de los niños con retraso mental.

En el año 1930 Kramer y Pollnow, luego de realizar un estudio a 15 niños, concluyen en que se trata de un problema de articulación en el habla, distraibilidad e intranquilidad exagerada, llegando a nombrarla “Trastorno Hipercinético”, incluyéndola dentro de la psicosis infantil (Navarro y González, 2010, págs. 25-27).

A esta idea, se acogieron Strauss, Kephart, Lehtinen y Goldberg en el año 1947, cuando establecieron el nombre de “*Lesión Cerebral Mínima*”, analizando el daño cerebral como única causa de esta anomalía. Luego de un sinnúmero de investigaciones, en el año 1962, Clements y Peters cambian el término por “*Disfunción Cerebral Mínima*”, ya que no se encontraba ligada a alteraciones del Sistema Nervioso Central. Los niños, ante esta anomalía, presentaban dificultad en la memoria y atención, impulsividad, deterioro perceptivo motor, alteraciones de aprendizaje, conducta, hiperactividad y debilidad emocional. (Navarte, 2008)

Con lo que se cita anteriormente, sugerido por dichos autores, es en el año 1968, cuando el TDAH aparece por primera vez en el DSM II o Manual diagnóstico y estadístico

de los trastornos mentales, con el nombre de “*Reacción Hiperkinética de la infancia*” (Organización Mundial de la Salud, 2014).

Posteriormente, en la década de los 70, es cuando la dificultad para mantener la atención y para controlar los impulsos, los aspectos cognitivos, empiezan a adquirir importancia ante la hiperactividad. Las investigaciones de Virginia Douglas en 1972 influyeron de manera decisiva en el cambio de denominación del TDAH en el DSM III. Finalmente, en 1992, la Organización Mundial de la Salud, publica en su décima versión (CIE-10), al TDAH, reconociendo al mismo como entidad clínica y queda recogido en el grupo de trastornos de la conducta y de las emociones (OMS, 2013).

Con estas diversas propuestas sobre el TDAH, para Barkley, catedrático de Neurología y Psiquiatría en la Universidad de Carolina del Sur, y referente mundial en la investigación sobre el trastorno al que se hace referencia, el término TDAH resulta sin importancia y va más allá de las características de inatención, hiperactividad e impulsividad; por lo que cita lo siguiente:

El TDAH se considera un déficit en el autocontrol o lo que los profesionales llaman, funciones ejecutivas, fundamentales para planificar, organizar y realizar comportamientos complejos durante largos períodos. En los niños con TDAH la parte “ejecutiva” del cerebro, que es la que organiza y domina la conducta, ayudando al niño a proyectar las acciones futuras y seguir con el plan propuesto, funciona de manera poco eficaz (Barkley, 2011).

En conclusión se puede decir que, en la actualidad, los diversos puntos de vista sugeridos por los diferentes autores han llegado a definir, que el TDAH es un constructo diagnóstico que referente al funcionamiento y desarrollo inadecuado de las funciones ejecutivas y que según este enfoque, las personas con TDAH poseen una falta de capacidad para activar y sostener aquellas funciones responsables de la autorregulación de la conducta.

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), constituye un trastorno que, en mayor o menor grado, persiste a lo largo de toda la vida. En el caso del TDAH no tratado, se estima que sólo en un 10 - 20 % de los casos, existe lo que se denomina una remisión funcional, es decir, falta de manifestaciones del trastorno con repercusión en la vida del individuo (Biederman & Faraone, 2005).

De acuerdo a diferentes estudios, un 75 % de niños con TDAH serán *adolescentes con TDAH* y de estos, un 50 % serán *adultos con TDAH*. La prevalencia del TDAH en la población adulta está calculada entre el 3-4 % (Narvarte, 2008).

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), es una de las alteraciones con mayor prevalencia en niños y jóvenes, el mismo que es estudiado de manera extensa en psicopatología infantil, es por esto que a lo largo de la historia se han publicado muchos escritos sobre este tema. En varios estudios existen casos individuales, citados en la Tesis de Calderón Garrido (2003), fueron los de Hohman y Ebaugh, entre 1922 y 1923, que citaban, tras varios estudios clínicos, a niños con *Síndrome de inestabilidad psicomotriz*. Un año más tarde, Steker y Ebaugh, mencionaban que la irritabilidad, empeoramiento en la atención y memoria, tics, inestabilidad emocional como un *Trastorno de conducta*

postencefálico. Y fueron Khan y Cohen, los primeros autores que establecieron un nuevo término, *Síndrome de Impulsividad Orgánica*, que se manifestaba por la impulsividad, hiperactividad, conducta antisocial y problemas emocionales, a causa del deterioro cerebral prenatal o por un defecto congénito (Navarte, 2008).

De esta forma, concluye, que ya en esa época se empezaban a interrelacionar, tanto los factores orgánicos como los ambientales, consecuencia de una disfunción cerebral.

Otra época marcada por los estudios de este trastorno y considerada como el supuesto origen de la hiperactividad, relacionaba la conducta de los niños que padecían una encefalitis con la conducta que presentaban los niños considerados hiperactivos, pues se pensaba que los niños con hiperactividad mostraban algún tipo de daño cerebral.

A partir de la década de los 70, la denominación del término ha seguido evolucionando. En esta época, ha habido un fuerte incremento de programas norteamericanos de educación especial, junto a una mayor tendencia en la que se entendía la hiperactividad, como un problema de conducta, al no encontrar ninguna lesión cerebral como causa del trastorno. Un autor importante de este momento, fue Douglas, que junto con su equipo y la Asociación Canadiense de Psicólogos, plantearon un nuevo supuesto en el que determinaban el Déficit de Atención como una incapacidad en los niños para mantener la atención y controlar la impulsividad y no la excesiva actividad motriz. El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (en inglés, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) (por sus siglas, DSM) de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA), instaura una organización de los trastornos mentales y facilita las explicaciones precisas de las

categorías diagnósticas, con el fin de que los profesionales de las ciencias de la salud, puedan diagnosticar, estudiar e intercambiar información, además de tratar los distintos trastornos mentales. Y es en la década de los 80, cuando el DSM-III instaure nuevas pautas para la definición del trastorno, denominando “Déficit de atención con o sin hiperactividad”, en la que se dispuso una mayor importancia a los aspectos atencionales del trastorno (Navarte, 2008).

En 1988, luego de diversas críticas recibidas, por la inconformidad de opiniones establecidas por el DSM-III, se publica una tercera edición renovada, el DSM-III-R. En éste, se agruparon los síntomas del trastorno en un solo subtipo, denominado “*Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)*” caracterizado por la dificultad de permanecer sentado, verborrea, no poner atención a lo que le dicen, entre otras (Navarro y González, 2010).

El trastorno con déficit de atención, con o sin hiperactividad nace en los inicios del siglo XX, ya que surge como un trastorno clínico, a diferencia de otras patologías, dando mayor importancia a los factores ideológicos que a los principios científicos. Los orígenes fueron importantes, ya que se basaron en la opinión de McBurnett, Lahe y Pfiffner (1993), para comprender la dificultad existente, al momento de conocer ciertos síntomas e instaurarlos como un trastorno. Dichos autores, manifiestan que existe cierta inconveniencia, con el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad y su clasificación, ya que cada nueva versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) han modificado su clasificación y criterios acerca del trastorno (Navarro y González, 2010).

Cuando hablamos del TDAH podemos mencionar que existen varias teorías que definen dicho trastorno; entre ellas mencionamos los diferentes modelos cognitivos. Los modelos cognitivos que se han determinado en la actualidad son: modelos de déficit único y modelos duales. Cuando hablamos de un modelo de déficit único nos referimos a la disminución de un mecanismo cognitivo fundamental que está sujeto a las manifestaciones del TDAH; a diferencia de los modelos duales, ya que estos se encuentran relacionados con diferentes aspectos cognitivos sin que exista un origen único.

1.3. Modelos Cognitivos del TDAH

1.3.1. Modelos de déficit de atención único

1.3.1.1 Modelo de déficit de atención en el control inhibitorio

Barkley explica el modelo de control inhibitorio, manifestando que existe una dificultad para actuar o dar una respuesta de cambio, las cuales están ligadas a tres procesos paralelos; donde las circunstancias o situaciones se presentan de diferente manera, pero éstas se encuentran relacionadas con un mismo mecanismo: capacidad de inhibir una respuesta que influye de manera directa ante un evento, interrupción de respuesta dominante y control de la interferencia. Es por eso que cuando existe un descenso de la capacidad de inhibición influye de manera negativa a las funciones ejecutivas.

Se habla de la internalización del lenguaje o memoria de trabajo verbal (MT); puesto que el niño durante los primeros años de vida interioriza su propio diálogo siendo considerado como parte integral de su personalidad; es por eso que se genera un diálogo interno el cual dirige su conducta, este se relaciona con situaciones que requieren manejar su

psique interno y su información la cual interviene directamente en el aprendizaje. No es extraño que un niño con TDAH presente dificultades para retener información.

Una organización competente y dinámica requiere un trabajo ágil de la MT verbal; ya que la misma nos permite desenvolvernó de manera funcional en la resolución de conflictos que requieren conservar una información en línea. Esto repercute en un comportamiento introspectivo y satisfactorio en la resolución de problemas. En el aprovechamiento escolar, la MT verbal actúa de manera eficaz facilitando su capacidad para integrar sus conocimientos ya que lo mismo sucede con la comprensión lectora, aspecto importante en el aprendizaje.

A diferencia de la MT no verbal ya que esta retiene los sucesos en el cual uno se encuentra acontecimientos en los que uno se ve implicado para encaminar nuestras acciones, otro de los aspectos que se relaciona con la MT no verbal es el tiempo porque prolonga la gratificación inmediata.

La organización o el restablecimiento consta de dos funciones que se encuentran relacionadas estas son: análisis y síntesis. Análisis es aquella parte donde se separan los elementos para conocer sus cualidades o características y llegar a una conclusión; y la síntesis reúne varios elementos que se encontraban dispersos para organizarlos o relacionarlos.

Al relacionarnos en los diferentes ámbitos de nuestras vidas requerimos de dichas funciones tanto del análisis como de la síntesis para conservar la ubicación en el entorno. De esta manera, la fluencia verbal y el discurso coherente están ajustados a las habilidades ejecutivas.

Al referirnos a la autorregulación de las emociones y la motivación hacemos referencia a las destrezas o habilidades propias de la persona, las cuales están relacionadas con el control de la conducta, en la ausencia de una respuesta inmediata.

Los acontecimientos que surgen hacia el exterior generan emociones. Cuando las emociones no son reconocidas por el propio sujeto, se desatan comportamientos inapropiados generando conflictos internos.

La incapacidad de controlar o manejar correctamente los elementos nombrados anteriormente nos conducen a una conducta desbocada, falta de paciencia, generar de frustración, etc. Como resultado de ello se da la falta de motivación o baja autoestima.

Después de haber descrito ciertos elementos que se encuentran relacionados con el TDAH, es importante resaltar que para Barkley la definición de ‘atención’ queda indefinida en su criterio. El TDAH se lo conoce más como una disfunción ejecutiva que como un déficit de atención. Por eso Barkley nombra seis tipos de atención que se encuentran definidos (“arousal”, estado de alerta, atención selectiva, atención dividida, amplitud de atención y atención sostenida) refiere que la atención sostenida es propia del TDAH. El conflicto no se basa en que no se pueda mantener la atención en un determinado suceso o varios acontecimientos, sino el conflicto se presenta por la falta de constancia o perseverancia.

1.3.1.2. Modelo de la regulación del estado

El modelo descrito a continuación fue implementado por Sergeant, quien plantea que para llegar a una meta, se necesita de la ‘energía mental’, para llegar al objetivo deseado se

deben ajustar los caracteres que se relacionan con los procesos psíquicos de sus demandas, de esta manera, se obtendrán resultados.

Para estabilizar los estados psíquicos se le puede considerar como una función ejecutiva, que le corresponde al lóbulo frontal y funciones del sistema límbico. La teoría de la regulación del estado, al igual que la teoría de Barkley, concuerda que las disfunciones ejecutivas son aspectos primordiales del TDAH; aunque, reemplaza las carencias en el control inhibitorio por un déficit en la capacidad de regulación del estado de ánimo y la motivación, que actúan como componentes de cambio o limitaciones de las funciones ejecutivas.

Las resoluciones se encuentra desvinculada, por dos aspectos que son: su duración como su discontinuidad. El modelo neuropsicológico del déficit básico se presenta a través de las pruebas tipo go/no-go. La manifestación de los estímulos con gran velocidad provoca una sobre carga que, produce respuestas inmediatas, indeterminadas e inapropiadas.

A diferencia cuando emitimos un estímulo, su respuesta es baja lo que produce respuestas lentas, cambiantes e ineficaces. Lo que nos demuestra que cuando existe una baja capacidad para formar energía esta no responde correctamente al entorno.

La concordancia que se presenta con los signos del TDAH y la versatilidad en el tiempo de respuesta, evaluada a través de los test computarizados de ejecución continua, se ha podido indicar en estudios realizados.

1.3.1.3. Modelo de aversión a la demora

Sonuga-Barke propone un modelo de teoría, basada en la aversión a la demora. Sonuga manifiesta que la aversión a la demora, consiste en que las personas que padecen TDAH, se benefician de una gratificación inmediata, superpuesta a una gratificación de mayor dimensión y de prolongada trayectoria, pero demorada. Dentro de esta propuesta, la impulsividad tendría como finalidad disminuir el tiempo de demora para adquirir una gratificación cuando el niño con TDAH reconozca su ambiente donde se desarrolla.

1.3.1.4. Modelos duales o de déficit múltiple

En algunos casos de déficit de atención el control ejecutivo se encuentra deteriorado, en otros casos este es ausente, algunos autores han llegado a la conclusión que el TDAH es un trastorno de déficit cognitivo heterogéneo, mas no un trastorno con un déficit único. Esto nos da otra forma de interpretar acerca de lo que es el TDAH. Es por eso que se han desarrollado múltiples modelos.

1.3.1.5. Modelo cognitivo/energético

Esta teoría se fundamenta, en la regulación del estado explicada anteriormente. Este modelo en el deterioro que existe cuando se procesa determinada información; por la relación que se establece entre los tres niveles de procesamiento

- **Nivel computacional de los mecanismos atencionales:** se relaciona con la codificación, búsqueda y organización motora.
- **Nivel del estado:** este nivel está constituido por los mecanismos de energía agrupados en nivel de alerta (arousal), esfuerzo y activación. El estado de alerta es la

excitabilidad o inactividad para actuar; que está influenciada por la intensidad del estímulo o la actividad que estamos realizando. El esfuerzo es la voluntad que tenemos para enfrentar las diferentes situaciones. La activación es el recurso para actuar.

- **Nivel de funcionamiento ejecutivo:** nos ayuda a planificar, controlar, descubrir los errores y corregirlos. El déficit de carácter inhibitorio surge cuando se presenta un déficit en alguno de los niveles, con mayor frecuencia se presenta cuando existe un daño en el nivel del estado. El déficit en la regulación motora se origina en el nivel computacional.

1.3.1.6. Modelo dual de Sonuga-Barke

Esta teoría se fundamenta, en la aversión a la demora, mencionada anteriormente, se respalda en la presencia de dos déficit de diferente carácter. Se evidencia una transformación en las conexiones que intervienen en la recompensa, lo que causa que no se manifestó la señal de recompensa retardada. Lo que se emite, es un comportamiento impulsivo que caracteriza al TDAH.; otra de sus características es la falta de eficacia para emitir alguna respuesta; esta se relaciona con el déficit de las habilidades de organización pertenecientes a la demora. Conjuntamente, se observa un déficit ejecutivo en la capacidad de decidir lo que nos encamina hacia un déficit ejecutivo propio del TDAH, tal como describe Barkley.

1.3.1.7. Modelo dual de comorbilidad con el autismo

El déficit ejecutivo es una característica propia de los autistas de alto nivel o en el trastorno de Asperger. Los autistas graves presentan dicha disfunción, pero no es tomada en

cuenta ya que existe otra prioridad que es el síndrome autista y el retraso mental. Los autistas presentan dificultades a nivel de la mente y de las conexiones centrales. Varias investigaciones entre el autismo y el TDAH han llegado a determinar que existe diferencia entre los mismos, aunque no de forma conjunta, han encontrado déficit compartidos entre ambos trastornos. Nyden manifiesta que el TDAH y el autismo tenían en común el déficit en el control inhibitorio, pero no la flexibilidad cognitiva, ya que este se encontraba presente sólo en el TDAH. Geurts et expresa que los niños autistas presentan déficit en todas las habilidades cognitivas, a excepción de la memoria de trabajo, mientras que en el TDAH se demostraba mayor déficit en capacidad de inhibición de respuesta a la fluencia verbal. A excepción de, las medidas de función ejecutiva no podían ser diferenciadas entre el TDAH y autismo de alto nivel, con la única irregularidad de la capacidad de inhibición. (Artigas-Pallarés, 2009)

CAPÍTULO II

2. TRATAMIENTO Y MODELO DE INTERVENCIÓN

Al hacer referencia a un tratamiento, se trata de la tarea de manejar algún aspecto ligado a su diagnóstico, es por eso que el TDAH se basa en varias intervenciones con el fin de atenuar la sintomatología que determina a dicho trastorno.

Basándose en el tratamiento multimodal, se debe mencionar, que desde los 6 años hasta la adolescencia, constituye el mejor proceso para alcanzar resultados positivos en los objetivos planteados de modificar la conducta.

2.1 Tratamiento y modelo de intervención

2.1.1 Tratamiento multimodal: Integración de formas terapéuticas

El tratamiento terapéutico para el niño con TDAH, inicia con la explicación al niño y sus padres, de manera fácil y sencilla, el padecimiento que sufre el menor, de manera que puedan comprender la complejidad de la situación. Una vez informados, se determinará el tipo de tratamiento, su propósito y si éste es a corto o a largo plazo. Cada procedimiento o tratamiento es único, ya que responde a las necesidades particulares del niño y su familia. Sin embargo, debe contener algunos elementos esenciales: destrezas de trabajo, organización y planificación, manejo de las emociones, autoestima, destrezas de interacción social, orientación y adiestramiento a los maestros, tanto para el niño como para su entorno familiar.

Walen y Henker (1991) defienden el postulado, de que un tratamiento multimodal, es la mejor respuesta a las problemáticas del TDAH. Orjales (2002) sostiene que, el marco de

intervención para el niño y la familia que padecen TDAH debe contener como parte de sus estrategias los siguientes enfoques o técnicas cognitivas: las auto-instrucciones, autoafirmaciones, toma de conciencia de los procesos mentales y técnicas de comportamiento, que están fundamentadas en el control de los acontecimientos que provocan las conductas negativas o positivas (Pozo de Castro, De la Gandara Martin, Garcia Mayoral, & Garcia Soto, 2005, págs. 170-176).

Se considera el entrenamiento del auto-instrucción o auto-verbalizaciones, como herramientas esenciales, capaces de guiar, controlar y coordinar las conductas de los niños. Sostiene que para ayudar a frenar y organizar el pensamiento de menores impulsivos, es necesario pedirles que expresen en voz alta sus pensamientos para luego ayudarles a organizar los mismos. La auto-instrucción, se define como *una afirmación auto-dirigida que proporciona a los niños estrategias de pensamiento que los guían a solucionar problemas y fomentar el autocontrol* (Vélez & Vidarte, 2012). Es un proceso que ayuda y orienta a los niños impulsivos e hiperactivos, en la práctica del habla consigo mismo, para controlar y frenar su impulsividad y aumentar su lenguaje interno. El entrenamiento en auto-instrucciones, consiste en modificar las verbalizaciones internas, que un sujeto emplea, cuando realiza cualquier tarea y sustituirlas por expresiones apropiadas para lograr su éxito. El objetivo de la técnica, no es enseñar al niño a pensar, sino cómo ha de hacerlo. El método consiste en aprender un modo adecuado, una estrategia para resolver los fracasos y hacer frente a nuevas demandas ambientales.

Las auto-instrucción sugieren una guía para que los padres puedan ayudar a pensar de manera reflexiva, al niño con TDAH, éste debe pasar cinco pasos, los mismos que tienen que seguir sin saltar ninguno. Estos pasos que se mencionan a continuación, son básicos para que los padres puedan manejar de mejor manera la problemática en el hogar (Navarte, 2008):

- PRIMER PASO: ¿Qué es lo que tengo que hacer?
- SEGUNDO PASO: ¿Cómo lo voy a hacer? Establecer un procedimiento.
- TERCER PASO: Estar atento a todas las posibilidades de respuesta.
- CUARTO PASO: Daré la respuesta.
- QUINTO PASO: Evaluaré el resultado y de acuerdo a eso estableceré si su consecuencia es correcta o incorrecta; con esta actividad se logrará desarrollar en el niño la capacidad reflexiva, por medio de la internalización de mediadores verbales, necesarios para autorregular su acción.

Por su inmadurez y su gran dependencia emocional, el niño con TDAH es extremadamente influenciado. Los padres pueden organizar actividades, que propendan a las actitudes reflexivas, en la ejecución de cualquier tarea dentro del hogar. El procedimiento de intervención, orientado a la internalización de auto-instrucciones, consiste en una secuencia de los siguientes pasos (Navarte, 2008):

- El padre o la madre diseñan la ejecución de tareas expresando en voz alta las auto-instrucciones. El niño observa cómo el modelo adulto ejecuta una tarea, mientras se habla a sí mismo (modelaje cognoscitivo).

- El niño realiza la tarea, dándose instrucciones en voz alta (auto-instrucción audible, auto-guía externa o dirección abierta).
- El padre o la madre modelan la ejecución de la tarea mientras susurran las auto-instrucciones.
- El niño susurra las auto-instrucciones, a la vez que va practicando la tarea (auto-guía manifiesta o desvanecido).
- El padre o la madre ejecutan la actividad utilizando auto-instrucciones internas con pausas y signos conductuales de estar pensando.
- El niño realiza la tarea mientras expresa la auto-instrucción en un habla privada (auto-instrucción cubierta o secreta).

2.1.2 Tratamiento cognoscitivo-comportamental

La finalidad del tratamiento del niño con TDAH, es lograr que éste, sea capaz de alcanzar por sí mismo una total autonomía en la regulación de su conducta en todos los aspectos. Se define autonomía, a las destrezas y aptitudes que desarrolla el niño para el autocontrol y la adaptación a las normas establecidas en el hogar, la escuela y comunidad donde vive. Se mencionan tres tipos de autonomía: física, cognoscitiva y emocional. Como autonomía física se puede referir a los hábitos que desarrolla el niño para la vida diaria, entre otros, el orden y la colaboración. La autonomía cognoscitiva, es la capacidad para seleccionar la información relevante de la irrelevante, autoevaluación, autocorrección y selección de las estrategias de actuación adecuada. Por último, la independencia, autoestima sana y relaciones

satisfactorias con las personas del medio ambiente, son consideradas como la autonomía emocional (Navarte, 2008, págs. 178-186).

Las técnicas que los padres deben utilizar para mejorar la conducta del niño estarán enfocadas en lograr que el niño se concentre en las tareas que tiene que realizar en los diferentes aspectos de su vida. Se debe tener en cuenta que el compromiso de los padres es de vital importancia para obtener los resultados deseados. Estas técnicas se fundamentan, en la aplicación de refuerzos positivos o negativos ante los diferentes comportamientos que demuestra el niño. Tanto las técnicas comportamentales, como el tratamiento farmacológico, requieren de poco esfuerzo del niño, ya que están reguladas básicamente por los adultos.

Aspectos positivos y negativos de las terapias comportamentales y cognoscitivas, que se mencionan a continuación (Navarte, 2008):

- **Aspectos Positivos o Exitosos:**

- Progresos verificables en algunos de los síntomas del TDAH.
- Los objetivos que se alcanzan exitosamente, con las técnicas comportamentales suelen ser, especialmente, la falta de control de los impulsos, hiperactividad, desobediencia e inatención.
- Los objetivos que se alcanzan exitosamente mediante las técnicas cognoscitivas están encaminadas, a mejorar la ejecución del niño en la solución de problemas, el manejo de la rabia y la frustración y un mejoramiento en las habilidades sociales.

- Las mejoras son rápidas y así se “cortan” los círculos viciosos, disminuyen los efectos secundarios y se disminuye el estrés general.
 - Reduce la interacción desfavorable entre el TDAH y los eventuales trastornos comórbidos.
 - Disminuye la interacción desfavorable entre el niño con TDAH, su entorno familiar y su medio social.
 - Las terapias pueden establecerse, para resolver los problemas más urgentes y concretos, verificando con facilidad su eficacia.
 - Los procedimientos establecidos, difícilmente empeoran la situación, en el caso de que no mejoren en su totalidad.
 - Tampoco se observa sustitución de síntomas. La relación entre el costo medido en tiempo, dinero y estrés, es altamente económica, comparada con otros abordajes.
- **Aspectos Negativos:**
- El nivel de recaída es alto en las técnicas comportamentales, basadas en el denominado condicionamiento operante, cuando se suspenden los refuerzos.
 - Los resultados obtenidos, en un contexto estructurado y gratificante, por ejemplo, escuela, hogar y consultorio médico, no se exteriorizan con facilidad en los ambientes desconocidos.
 - Resulta difícil utilizar estas técnicas, fuera de los contextos mencionados en el ítem anterior. Por consiguiente, si el niño presenta dificultades en el entorno donde se desarrolla, las intervenciones comportamentales pueden ser poco eficaces.

- Aunque las intervenciones de origen cognoscitivo, son más eficaces y transferibles a otros contextos, que las comportamentales, pueden presentarse ciertas dificultades.
- Puede resultar agotador para docentes y padres, mantener a largo plazo los programas de modificación comportamental.
- Las técnicas cognoscitivas que se usan en terapia, no logran el resultado esperado, sin la ayuda de la medicación, para mejorar en el aspecto académico, atencional y cognoscitivo.

2.1.3 Enfoque terapéutico cognoscitivo conductual

El enfoque conductual, señala, que los síntomas del TDAH, constituyen patrones de conducta inadecuados que pueden modificarse, como cualquier otro desorden de conducta, por medio de la variación de estímulos ambientales de una determinada conducta, como lo establece el principio del Condicionamiento Operante. Los cambios que se dan en la conducta del niño se producen a través de técnicas de investigación, con las cuales se esperan producir cambios en el comportamiento del niño, basados en los principios de aprendizaje (Narvarte, 2008). A través de estas técnicas que son producto de variables ambientales, enfocaremos la terapia en la conducta del niño y en el refuerzo positivo que se le ofrece a éste, cada vez que asume un comportamiento positivo o deseado, lo que hace menos probable, que se repita una respuesta negativa de parte del niño. Una respuesta positiva de un niño se alcanza a través de un procedimiento que produce alteración de las variables ambientales a las cuales se exponen el niño y entorno familiar.

El enfoque terapéutico cognoscitivo conductual, está formado por una combinación racional del enfoque conductual, basado en las teorías del aprendizaje y un enfoque cognoscitivo, que enfatiza el rol de los aspectos de mediación en el aprendizaje y la conducta del niño.

Se postula que las fuentes principales de los trastornos psicológicos, están en los conocimientos o pensamientos de las personas en general, por consiguiente, el objetivo de la terapia, es procurar la modificación de la conducta y sentimientos del niño, actuando sobre la forma en la que puede pensar. Los procedimientos de intervención, que se sustentan, en la postura cognoscitiva-conductual, se basan en determinados principios, que se describen a continuación (Orjales, 1999):

- El organismo se basa en las representaciones mentales de un mundo adyacente y no al medio propiamente dicho.
- Las imágenes están relacionadas con el proceso de aprendizaje, debido a que, los procesos cognoscitivos - mediacionales, están involucrados en todo tipo de enseñanza humano.
- El tratamiento actúa de manera directa en los pensamientos, sentimientos y conductas ya que están interrelacionadas.
- Las actividades cognoscitivas son importantes en el conocimiento psicopatológico y en el cambio psicoterapéutico.

- Las cogniciones y conductas, son compatibles, lo que nos ayuda a interpretar los procesos cognoscitivos, dentro de paradigmas conductuales que pueden combinarse con procedimientos de conducta.
- La terapia cognoscitiva consiste en evaluar las desviaciones o procedimientos cognoscitivos deficientes, con el objetivo de flexibilizar y modificar los esquemas disfuncionales y pensamientos automáticos que se desprenden de éstos para corregir estas disfunciones.

De acuerdo a lo mencionado anteriormente en relación a la conceptualización de las alteraciones conductuales y emocionales, la terapia está dirigida a modificar los diferentes aspectos que se encuentran interrelacionados con la conducta. A continuación se describen diversos procedimientos de la modificación de la conducta en niños con TDAH con el tratamiento cognoscitivo-conductual (Navarte, 2008):

- **Refuerzo positivo:** Consiste en brindar una recompensa positiva cuando el niño ejecuta una conducta esperada. Lo que se pretende es que los adultos ignoren aquellas respuestas o conductas inadecuadas, que puede presentar el niño con TDAH durante el proceso del tratamiento; es por eso que se busca una adaptación efectiva del niño y el incremento de conductas apropiadas. Esta intervención, requiere que los adultos ignoren, hasta donde sean posibles los comportamientos inadecuados y refuercen aquellas conductas que estén dentro de los límites establecidos. Es necesario recordar, que lo que se pretende en esta intervención es que el niño asuma una conducta adecuada, la mayor parte de tiempo, sobre todo, en el periodo escolar.

- **Auto-Recompensa:** Dicha técnica se basa en que el niño se dé refuerzo a sí mismo, luego de realizar correctamente una actividad. En primer lugar, los comportamientos son gobernados por un adulto, quien establece con el niño las conductas, por las cuales recibirá el refuerzo, en forma proporcional con las metas propuestas. Luego, se le enseña al niño a auto administrar sus refuerzos, de modo similar como lo hizo el adulto. Se enseña al niño, a fijar sus propias metas, cumplirlas y premiarse por los logros obtenidos.
- **Recompensa social:** Esta teoría se asocia a la idea de crear un medio ambiente confortante y alentador, en los diferentes ámbitos de su vida, ya sea a través de refuerzos o comentarios positivos, tales como: "estás haciendo un buen trabajo", "se ve que realmente te estás esforzando". Otra manera de recompensar al niño es a través del lenguaje corporal ya que demuestra la satisfacción del adulto con la conducta presentada. Los adultos son los responsables de crear un ambiente de aceptación y de respeto mutuo.
- **Costo de respuesta:** Esta técnica se basa en entregar al niño por adelantado un número de fichas de retribución y explicarle que éstas pueden perderse cuando muestra conductas negativas. Finalizada la sesión, el niño puede intercambiar sus fichas por un premio como recompensa, siempre que cumpla con los acuerdos establecidos. El valor de su respuesta, está diseñado para ayudar al niño a recordar, detenerse y pensar antes de actuar.

- **Autoevaluación:** Consiste básicamente en enseñarle al niño con TDAH, a evaluar y valorar la ejecución de una actividad, mediante el uso de un registro de pensamiento el cual consiste en preguntarse “¿cómo lo hice hoy?”, “¿cómo me siento?”, de manera que pueda evaluarse a sí mismo y mejorar aquellas áreas de debilidad, utilizando su propio esfuerzo. Se sabe que muchos niños con el trastorno, tienen una autoestima baja y que esta técnica puede ayudar, a valorarse como individuos.
- **Modelaje:** El niño aprende por medio de la observación e imitación, las conductas positivas que se adquieren de otros modelos, principalmente se basa en la formación de los padres, maestros, hermanos, y de las consecuencias cuando asume una conducta no deseada. Cada miembro de su entorno familiar, social y escolar son responsables, en la terapia del niño, sirviendo de modelo, realizando las actividades, tareas y demostrando comportamientos adecuados, ya que esto es utilizado en la metodología de las auto-instrucciones y el pensamiento reflexivo al enfrentarse a una situación desagradable. El adulto mostrará en ocasiones una conducta responsable y en otras existirán falencias o errores, de manera que el niño pueda proceder de manera adecuada o inadecuada frente a las dificultades que encuentre a lo largo de su vida. El modelo sirve para mostrar cómo se efectúan las actividades y resuelven los problemas, usando las auto-instrucciones, exteriorizando el proceso del pensamiento reflexivo al enfrentarse a una situación problemática, mostrando en ocasiones una perfecta ejecución y en otras, donde se cometen errores, con el fin de demostrarle al niño diferentes estrategias.

- **Juego de Roles:** Dicha técnica consiste en que el adulto presenta al niño una situación la cual será imitada, para que sea resuelta por el niño, bajo la supervisión del adulto pone en práctica las estrategias cognoscitivas aprendidas, generando alternativas de soluciones para esa circunstancia en particular. El padre o maestro ayuda al niño a comprender que en los contextos sociales donde hay problemáticas, es necesario utilizar múltiples estrategias para lograr resolverlos. El niño debe ser capaz de lograr las acciones aprendidas para solucionar las diferentes situaciones a las cuales está expuesto, considerando los límites y beneficios, tanto emocionales, como conductuales.
- **Postura de la demora de la gratificación conceptualizada al autocontrol:** El modelo que se menciona, no es otra cosa que la capacidad que desarrolla el niño con TDAH, para posponer voluntariamente la gratificación inmediata. El niño logra tolerar la frustración que produce la postergación autoimpuesta de la recompensa y la capacidad de persistir en una conducta dirigida a una determinada meta, con el fin de obtener un beneficio mayor (Mischel y Mischel, 1977; Mischel et. al., 1989). Rapport, (1986), y Campbell, (1982) mencionados en Barkley (2002) en estudios con niños con TDAH y niños de grupo control, encontraron que cuando se les ofrece una recompensa mayor y más valiosa por un trabajo largo, versus una recompensa de menos valor, por un trabajo menor, los niños con el trastorno escogieron realizar una tarea menor a cambio de la recompensa inmediata; mientras que los niños del grupo control, en su gran mayoría seleccionaron la tarea más larga y la recompensa más valiosa. Esto indica que los niños con TDAH, tienen una aptitud más conformista que

los niños sin TDAH, y que prefieren la recompensa de menos valor, para no tener que pasar trabajo ni esperar tiempo para recibir la recompensa. Los factores que influyen en la habilidad de demorar la gratificación, son los siguientes:

- ✓ *El rol de la atención durante la postergación de la gratificación:* El no focalizar la atención hacia la meta (recompensa potencial), es lo que más facilita la capacidad de autocontrol. Lo fundamental, en este aspecto, es cómo la persona enfoca su atención hacia los objetos meta. A través de las auto-instrucciones, el niño puede transformar cognoscitivamente los objetos meta, remarcándolos mentalmente o distrayéndose de lo frustrante de la situación durante el período de postergación, pudiendo facilitar la espera por largos períodos.
- ✓ *Distracción Cognoscitiva:* A través de la auto-distracción, el niño es capaz de despreocuparse de todo lo negativo de la situación de espera, de modo que aumente el tiempo que puede demorar la gratificación.
- ✓ *Presentación simbólica de las recompensas:* Los estímulos pueden ser presentados en forma abstracta o estimulante. Los niños con TDAH, pueden incrementar sus destrezas, para controlar el efecto que les provoca el estímulo, cambiando la forma de pensar sobre estos. Una vez que los niños reconocen cómo pueden alcanzar el autocontrol con sus pensamientos, permitiéndoles la opción de esperar por lograr una meta, se hacen más inmunes a la situación física y se

vuelven más capaces de auto guiarse por su comprensión sobre las reglas de autocontrol.

2.2 Tratamiento farmacológico

El trastorno por déficit de atención, con o sin hiperactividad (TDAH) presenta una dificultad de la función atencional que interfiere en su comportamiento y aprendizaje, se ha podido evidenciar, que dicho diagnóstico presenta un elevado índice en la etapa escolar con una prevalencia del 6 al 10%. (Pozo de Castro, De la Gandara Martin, Garcia Mayoral, & Garcia Soto, 2005)

El TDAH se caracteriza principalmente por no lograr mantener la atención sobre algún estímulo, ya que se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes, muchas de la veces esto puede ir de la mano con la dificultad para controlar los impulsos y la hiperactividad creando un desorden cognitivo y conductual; que llegan a provocar un malestar en la actividades que realizan diariamente.

La intervención que se realiza en dicho diagnóstico, es multimodal ya que es llevada por varios profesionales de la salud (neuropsicólogo, psicopedagogo, psicológico y psiquiátrico), quienes ayudan a modificar dichas conductas, los padres también constituyen un apoyo fundamental dentro del equipo de profesionales para lograr los objetivos establecidos y tener un adecuado resultado.

Cuando se hace referencia, al tratamiento psiquiátrico, se habla directamente de la parte farmacológica del proceso terapéutico. En el año de 1937 se constató, que la benzedrina

(dextro y levo anfetamina en combinación), tenía efectos positivos, reduciendo los comportamientos inadecuados que se presentan constantemente. (Pozo de Castro, De la Gandara Martin, Garcia Mayoral, & Garcia Soto, 2005)

Dicha medicación es un psicoestimulante, que ayuda al funcionamiento neuronal que permite al cerebro adecuarse a los cambios o modificaciones de los trayectos, que conectan a las neuronas, es por eso que se utilizan como tratamiento de primera línea, siendo estos los antidepresivos y antihipertensivos.

2.2.1 Fármacos para el manejo del TDAH

Tabla 1. Fármacos estimulantes

Fármacos estimulantes		
Metilfenidato	D-anfetamina	Pemolina

Fuente: (Sociedad de Pediatría de Asturias, 2014)

Elaborado por: Autores, 2015

Tabla 2. Fármacos No-estimulantes

Fármacos no estimulantes				
Antidepresivos tricíclicos	Antihipertensivos	Atomoxetina	Agentes Psicoactivos	Otros
Imipramina	Clonidina		Donepezilo	Moclobemida
Desipramina	Guanfacina			Venlafaxina
Bupropion				Reboxetina

Fuente: (Sociedad de Pediatría de Asturias, 2014)

Elaborado por: Autores, 2015

2.2.2 Fármacos Psico-estimulantes

Son aquellos medicamentos utilizados con mayor frecuencia tanto en niños como adolescentes, ya que constituye un tratamiento de primera clase para el TDAH, por su eficacia y seguridad, entre los que se consideran más conocidos: metilfenidato, danfetamina y pemolina (Sociedad de Pediatría de Asturias, 2014).

Es recomendado no administrar dichos fármacos a niños menores de seis años, ya que podría confundirse con un retraso en el proceso de su desarrollo, más no un TDAH; otra de las razones es que pueda presentar efectos contradictorios a los deseados, por lo tanto, se debe consultar con el neuropediatra para que le prescriba correctamente el medicamento y la dosis adecuada.

Metilfenidato, es un medicamento conocido comercialmente como Ritalin o Concerta que ha sido utilizado hace más de 50 años, para tratar los signos y síntomas que se presenta en el TDAH. La estructura es parecida a las anfetaminas, con efectos similares a la cocaína, pero no se lo considera como un derivado anfetaminico, como lo es la dextroanfetamina. El efecto terapéutico, es el aumento de los niveles de dopamina y noradrenalina a nivel cerebral, lo que ayuda a mejorar la concentración, impulsividad e hiperactividad. (Pozo de Castro, De la Gandara Martin, Garcia Mayoral, & Garcia Soto, 2005)

Actualmente se lo conoce de dos maneras; de acuerdo a la liberación inmediata (Rubifen) con una permanencia de 2 a 4 horas, y de liberación sostenida (Concerta) de 10 a 12 horas.

- **Metilfenidato de acción inmediata (Rubifen)** inicia su impacto a los 30 o 60 minutos, después de haber ingerido el medicamento, por ser su efecto de corta duración, debe tomarse tres veces al día, para lograr que los síntomas disminuyan. Cuando existe una administración del medicamento, por un periodo largo, puede desarrollar una dependencia a dicho fármaco, es por eso que se sugiere suspender la dosis indicada durante ciertos periodos.

Existen efectos adversos que se producen por la toma de dicha medicación y pueden ser: falta de sueño, susceptibilidad, disminución del apetito y cólera. Existen dos efectos contraproducentes, tanto cólera como la susceptibilidad, que suelen ser propios del TDAH más no una acción farmacológica de forma directa.

Otra de las consecuencias, es la variación en sus movimientos y habilidades motoras, ya que existe una reducción de dichas actividades, que pueden ser observadas en el entorno donde se desenvuelve; a esto se puede agregar, que también puede presentarse el efecto rebote, es decir, que los síntomas desaparecen, sin embargo, pueden surgir de manera esporádica, ligados a la conducta y actividad motora, por lo que debe establecerse un horario exacto o consultar al especialista para aumentar su dosis.

- **Metilfenidato de acción sostenida (Concerta)** se efectúa como réplica a una respuesta desfavorable que se obtenía con la medicina tradicional, ya que existía una menor efectividad y se debía administrar varias veces diarias, para conseguir el efecto deseado. Es por eso, que el metilfenidato de acción sostenida, actúa una hora después de ingerir, con un efecto de 10 a 12 de duración, por lo que se puede disminuir la toma a una vez al día, para poder realizar las diferentes actividades, ya que la medicación interviene directamente sobre la conducta del niño. (Pozo de Castro, De la Gandara Martin, Garcia Mayoral, & Garcia Soto, 2005)

2.2.3 Fármacos no estimulantes

Como se cita anteriormente, los fármacos psicoestimulantes son aquellos, que actúan en forma directa, sobre los signos y síntomas de TDAH; pero existe una intolerancia en relación a dicha medicación en un 30% en niños y 50% en adultos, es por eso que existen otros tipos de fármacos que pueden ayudar a enfrentar dichas situaciones. (Pozo de Castro, De la Gandara Martin, Garcia Mayoral, & Garcia Soto, 2005).

2.3. Estrategias para trabajar: padres y educadores

Debemos tener en cuenta ciertas pautas para los padres y profesores, ya que son los que presentan mayores dificultades para detectar tempranamente las conductas que señalan las áreas con mayor afectación y muchas veces no saben cómo proceder con el niño que ya ha sido diagnosticado de manera correcta con TDAH. (Rafael, Barros, & Engo, 2000)

Dentro de nuestro trabajo lo que buscamos es proporcionar una guía que ayude a despejar una gran cantidad de inquietudes y favorecer para que el tratamiento sea eficaz para la mejora del niño.

Es importante que los padres sepan que los niños con TDAH precisan de una serie de reglas específicas para mejorar el comportamiento de sus hijos.

Las reglas primordiales para el tratamiento son:

- Que sean estables: El cumplimiento-incumplimiento de las reglas siempre ha de tener los mismos resultados.
- Que sean consistentes: Las reglas no cambian de un día para otro.
- Que sean explícitas: Las reglas son conocidas y comprendidas por ambas partes (padres y niño).
- Que sean predecibles: Las reglas están definidas antes de que se incumplan, no después.

Para que se puedan aplicar correctamente estas normas básicas, primeramente se deben explorar y reconocer las conductas inadecuadas.

Generalmente, los niños con TDAH muestran conductas inadecuadas, algunas de estas conductas se dan como origen a determinadas creencias erróneas de los niños sobre ellas. En su aspiración de sentirse integrados y de ser parte de un grupo, los niños acusan significados erróneos o conductas llevadas a cabo por ellos mismos. (Fajardo, Mena, & Cano, 2006)

Es muy importante y de relevancia en el tratamiento saber reconocer a tiempo estas conductas y la mejor manera de poder tratarlas para beneficio del niño, de los padres y los profesores, nunca debemos olvidar que se trata de un trabajo en conjunto.

2.3.1. Orientación para los profesionales:

La orientación en base a pautas para los profesionales, son de igual estimación que las que se ofrece para los padres, la diferencia es que estas se las adecua al ámbito escolar. Las intervenciones del profesional con niños que presentan TDAH deben fundamentarse en un soporte que debe incluir la supervisión constante, la utilización de herramientas básicas y la individualización de la atención. (Fajardo, Mena, & Cano, 2006)

También se pueden utilizar algunas técnicas primordiales como:

- La extinción.
- El tiempo fuera.

- El establecimiento de normas detalladas y específicas, estas deben ser negociadas con el niño, esto le proporciona al mismo el conocimiento de cuándo puede o no hacer algo que llegaría a ser correcto o incorrecto para él.

Cuando se establecen estas normas es necesario tener en cuenta lo siguiente:

- Utilizar un lenguaje afirmativo (positivo).

- Supervisión constante.

- Herramientas básicas.

- Proporcionar información individualizada.

Es muy importante que el psicólogo junto con el profesor, comuniquen a los padres sobre los problemas que se han presentado en la escuela, así como, de las repercusiones que esto ha provocado en el alumno. La manera más correcta de realizar esto es reportando datos precisos sobre las dificultades de conducta en el niño y el bajo rendimiento académico manifestado, y así compararlos con las conductas que se dan con los padres en el entorno familiar, así se podrán establecer semejanzas y diferencias en el aprendizaje y comportamiento del niño en los dos ámbitos de su vida.

Es beneficioso, tanto para los padres como para los profesores, que se les pueda orientar para entender la problemática por la que atraviesa el niño y ver la gran magnitud del problema e intentar encontrar soluciones para mejorar el desarrollo del mismo y así poder brindarle una guía y estrategias de una manera más amplia y correcta para con su trastorno.

Es también de gran importancia explicarles a los profesores que una vez se conozcan los resultados del diagnóstico con el respectivo informe de evaluación, se deberá proveer de psicoeducación a los padres del niño sobre el TDAH, confirmar el diagnóstico médico y tratar el problema de forma específica.

En lo que respecta a los profesionales, estos deberán sugerir a los padres sobre el uso y acceso a información actualizada y basada en evidencia científica sobre TDAH. La información veraz hace que la duda e incertidumbre sean mucho mejor manejadas y así se logrará enfrentar el miedo a lo que no se conoce, con lo que se tomarán mejores decisiones a la hora de ayudar al niño.

Los profesionales proveerán de herramientas a los padres como libros sobre TDAH, direcciones de páginas web en donde podrán conocer más sobre la problemática que los aqueja, todo esto debe ser de fuentes confiables y con un contenido que de verdad enriquezca el conocimiento sobre el TDAH.

Es imprescindible saber que existen grupos de padres de niños que presentan TDAH, estas agrupaciones ofrecen servicios totalmente gratis sobre casos reales y herramientas para afrontar el problema, es recomendable pedir la autorización a este grupo de padres para poder llevar todo lo que se aprenda y de toda la información que se obtenga al personal responsable del respectivo centro educativo, ya que se considera oportuno y es de condición esencial, que los profesionales que llevan el caso puedan disponer de toda la información necesaria en fin de beneficiar con un trabajo de calidad para el niño.

Estos datos personales que el profesional del centro educativo en cuestión obtiene en el ejercicio de sus funciones, se lo debe utilizar de manera responsable y cautelosa en aras de garantizar la integridad del niño y la familia, esta premisa no podrá tratarse para fines distintos al objetivo trazado en un principio, y no podrá ser utilizada sin el consentimiento del alumno o su representante legal (en el caso de menores).

Se debe informar al profesional sobre la importancia de ser muy cauteloso con la información que se obtenga sobre el diagnóstico, se deberá respetar la confidencialidad del mismo y ser muy sensibles respecto a la problemática, esto será un factor que favorecerá a mejorar muchísimo el problema y así se transmitirá confianza a los padres y al niños lo que ayudará a mejorar mucho el pronóstico y la evolución del niño con TDAH, puesto que es un trastorno altamente sensible a la acción educativa.

Entregar a los padres este tipo de confianza es transmitirles una perspectiva mucho más positiva de la que generalmente están acostumbrados a tener y al mismo tiempo como profesionales estaremos cambiando también nuestra perspectiva, solo así se podrá aspirar a un mejor presente y futuro para estas familias.

Otro aspecto de relevancia es que se debe evitar etiquetar o estigmatizar al niño con TDAH, puesto que es un trastorno muy heterogéneo, que puede variar mucho entre un niño y otro, y que se trata de una condición que afecta en mayor o menor grado al desarrollo del niño, como cualquier otra (diabetes, miopía, asma, problemas de audición, de coordinación, etc.). (Rafael, Barros, & Engo, 2000)

Se recomienda un trabajo en conjunto con la coordinación entre todos los profesionales de los distintos ámbitos, con el objetivo de que se implementen las mismas técnicas de control de conductas, en caso de ser necesarias, además de facilitar la posibilidad de implementar y mantener de forma coherente y sistemática los apoyos metodológicos necesarios que facilitarán la mayor generalización de estos aprendizajes y, por tanto, aumentará la eficacia del niño en todos los ámbitos y aspectos de su vida.

Si el niño cambia de curso, es recomendable y muy necesario que se informe al nuevo profesor, por parte del psicólogo encargado, sobre las dificultades que presenta el niño y la ayuda y apoyo profesional que requiere, esto con el fin de mantener el proceso de manera eficaz y no cortarlo ya que esto sería perjudicial para el niño y la familia.

Con frecuencia, los padres se enfrentan a esta situación teniendo que volver a explicar las dificultades de su hijo cada vez que empieza un nuevo año lectivo, cada vez que esto ocurre se está cortando de manera negativa un proceso que estaba presentando sus frutos y se presenta un retroceso en el trabajo provocando serios problemas para el niño, los padres y los profesional.

CAPÍTULO III

3. METODOLOGÍA DE TRABAJO

3.1 Población y descripción de la muestra

3.1.1. Población

Para la presente investigación que se realizó; en el “Centro de desarrollo humano IDEAS”, donde existe una población de 150 papás de los cuales 74 son de casos de Estimulación Temprana, 50 con Terapia de lenguaje, 1 con Asperger, 25 con problemas de conducta.

En base a los datos obtenidos y al número de niños diagnosticados con TDAH registrados en el “Centro de desarrollo humano IDEAS”, se ha tomado como muestra a un grupo que está conformado por 20 padres de familia.

3.1.2 Muestra

La muestra está compuesta por 20 padres de familia de los cuales 5 desertaron por falta de tiempo, falta de compromiso y por la culminación del año lectivo.

Ante esto se logró trabajar satisfactoriamente con 15 padres y se culminó con el cronograma establecido desde un principio, teniendo resultados positivos para con los padres, los mismos que podrán mejorar su situación y la de sus hijos.



Figura 1. Muestra de los niños

Fuente. (Autores, 2016).

De acuerdo a la Figura 1, existe un mayor índice de niños de género masculino con TDAH, y en cuanto a la edad, la mayoría tienen 7 y 9 años.

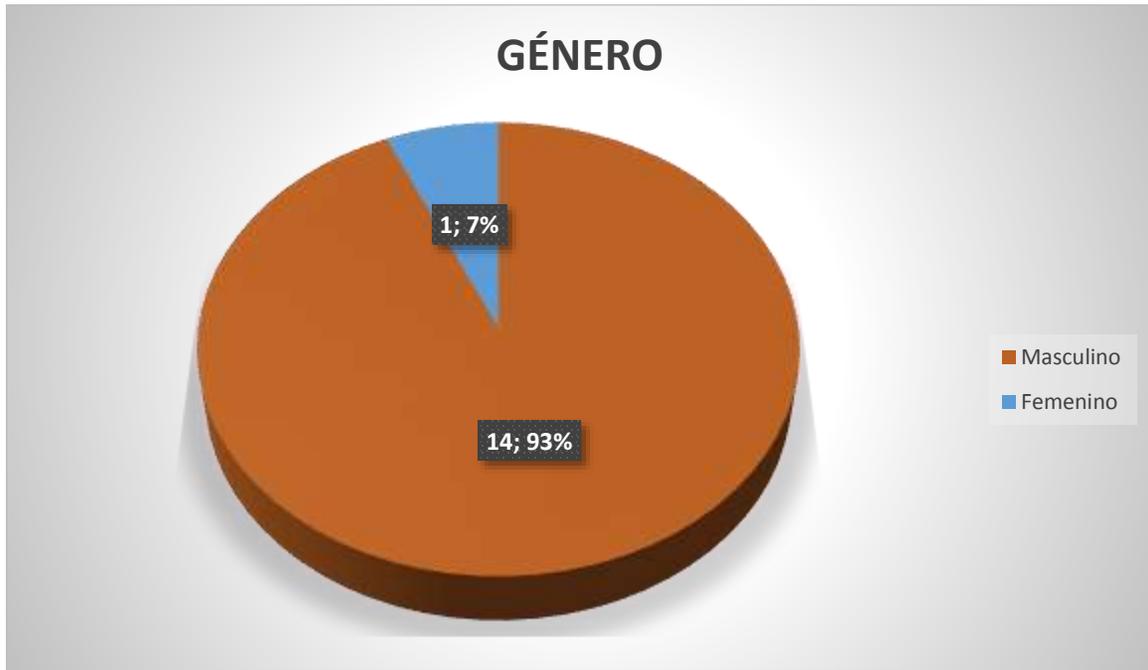


Figura 2. Género de los Niños de acuerdo a la muestra

Fuente. (Autores, 2016)

De acuerdo a la figura 2, se demuestra que predomina un mayor número de género masculino con un 93%, siendo el resultado de 14 niños que presentan TDAH; a diferencia de las mujeres con un número menor que representa el 7% de la muestra.

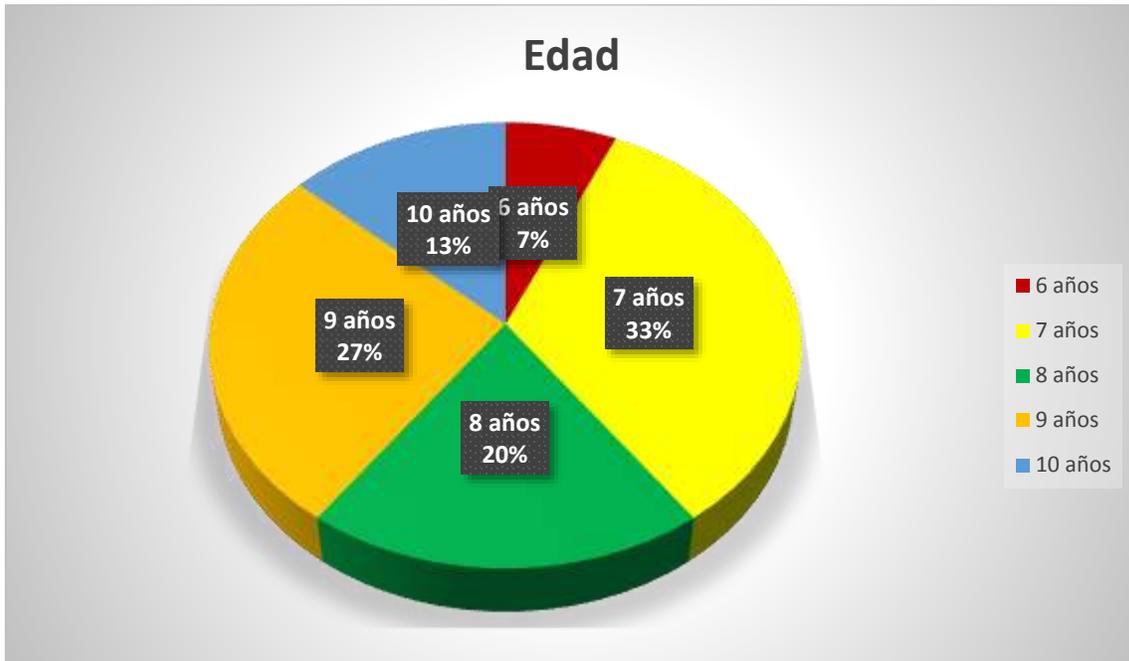


Figura 3. Edad de los niños de acuerdo a la muestra

Fuente. (Autores, 2016)

En la figura 3, podemos observar que la edad de los niños con TDAH varían obteniendo como resultado un 7% en los niños de 6 años, 33% en los niños de 7 años, 20% en los niños de 8 años, 27% en los niños de 9 años y 13% en los niños de 10 años; la mayoría de los niños de muestra representa a los 7 años.



Figura 4. Escuela de los niños de acuerdo a la muestra

Fuente. (Autores, 2016)

De acuerdo a la figura 4, tenemos a las escuelas Asunción, Salle y Corazones con un 7%, Nuestra Familia, Corel y CEBCI con un 13%; Los Andes y el Borja con un 20%.

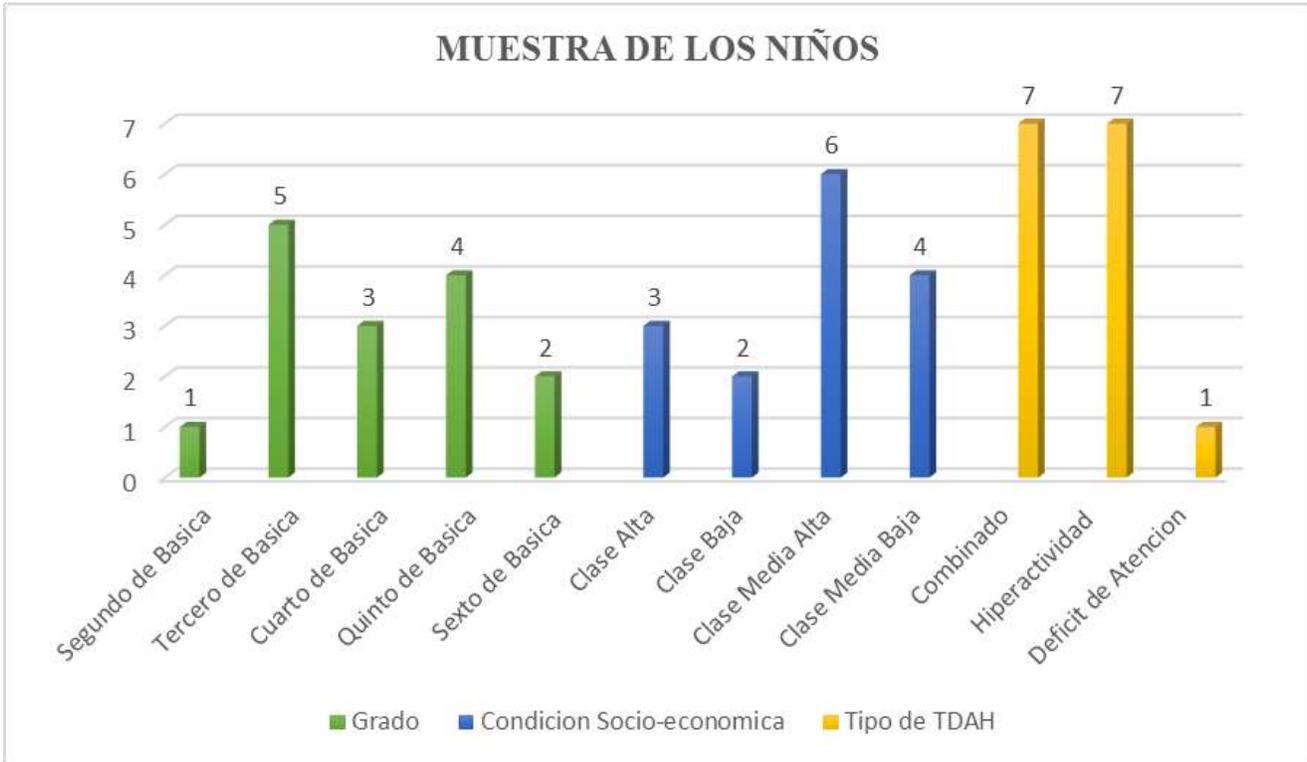


Figura 5. Muestra de los niños

Fuente: (Autores, 2016).

De acuerdo a la Figura 5, se puede observar que la mayor parte de niños vienen de hogares de Clase Media Alta y el tipo de TDAH que predomina en la mayoría de los casos es el Combinado e Hiperactividad.

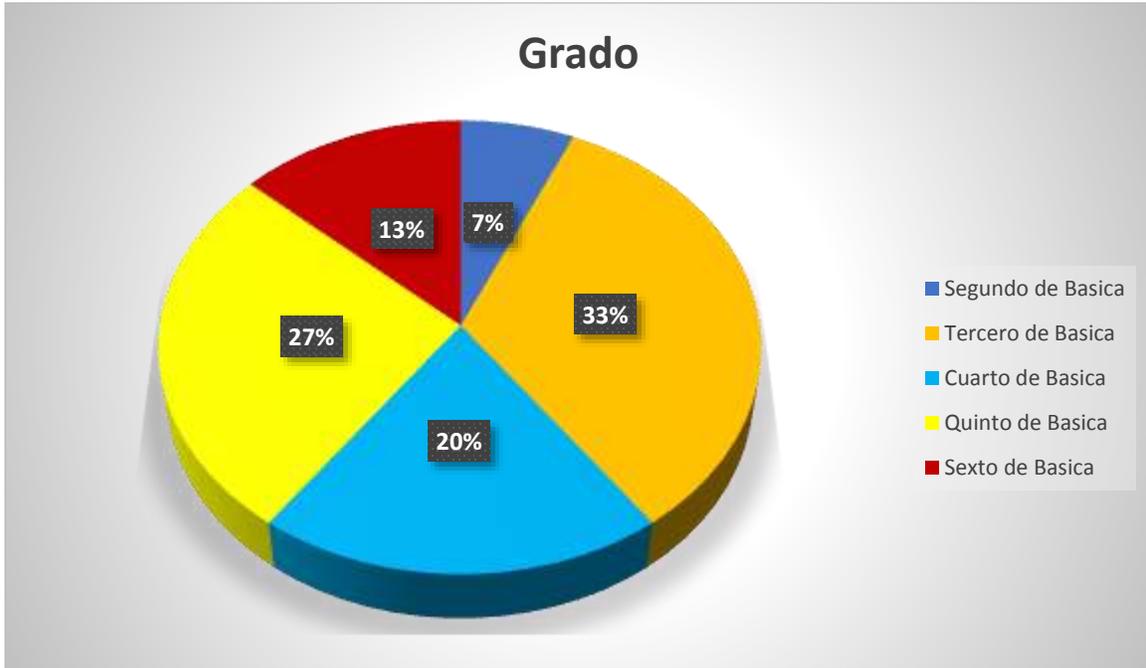


Figura 6. Grado de los niños de acuerdo a la muestra

Fuente. (Autores, 2016)

De acuerdo a la figura 6, representa un 7% al segundo de básica, 13% sexto de básica, 20% cuarto de básica, 27% quinto de básica y el porcentaje que predomina es el de tercero de básica con un 33%.

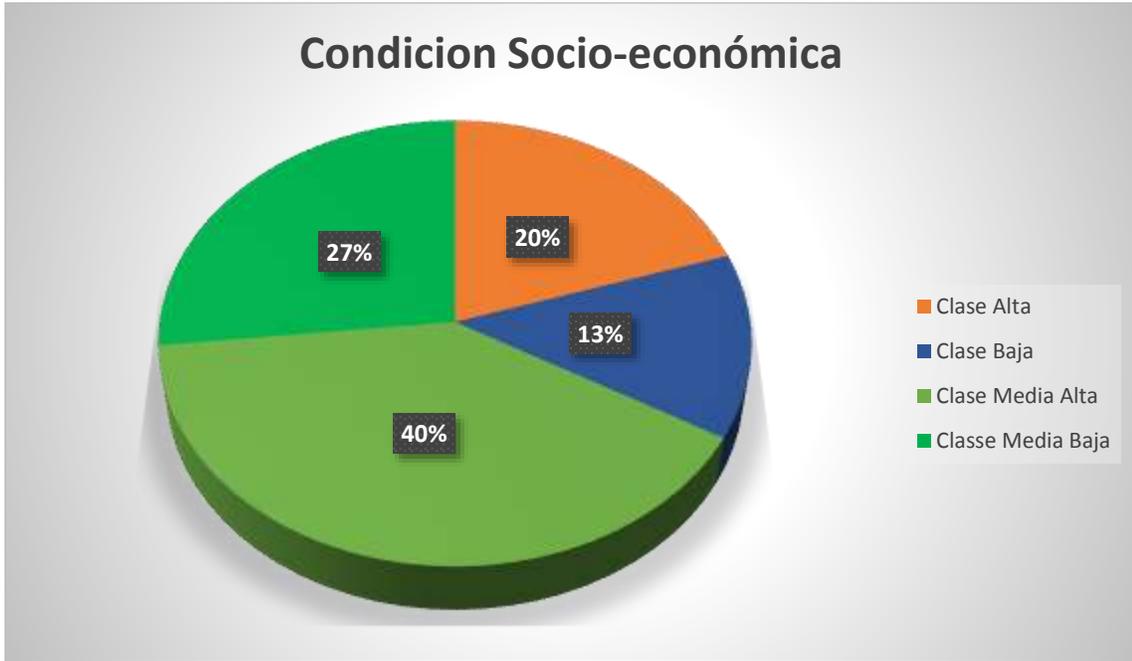


Figura 7. Condición Socio-económica según la muestra.

Fuente. (Autores, 2016)

En la figura 7 podemos encontrar un 13% en la clase baja, 20% clase alta, 27% clase media baja y un 40% la clase media alta con el mayor de los porcentajes.

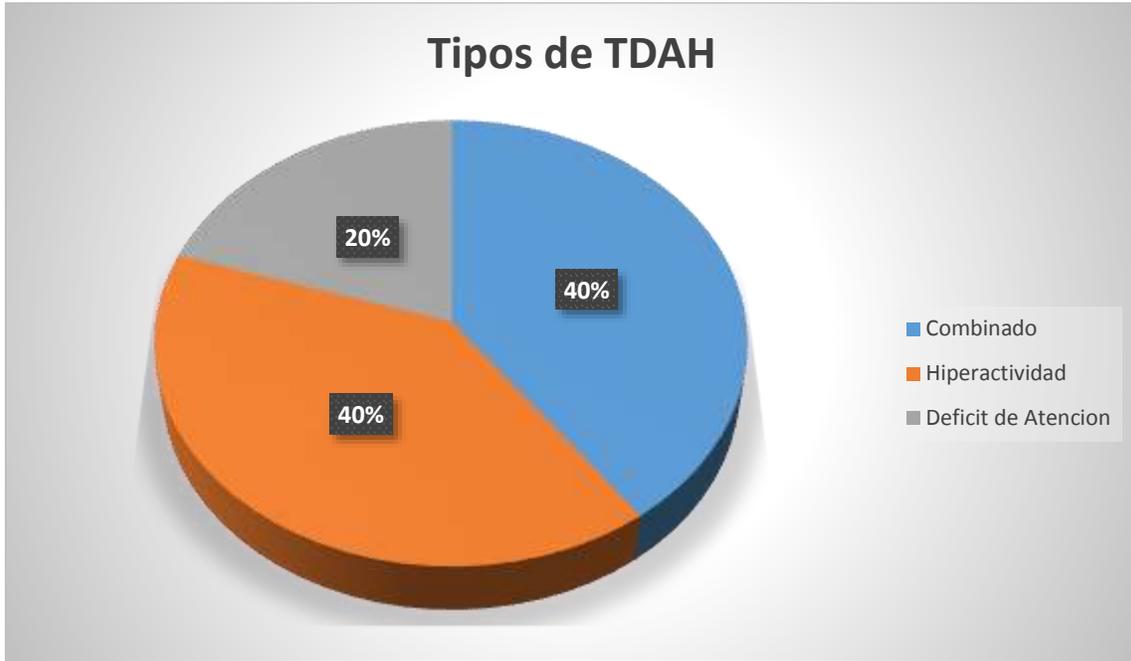


Figura 8. Tipos de TDAH

Fuente. (Autores, 2016).

En la figura 8 podemos observar los distintos tipos de TDAH, teniendo un 20% con déficit de atención, 40% con hiperactividad y 40% combinado; confirmando que los que más predominan en este caso son combinados e hiperactividad.

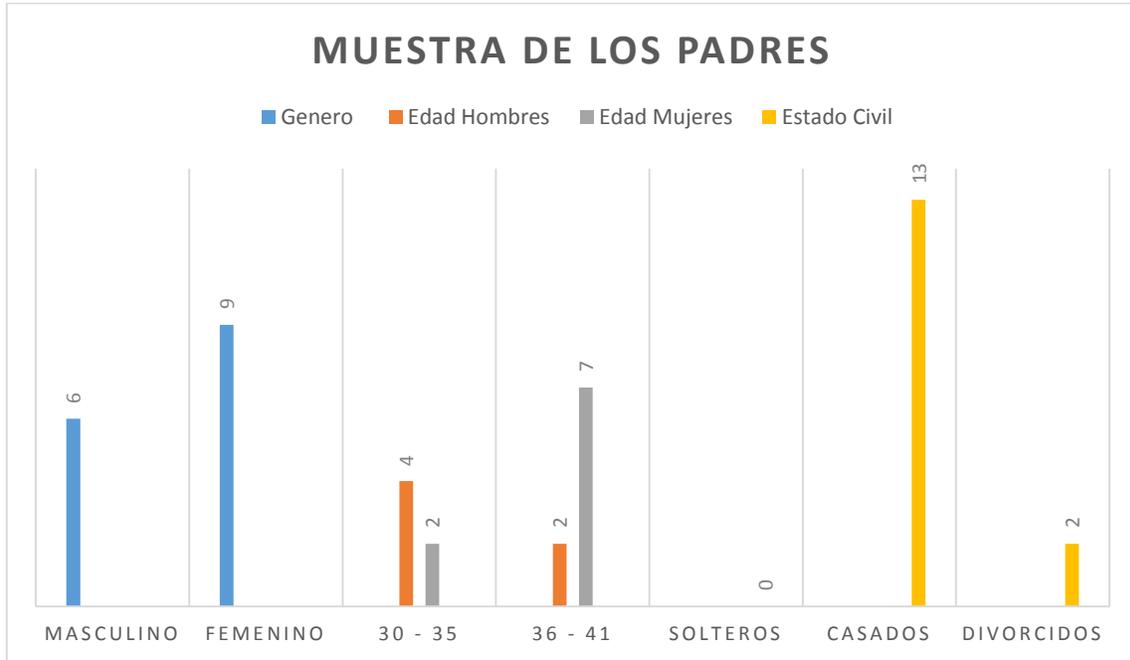


Figura 9. Muestra de los padres

Fuente (Autores, 2016)

En la Figura 9 observamos que existen 6 padres de familia y 9 madres de familia, que participaron en el proceso; la edad promedio oscila entre 30 a 35 y 36 a 41 años, teniendo como resultado ninguna pareja soltera, 13 casados y 2 divorciados.

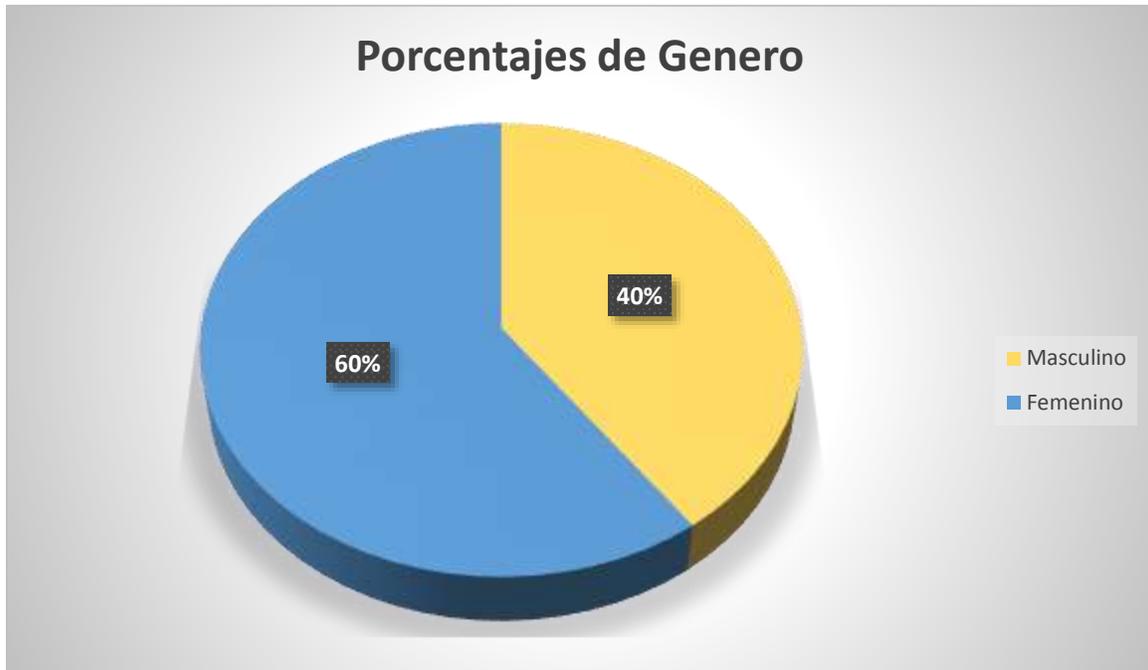


Figura 10. Porcentajes de Género de acuerdo a los Padre de Familia

Fuente. (Autores, 2016)

De acuerdo a la figura 10, el 40% representa al género masculino y el 60% al género femenino confirmando el predominio del último.

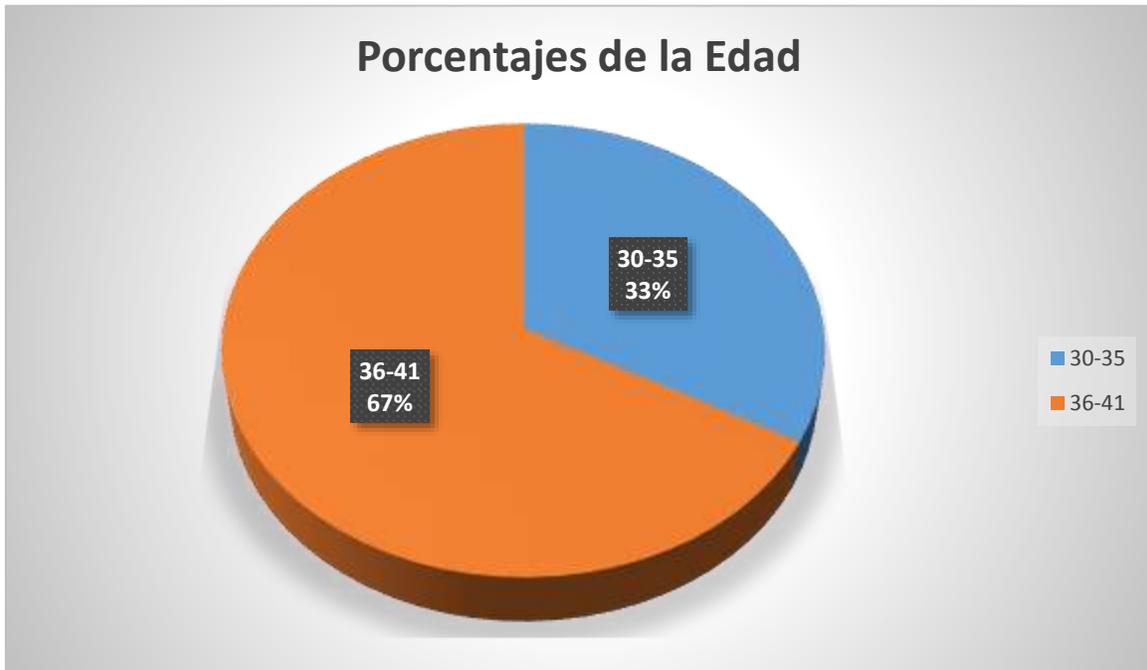


Figura 11. Porcentaje de Edad de acuerdo a los Padres de Familia

Fuente. (Autores, 2016)

De acuerdo a la figura 12, el 33% representa al género masculino y femenino entre las edades de 30 a 35 años, teniendo 4 hombres y 2 mujeres respectivamente; el 67% representa a las edades entre 36 a 41 años, tomando en cuenta que existen 2 hombres y 7 mujeres.

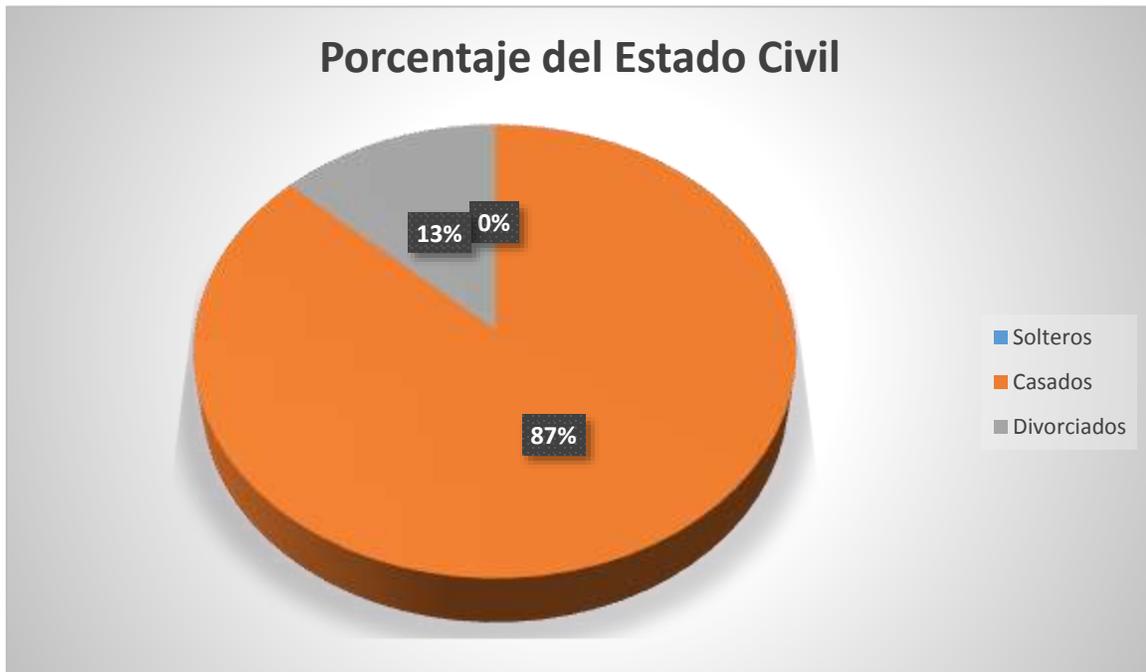


Figura 12. Porcentaje del Estado Civil de los Padres.

Fuente. (Autores, 2016)

Se puede observar, que un 13% representa a los divorciados y un 67% a los casados.

3.2. Instrumentos de investigación

Para realizar esta investigación debemos tener en cuenta que son importantes las técnicas y los instrumentos que se emplearán en dicha investigación. Considerando fundamental puntualizar las técnicas a utilizarse en la obtención de dicha información, al igual que las fuentes en las que se puede adquirir tal indagación.

Entre las técnicas que se utilizaron para el proyecto de investigación, recurrimos a la observación, cuestionarios, encuestas que se detallan a continuación:

El cuestionario que se utilizó fue el APGAR familiar que se puede observar posteriormente en el anexo 1, que es un instrumento que enseña la forma en que perciben los miembros de la familia, el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global. Con este cuestionario se pudo evaluar el grado de aprobación y tolerancia que tienen los padres para con la problemática de sus hijos que padecen TDAH.

APGAR FAMILIAR

El APGAR Familiar es un instrumento, que ofrece a la familia una apreciación gráfica y esquemática de sus relaciones dentro del hogar, permite desarrollar una visión integrada de las interacciones actuales, los puntos débiles y fuertes de la familia, así como su desarrollo. Promueven el interés o expresión de sentimientos entre el informante que es el paciente y el profesional de salud, permitiendo la comprensión del entorno y el contexto de su familia para buscar el mejor modo de ayuda que se puede brindar a la persona como un todo.

Permite identificar en qué medida la familia cumple con sus funciones básicas, y cuál es el rol que puede estar jugando la funcionalidad familiar en el proceso salud – enfermedad, por lo que representan elementos indispensables en la práctica ambulatoria del primer nivel y en la atención primaria de salud en general.

Resulta útil para evidenciar la forma en que una persona percibe el funcionamiento de su familia en un momento determinado. El registro de esta percepción es particularmente importante en contextos como la práctica ambulatoria, en el cual no es común que los pacientes o usuarios manifiesten directamente sus problemas familiares, y por el contrario es difícil encontrar profesionales de salud especializados en abordar tales temas cuando este los detecta en la conversación durante la consulta. Este instrumento también sirve para favorecer una relación médico paciente en toda su extensión.

COMPONENTES DEL APGAR FAMILIAR

Los componentes de este instrumento son 5 elementos que se evalúan para evaluar la funcionalidad de la familia. Esto es:

- **ADAPTACIÓN:** es la capacidad de utilizar recursos intra y extra familiares para resolver problemas en situaciones de estrés familiar o periodos de crisis.
- **PARTICIPACIÓN:** o cooperación, es la implicación de los miembros familiares en la toma de decisiones y en las responsabilidades relacionadas con el mantenimiento familiar.

- **GRADIENTE DE RECURSOS:** es el desarrollo de la maduración física, emocional y auto realización que alcanzan los componentes de una familia gracias a su apoyo y asesoramiento mutuo.
- **AFECTIVIDAD:** es la relación de cariño amor que existe entre los miembros de la familia.
- **RECURSOS O CAPACIDAD RESOLUTIVA:** Es el compromiso de dedicar tiempo a atender las necesidades físicas y emocionales de otros miembros de la familia, generalmente implica compartir unos ingresos y espacios. Estos cinco elementos son muy importantes, considerando su presencia en toda la tipología de los diferentes tipos de familia, pudiendo ser en base a su estructura, desarrollo, integración o en base a su demografía.

Calificación:

- 0= Nunca
- 1= Casi Nunca
- 2= Algunas Veces
- 3= Casi siempre
- 4= Siempre

Interpretación del puntaje:

- Normal: 17-20 puntos
- Disfunción leve: 16-13 puntos.
- Disfunción moderada: 12-10 puntos
- Disfunción severa: menor o igual a 9

La información que se obtiene es valiosa; al sumar los cinco parámetros el puntaje fluctúa entre 0 y 20, en los de los adultos y 0 a 10 en el de los niños, lo que indica una baja, mediana o alta satisfacción en el funcionamiento de la familia.

La batería de test que utiliza el Centro de Desarrollo Humano “IDEAS” para el diagnóstico de TDAH, es el test de atención “D2” que mide la capacidad de atención sostenida y selectiva, además de que nos permite medir la velocidad de procesamiento, concentración mental, a través de una tarea que busca estímulos relevantes.

El Test de Atención “D2”, de Rolf Brickenkamp, es un test que puede aplicarse de manera individual y colectiva a niños, adolescentes y adultos.

- El tiempo de aplicación de esta prueba es de alrededor de 10 minutos.
- El objetivo de esta prueba es evaluar la atención selectiva y la concentración mental.
- La atención selectiva se refiere a la capacidad de atender selectivamente a ciertos aspectos relevantes de una tarea mientras se ignoran los estímulos irrelevantes (por

ejemplo, cuando se realiza una búsqueda selectiva) y, además, hacerlo de forma rápida y precisa.

- La tarea que se le presenta al sujeto consta de 685 estímulos, que están distribuidos en 14 líneas con 47 estímulos cada una de ellas.
- El tiempo para cada línea es de 20 segundos.
- Los estímulos son caracteres (letras 'd' o 'p') que vienen con una o dos pequeñas líneas situadas, individualmente o en pareja, en la parte superior o inferior de cada letra.
- Lo que se le pide al sujeto es revisar atentamente, de izquierda a derecha, el contenido de cada línea y marcar toda letra “d” que tenga dos pequeñas rayitas (las dos arriba, las dos debajo o una arriba y otra debajo).

A partir de los resultados se obtienen estas puntuaciones:

- ✓ TR o total de respuestas: número de elementos intentados en las 14 líneas
- ✓ TA o total de aciertos: número de elementos relevantes correctos
- ✓ O u omisiones: número de elementos relevantes intentados pero no marcados
- ✓ C o comisiones: número de elementos irrelevantes marcados
- ✓ TOT o efectividad total en la prueba, es decir $TR-(O+C)$
- ✓ CON o índice de concentración, es decir $TA-C$
- ✓ TR+ o línea con mayor número de elementos intentados
- ✓ TR- o línea con menor número de elementos intentados
- ✓ VAR o índice de variación o diferencia, es decir, $(TR+)-(TR-)$

Se considera que la atención selectiva y la concentración mental están altamente afectadas cuando los escolares de 6 a 12 años obtienen un percentil de 75 o superior en omisiones y comisiones. (Brickenkamp, 2002). Anexo 2.

Otro de los test que se aplica para su diagnóstico es el **EDAH**, que nos permite evaluar con mayor amplitud la Hiperactividad, Déficit de Atención, Hiperactividad con Déficit de Atención y Trastorno de conducta.

El EDAH tiene el objetivo de medir los principales rasgos del TDAH y de los trastornos de conducta que puedan coexistir con el síndrome. Está destinada a la evaluación de niños de 6 a 12 años (1º a 6º de Primaria). Es de aplicación individual, con una duración de 5 a 10 minutos. La escala consta de 20 ítems, con dos sub-escalas de 10 ítems cada una. A su vez, la primera escala se compone de dos apartados que se denominan también sub-escalas:

- Área I: *Hiperactividad/ Impulsividad/ Inatención* (10 ítems)
- Hiperactividad/ Impulsividad. (5 ítems)
- Déficit de atención. (5 ítems)
- Área II: *Trastornos de conducta*. (10 ítems)

El cuestionario deberá ser contestado por el profesor del niño/a. Las respuestas a cada elemento se valoran en una escala de 0 a 3 puntos de acuerdo con el grado de frecuencia con que se percibe la conducta descrita, siendo: Nada=0, Poco=1, Bastante=2, Mucho=3.

Cada puntuación se transforma en su puntuación percentil correspondiente consultando las tablas de baremos. En ellas se incluyen también distintos puntos de corte que establecen niveles de riesgo de padecer el trastorno. (J.Narbona, 2016). Anexo 3

La observación que realizamos fue de manera grupal y espontánea, la misma que consiste en determinar las diferentes variables que intervienen en cada uno de los padres, las cuales están relacionadas con el lenguaje corporal, con esto pudimos apreciar cierto nivel de ansiedad, inseguridad, temblor en las manos y piernas, etc.; así observamos el nivel de tensión que las familias presentan frente al TDAH.

La entrevista que realizamos es de tipo libre, la cual permite que el entrevistador y el entrevistado hablen libremente y puedan formular preguntas abiertas facilitando así el diálogo, a la entrevista asistieron 20 padres de familia.

Posteriormente se realizaron las sesiones que se habían establecido para trabajar con los padres de familia; cada una de ellas consta de un objetivo a cumplirse, esto podemos observar en el anexo 4.

3.3. Metodología

La presente investigación inicio en junio del 2015 en el “Centro de desarrollo humano IDEAS”, con el objetivo de desarrollar estrategias terapéuticas para padres de familia de niños diagnosticados con TDAH, con la muestra de padres que se eligió.

Para la aplicación del APGAR familiar, nos basamos en lo completo y sencillo que era para los padres de familia; las preguntas planteadas en dicho cuestionario son de fácil comprensión y evalúa todas las áreas que eran necesarias para nuestra investigación.

La convocatoria a cada padre fue realizada con la ayuda de la directora del centro, quien hizo la invitación para la respectiva entrevista y aplicación del test, luego de la cita que se tuvo con los padres, se inició con las 6 sesiones establecidas con las que se buscó evaluar el grado de aceptación que tienen los padres respecto al TDAH, hacer que tomen conciencia acerca de las dificultades que tienen sus hijos al presentar dicho trastorno, llegando a causar una empatía con los mismos, esto tendrá como consecuencia que el niño tenga más autocontrol y que aprenda a tener comportamientos menos impulsivos. Otro aspecto que se buscó potenciar, es el de provocar en los padres autoconciencia sobre las dificultades que presentan sus hijos para poder mantener la atención sobre alguna situación o acontecimiento, con todo esto se logrará mejorar la relación de los padres con los hijos y así el hogar se verá beneficiado.

Para realizar la guía nos basamos en diferentes propuestas y artículos de autores especializados en el tema del TDAH, lo que nos ayudó a recopilar información sustancial que nos llevó a formar nuestro instrumento de trabajo, el cual benefició a los padres para profundizar el compromiso para con sus hijos.

Al final de nuestro trabajo se logró una mayor aceptación de cada padre de familia frente al TDAH, se auto concientizó a los mismos sobre las dificultades que se presentan

en las distintas áreas del desarrollo de sus hijos al padecer este Trastorno y se les brindó herramientas necesarias para afrontar esta problemática de manera eficiente.

En dicho taller se observó que existe una mayor funcionalidad dentro del hogar de acuerdo a los resultados obtenidos que fueron positivos tanto para los padres como para los niños.

3.4. Resultados

A continuación se muestra los resultados obtenidos:

De acuerdo a lo aplicado a los 15 padres de familia con niños con TDAH a través del APGAR familiar, obtuvimos como resultado que existía una disfuncionalidad dentro del hogar, ya que no demostraban una aceptación ante el problema; en su totalidad había un escaso grado de tolerancia frente a la problemática de sus hijos, con la aplicación actual se denota que gracias al trabajo realizado se obtuvieron resultados positivos y aspectos que se pueden trabajar y reforzar a futuro; mejoró su autoconfianza, autoestima, seguridad en sí mismos y en sus hijos, un mayor grado de tolerancia frente a la problemática que ocasiona el TDAH, es así que por medio de la guía encontraron una herramienta que les permitirá mejorar todas las áreas mencionadas y enfrentar de manera eficaz el conflicto sin que este afecte todo su entorno, tanto familiar como social.

Niveles de Funcionalidad

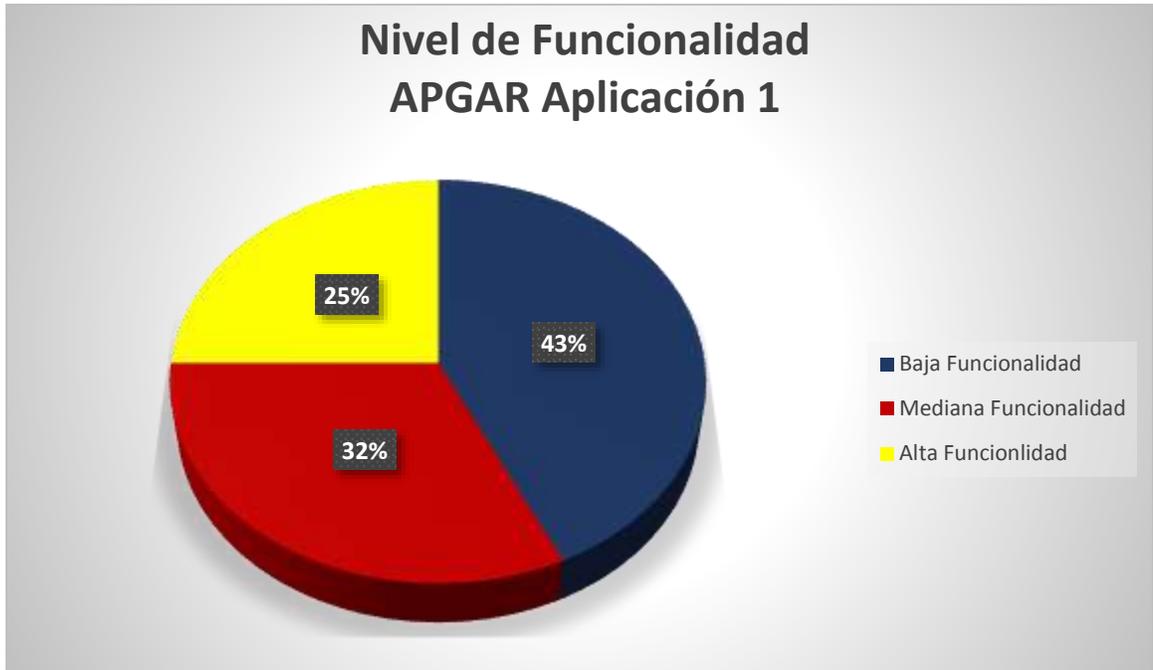


Figura 13. Nivel de funcionalidad de APGAR aplicación 1.

Fuente (Autores, 2016)

De acuerdo a la Figura 13, podemos observar un alto porcentaje de Baja Funcionalidad que presentan la mayoría de los padres en la primera aplicación del APGAR, denotando en base a los resultados del cuestionario un bajo nivel de Adaptación y un Mediano nivel de participación en la toma decisiones sobre cualquier tipo de responsabilidad dentro del hogar; en cuanto a la afectividad y capacidad resolutive se pudo observar que presenta una Disfunción Moderada.

Niveles de Funcionalidad

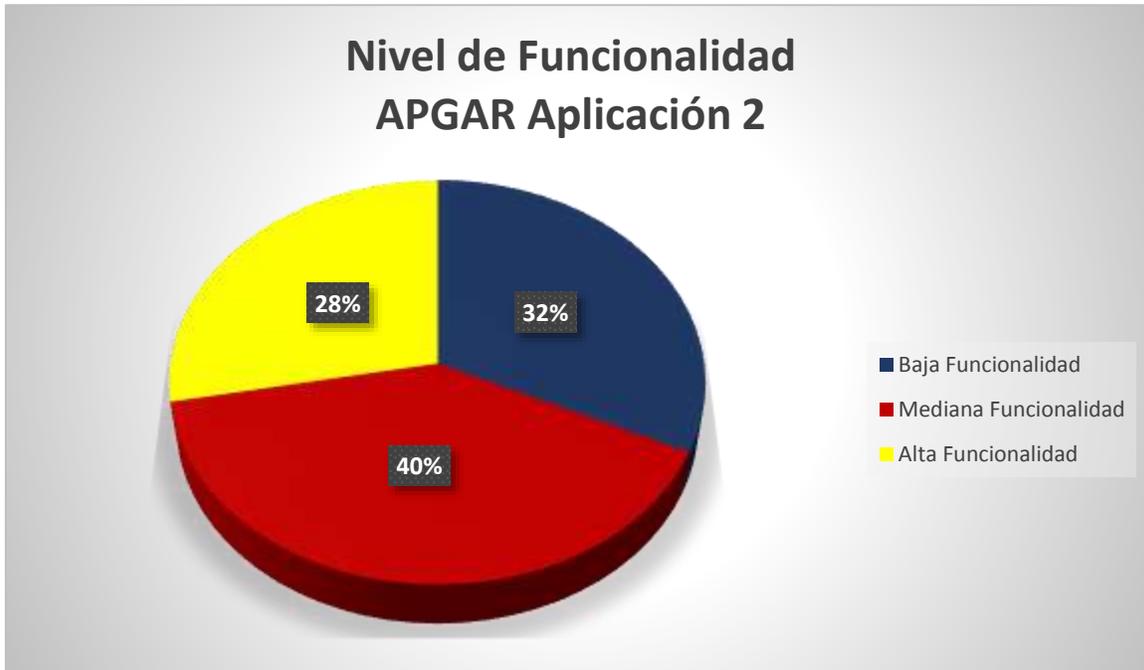


Figura 14. Nivel de funcionalidad de APGAR aplicación 2

Fuente (Autores, 2016)

De acuerdo a la Figura 14, ya con la aplicación final del APGAR, pudimos observar que se dio una mejoría en la Adaptabilidad y que la mayoría de los padres presentan un nivel Normal de participación en la toma de decisiones sobre cualquier tipo de responsabilidad dentro del hogar apoyándose mutuamente; es así como mejoró consecuentemente la afectividad y capacidad resolutiva, de esta manera se consiguió que la Funcionalidad en el hogar sea normal generando un compromiso de parte de los padres para conseguir resultados positivos en su entorno.

Tabla 4

Niveles de Disfuncionalidad Aplicación 1

<i>Elementos de Funcionalidad</i>	<i>Normal: 17-20</i>	<i>Disfunción leve: 16-13</i>	<i>Disfunción Moderada: 12-10</i>	<i>Disfunción Severa: menor o igual a 9</i>
<i>Adaptación</i>	3	4	7	1
<i>Participación</i>	6	2	4	3
<i>Gradiente de recursos</i>	2	4	7	2
<i>Afectividad</i>	2	3	5	5
<i>Capacidad resolutive</i>	2	2	4	7

De acuerdo a la tabla 4, existe 1 persona con disfunción severa, 3 normales, 4 disfunción leve y 7 disfunción moderada, en el área de **adaptación** la cual nos indica que los problemas dentro del hogar no se corrigen adecuadamente por la falta de recursos intra y extra familiares; la **participación** consta de 2 personas en disfunción leve, 3 disfunción severa, 4 disfunción moderada y 6 normales, los cuales toman decisiones y responsabilidades dentro del hogar; de acuerdo al **gradiente de recursos** existen 2 persona de disfunción severa, 2 normales, 4 disfunción leve y 7 en disfunción moderada, que consiste en una

maduración emocional y de apoyo entre los miembros de la familia; cuando hablamos de **afectividad** es la relación de amor entre los miembros del hogar, se observa que 2 son normales, 3 disfunción leve, 5 disfunción moderada y 5 disfunción severa; por ultimo de acuerdo a la **capacidad resolutiva** existen 2 personas en normal, 2 disfunción leve, 4 disfunción moderada y 7 disfunción severa, la cual se basa en dedicar y poder atender las necesidades emocionales y físicas de cada uno de los miembros del hogar.

Tabla 5

Niveles de Disfuncionalidad Aplicación 2

<i>Elementos de Funcionalidad</i>	<i>Normal: 17-20</i>	<i>Disfunción leve: 16-13</i>	<i>Disfunción Moderada: 12-10</i>	<i>Disfunción Severa: menor o igual a 9</i>
<i>Adaptación</i>	5	4	5	1
<i>Participación</i>	7	4	3	1
<i>Gradiente de recursos</i>	4	6	5	0
<i>Afectividad</i>	6	4	5	0
<i>Capacidad resolutiva</i>	5	5	4	1

De acuerdo a la tabla 5 podemos observar que se logró modificar ciertas conductas en relación a los elementos de funcionalidad dentro del hogar; existe 1 persona con disfunción severa, 5 normales, 4 disfunción leve y 5 disfunción moderada, en el área de **adaptación** la cual nos indica que los problemas dentro del hogar no se corrigen adecuadamente por la falta de recursos intra y extra familiares; la **participación** consta de 4 personas en disfunción leve, 1 disfunción severa, 3 disfunción moderada y 7 normales, los cuales toman decisiones y responsabilidades dentro del hogar; de acuerdo al **gradiente de**

recursos existen 0 personas en disfunción severa, 4 normales, 6 disfunción leve y 5 en disfunción moderada, que consiste en una maduración emocional y de apoyo entre los miembros de la familia; cuando hablamos de **afectividad** es la relación de amor entre los miembros del hogar, se observa que 6 son normales, 4 disfunción leve, 5 disfunción moderada y 0 disfunción severa; por ultimo de acuerdo a la **capacidad resolutiva** existen 5 personas en normal, 5 disfunción leve, 4 disfunción moderada y 1 disfunción severa, la cual se basa en dedicar y poder atender las necesidades emocionales y físicas de cada uno de los miembros del hogar.

Tabla 6

Niveles de Disfuncionalidad Aplicación 1

<i>Tipos de TDAH</i>	<i>Normal 17-20</i>	<i>Disfunción leve: 16-13</i>	<i>Disfunción moderada: 12-10</i>	<i>Disfunción severa menor o igual a 9</i>
<i>Combinado</i>	4	6	3	2
<i>Hiperactividad</i>	5	5	4	1
<i>Déficit de atención</i>				1

De acuerdo a la tabla 6, los niveles de disfuncionalidad dentro del hogar, en el tipo **combinado** existe 2 con una disfunción severa, 3 disfunción moderada, 4 normal y 6 disfunción leve; en el predominio de **hiperactividad** se encuentra 1 en disfunción severa, 4 disfunción moderada, 5 disfunción leve y 5 normal, para finalizar existe 1 disfunción severa de acuerdo al **déficit de atención**.

Tabla 7

Niveles de Disfuncionalidad Aplicación 2

<i>Tipos de TDAH</i>	<i>Normal 17-20</i>	<i>Disfunción leve: 16-13</i>	<i>Disfunción moderada: 12-10</i>	<i>Disfunción severa menor o igual a 9</i>
<i>Combinado</i>	6	5	4	0
<i>Hiperactividad</i>	7	4	3	1
<i>Déficit de atención</i>			1	

De acuerdo a la tabla 7 existen modificaciones y cambios dentro del hogar ya que los padres de familia aprendieron a manejar ciertos patrones de conducta que presentaban sus hijos, los niveles de disfuncionalidad dentro del hogar, en el tipo **combinado** existe 0 con una disfunción severa, 4 disfunción moderada, 6 normal y 5 disfunción leve; en el predominio de **hiperactividad** se encuentra 1 en disfunción severa, 3 disfunción moderada, 4 disfunción leve y 7 normal, para finalizar existe 1 disfunción moderada de acuerdo al **déficit de atención**.

CAPÍTULO IV

La investigación que realizamos tiene como objetivo brindar estrategias terapéuticas y herramientas necesarias para padres que padecen los efectos de tener hijos con TDAH. Esta herramienta ayudará a enfrentar esta difícil problemática de una mejor manera, y poder manejar los diferentes aspectos de su vida, ayudando a que sus hijos puedan desenvolverse correctamente en su diario vivir.

La guía está conformada por:

- Definición.
- Diagnóstico.
- Factores que inciden en dicho Trastorno.
- Tratamiento.
- Actividades a realizar.
- Actividades prácticas.
- Bibliografía.

4. GUÍA DE LAS ESTRATEGIAS TERAPÉUTICA

4.1. ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS PARA EL MANEJO DEL TDAH



Ilustración 1. Estrategias terapéuticas para el manejo del TDAH

Elaborado por: Autores, 2015

4.1.1. ¿Qué es el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)?

Se define como “una alteración en la función atencional la misma que está acompañada de hiperactividad e impulsividad, provocando una desorganización conductual y cognitiva, sin asociarse directamente con el CI bajo” (Navarte, 2008). Estos problemas reflejan un deterioro del niño para poder controlar su comportamiento, a lo largo del tiempo y para mantener en su mente las metas y contemplar las consecuencias futuras.

Tabla 3. Comparación entre TDA y TDAH

TDA	TDAH
<ul style="list-style-type: none"> • Actitud lenta, pasiva y somnolencia • Inatencion • Aparece más tarde • No presente gran dificultad social • Actitud aplacada, desconectada 	<ul style="list-style-type: none"> • Hiperactividad • Impulsividad • Inatención • Aparece a edad temprana • Actitud negativa, desafiante

Elaborado por: Autores, 2.015

El TDAH/TDA no es solo la hiperactividad o déficit de atención de un momento, o la incapacidad de hacer los deberes diarios, sino un deterioro constante de como dirigir su vida y conducta, siendo así un patrón persistente y frecuente de falta de atención e impulsividad inapropiada para el grado de desarrollo. (Narvarte, 2008)

4.1.2. ¿Cómo se diagnostica el TDAH?

Para dar un diagnóstico apropiado, se debe tener conocimiento de sus principales actuaciones de conducta:

- Hiperactividad
- Déficit de atención
- Impulsividad

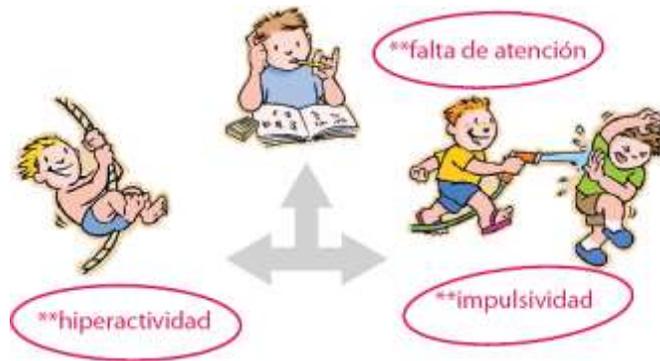


Ilustración 2. Diagnóstico del TDAH

Fuente: (Navarte, 2008)

Estos constituyen los síntomas más comunes que se han observado en los niños, los mismos que poder ser un indicio de que existe este trastorno, considerando la edad de su desarrollo normal. Esto se presenta en niños en mayor parte contemporáneos. Es importante considerar, el déficit de atención, siendo un patrón de conducta, para denominarlo como trastorno de déficit de atención con hiperactividad o sin ella, por consiguiente, es importante diagnosticar separadamente, la hiperactividad y el déficit de atención.

4.1.2.1. Hiperactividad

- Mueve excesivamente las manos y pies o abandona de manera constante su asiento.
- No puede mantenerse en el sitio indicado.
- Corre o salta de manera excesiva cuando se considera que no es el sitio ni momento apropiado.
- Presenta dificultad para jugar o mantener actividades de ocio de manera tranquila.
- A menudo “está en movimiento” o acostumbra actuar como si tuviera un motor.
- Habla en exceso.

4.1.2.2. Impulsividad

- Precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.
- Dificultad para esperar su turno.
- Interrumpe las actividades de los otros.
- Dichos síntomas deben estar presentes por lo menos durante 6 meses con la intensidad que es desadaptativa e incoherente a su nivel normal de desarrollo.



Ilustración 3. Impulsividad

Fuente: (Vélez & Vidarte, 2012)

4.1.2.3. Déficit de atención

- No presta atención a los detalles, comete errores por descuido en las tareas escolares o en otras actividades.
- Dificultad para mantener la atención en tareas o actividades de juego.
- Parece no escuchar cuando se le habla directamente.
- No sigue instrucciones y no finaliza las tareas escolares.
- Dificultad para organizar tareas
- Evita actividades que requieren de un esfuerzo mental sostenido.
- Extravía objetos
- Se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes
- Es descuidado en sus actividades diarias



Ilustración 4. Déficit de atención

Fuente: (Vélez & Vidarte, 2012)

4.1.3 ¿Qué factores inciden en dicho trastorno?

Los factores que influyen en este trastorno son varios, sin embargo en la actualidad, se conoce los siguientes (González, 2006):

- Factores genéticos
- Factores neuroquímicos
- Factores neurofisiológicos



Ilustración 5. Tratamiento Psicológico

Fuente: (Marín, 2011)

4.1.4. ¿Cuál es el tratamiento adecuado para un niño o adolescente con TDAH?

4.1.4.1. *Tratamiento Psicoterapéutico*

En este ámbito se debe considerar, la parte Psicopedagógica y Psicológica tiene como objetivo reeducar las funciones cognitivas que se encuentran deficientes, lo que ayudará a la recuperación del aprendizaje y la organización conductual. Esto ayudará en el entrenamiento del uso del tiempo y de la organización de las actividades:

- Aprendizaje del manejo de libros
- Mediador entre situaciones de conflicto.

4.1.4.2. Tratamiento psicológico

Con este tratamiento, se evalúa los aspectos de conducta y del entorno familiar, abordaje de la impulsividad y descontrol conductual, orientación familiar y orientación escolar en cuanto a la disciplina.

4.1.4.3. Tratamiento farmacológico

- Existen algunos niños que presentan este trastorno y que necesitan medicación, esto debe ser administrado bajo la supervisión de un psiquiatra o neurólogo.
- Los medicamentos no deben ser suspendidos.
- No se debe aumentar o disminuir la dosis prescrita.

4.2. ACTIVIDADES A REALIZAR

4.2.1. Principios básicos para educar cuando existe TDAH

- **El niño necesita estructura:** Los padres deben ayudar a su orden, tener reglas muy claras, rutinarias y aprender a predecir las respuestas de los padres por sus actos.
- **Consecuencias inmediatas:** Premios y castigos deben darse ese momento.
- **Ser constante:** Se debe planificar un programa por lo menos de dos semanas, para cambiar una conducta.

- **Papá y Mamá deben ser siempre un equipo:** _sus padres deben mantenerse juntos, ya que esto brinda seguridad a su hijo.
- **Retroalimentación frecuente:** los estímulos deben ser contantes y frecuentes ya que ayuda al niño a estar motivado
- **No hablen y actúen:** no dar explicaciones complicadas y largas al niño
- **La relación padre-hijo, madre-hijo fomentar el apego seguro:** en dichas relaciones se debe brindar: amor, confianza, respeto, seguridad, aceptación y atención

4.2.2 Consejos prácticos para padres



Ilustración 6. Autoestima

Fuente: (Organización Mundial de la Salud, 2014)

- Mejore su autoestima
 - ✓ Descubra que tiene su hijo en especial y dígaselo
 - ✓ Utilice mensajes positivos: puede sustituir el verbo ser por estar
 - ✓ Crea en el: Ofrezcale responsabilidades de acuerdo a sus posibilidades, confiando en que es capaz
 - ✓ Enseñe a su hijo a descubrir en que se destaca
 - ✓ Ayúdelo a aceptar sus propias limitaciones y acéptelo: valórole a su hijo ayudándole a entender que todos tienen dificultades.
- Motivar en su aprendizaje



Ilustración 7. Aprendizaje

Fuente: (Organización Mundial de la Salud, 2014)

- ✓ Concéntrese en el esfuerzo no en las calificaciones
- ✓ Cree en su hijo un hábito de estudio
- ✓ Estimule sus habilidades naturales
- ✓ Mantenga un contacto estrecho con el maestro de su hijo y fomente una relación positiva

4.2.3. Técnicas de modificación de conducta



Ilustración 8. Refuerzo positivo

Fuente: (Hallowell & J, 2001)

- **Refuerzo positivo**

- ✓ Felicitar al niño inmediatamente
- ✓ Ofrézcale premios ante las conductas positivas en evitar los castigos constantemente
- ✓ Preste una atención positiva
- ✓ Mantenga un contacto físico con el: bríndele abrazos, cosquillas, bésele.
- ✓ Condición positiva: exija al niño que haga algo que no le gusta como condición indispensable para conseguir algo que le gusta.

- **Disminuir comportamientos inadecuados**

- ✓ No le preste atención: Retirar al niño aquello que le parezca peligroso para él o para los demás, evitando las discusiones o peleas.
- ✓ Use el tiempo fuera: Dejarle al niño en un rincón aburrido donde no tenga ningún tipo de estimulación, no imponga esta situación como un castigo sino
- ✓ como un tiempo para que se tranquilice y recapacite sobre lo que hizo.

- **¿Cómo lograr que su hijo obedezca?**



Ilustración 9. Obediencia

Fuente: (Hallowell & J, 2001)

- ✓ Simplifique las reglas en casa o donde se encuentre.
 - ✓ Ayude al niño a hacer las cosas paso a paso.
 - ✓ Asegúrese de que sus instrucciones puedan ser comprendidas.
 - ✓ Utilice un sistema de puntos sencillos (Normas que puedan cumplirse y ofrézcale un premio por cada actividad cumplida).
- **Enséñele a ser organizado**
 - ✓ Utilice listas con normas que estén a las vista y que sean llamativas.
 - ✓ Coloque horarios y calendarios en lugares que puedan ser vistos por el niño.
 - ✓ Cree rutinas diarias (Establecer un horario que ayude al niño a realizar sus actividades).

- ✓ Use alarmas y relojes grandes y sencillos por toda la casa, para que sepan organizarse y actuar con puntualidad en sus actividades.
- ✓ Intente que haya un sitio fijo para cada cosa.
- ✓ Regáله una agenda: Con esto se buscará que el niño pueda leer las cosas positivas escritas por usted para él.

- **Fomente sus actividades sociales**

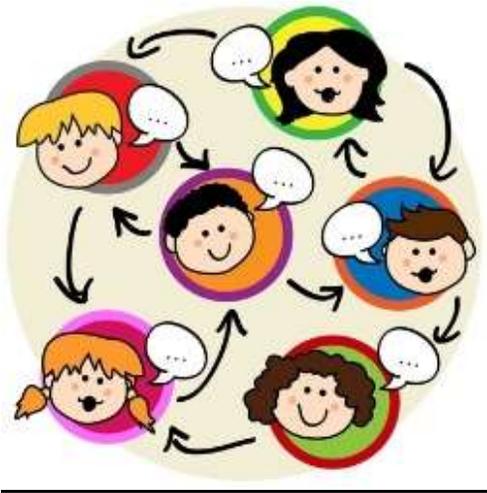


Ilustración 10. Actividades sociales

Fuente: (OMS, 2014)

- ✓ Observe al niño mientras juega con otros, para que pueda detectar alguna equivocación, o algún aspecto positivo al momento de interactuar.
- ✓ Diseñe un sistema de señales para usar con su niño en diferentes situaciones sociales: Con esto se pretende que por medio de señales establecidas entre

ambos, podrá llamarle la atención sobre comportamientos inadecuados pero sin avergonzarle frente a los demás.

- ✓ Trabaje en un comportamiento o habilidad social a la vez: Se debe trabajar sobre una situación no sobre varias, ya que puede provocar una confusión.
- ✓ Involucre a su hijo en actividades de grupo, siempre considerando sus intereses y habilidades.
- ✓ Implíquelo en una actividad deportiva de actuación individual.
- ✓ Recuerde que usted es un ejemplo para su hijo.

- **Lo que se debe evitar**

- ✓ No exponga a su hijo a situaciones demasiado competitivas.
- ✓ No desanime al niño a establecer relaciones con amigos, que sean un año o dos más pequeños.
- ✓ No regañe ni reprima al niño, cuando exprese dificultad para relacionarse con los demás.

- **Ocio compartido: Pase tiempo con su hijo entre semana y el fin de semana**

- ✓ Trate de mantener un horario
- ✓ Planifique actividades culturales, educativas y de naturaleza.
- ✓ Deje que su hijo le ayude en sus actividades (cocinar, barrer, limpiar).
- ✓ Tómese un tiempo fuera.
- ✓ Reserve un tiempo de calma al final del día.

- **Vacaciones**



Ilustración 11. Vacaciones

Fuente: (OMS, 2014)

- ✓ Procure continuar con las rutinas establecidas.
- ✓ Involucre a su hijo en los preparativos del viaje.
- ✓ Repase con su hijo las reglas y expectativas que usted tiene de él.
- ✓ Prepárele para las visitas sociales o familiares.
- ✓ Planee actividades recreativas y relajadas (según los gustos de su hijo).

- **Alimentación**



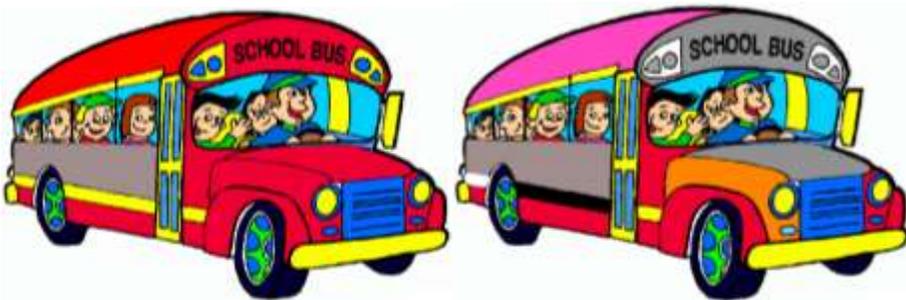
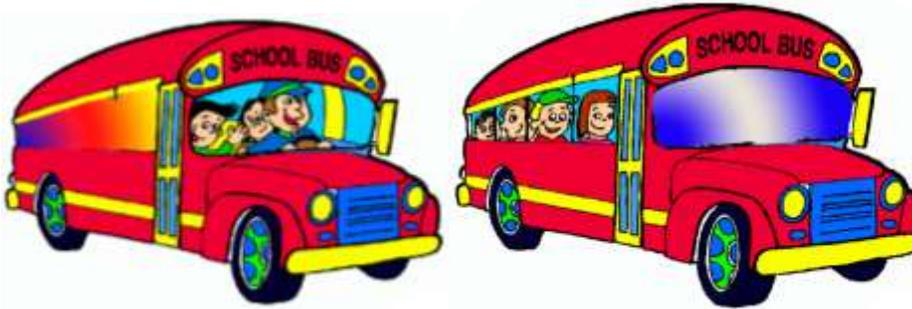
Ilustración 12. Alimentación

Fuente: (OMS, 2014)

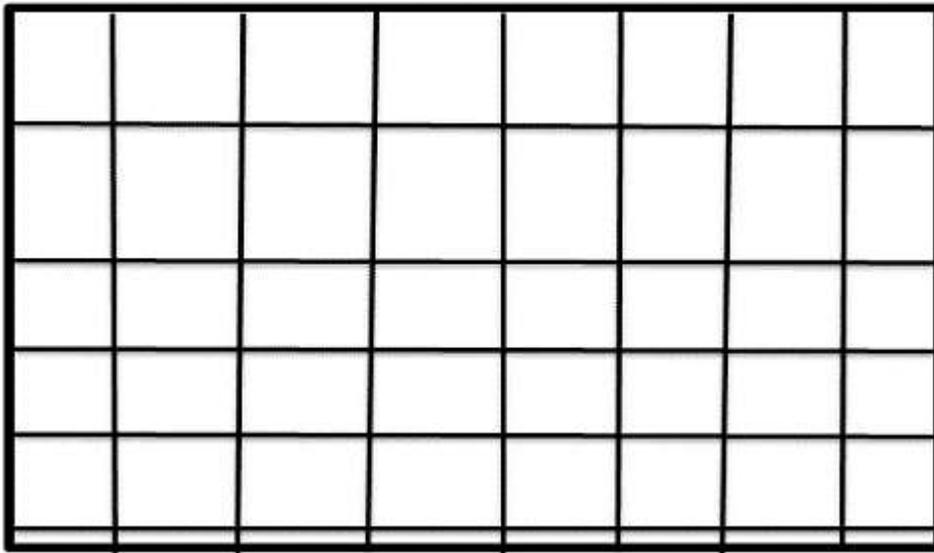
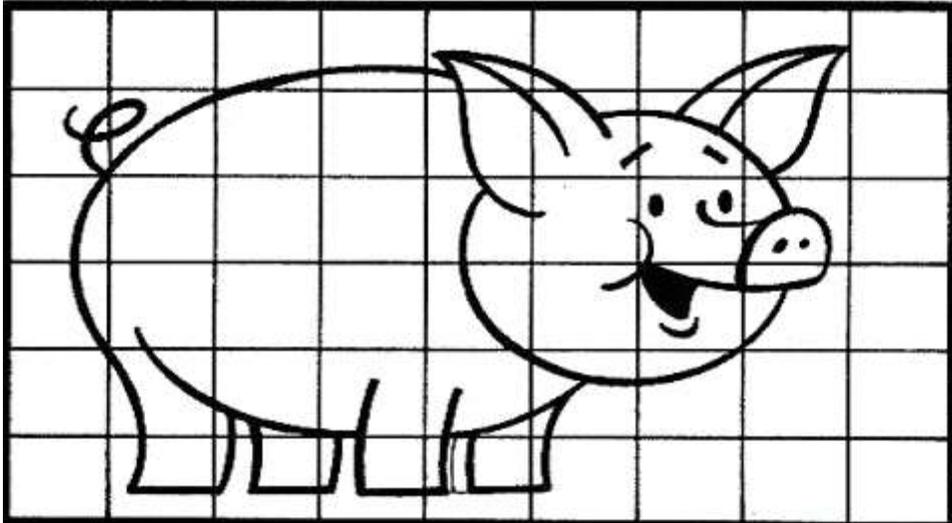
- ✓ La dieta debe ser como la de cualquier otro niño de su edad, recomendándole que se controlen alimentos con alto contenido energético (chocolates, bebidas gaseosas o energizantes, etc.)

4.3. ACTIVIDADES

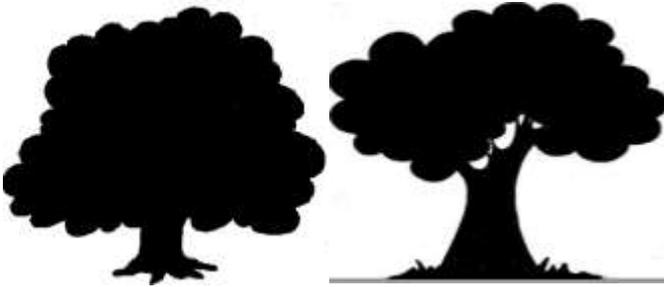
ACTIVIDAD 1: Encierra con un círculo los dos buses iguales



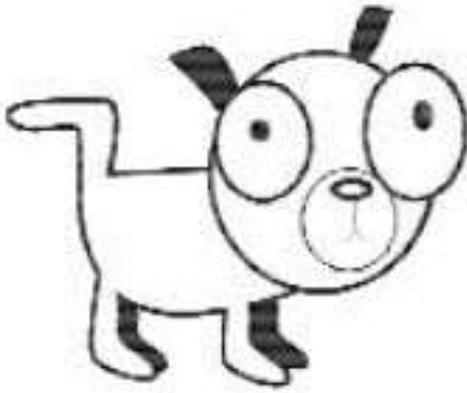
ACTIVIDAD 2: Reproduce la figura sobre la cuadrícula



ACTIVIDAD 3: Escribe debajo de cada silueta el número del árbol que le corresponde.



ACTIVIDAD 4: Colorea la imagen igual al modelo



CONCLUSIONES

- Se llegó a la conclusión de que la manera más eficaz para trabajar y conseguir resultados positivos y mejorar la conducta de los niños con TDAH es con psicoeducación con los padres que son los que más impacto causan en sus hijos, al estar ellos mejor preparados anímicamente e informados intelectualmente sobre toda la gama de situaciones que afrontan sus hijos, podrán tener herramientas válidas y certeras para enfrentar la problemática y así modificar de manera positiva la situación.
- Se utilizó las técnicas cognitivas - conductuales adecuadas para la mejoría tanto de los padres como de los niños, llegando a la conclusión de que el estado de ánimo y la predisposición a trabajar por sus hijos van de la mano para llegar a resultados positivos.
- La actitud positiva de los padres ante las dificultades, propició la mejoría en muchos aspectos como: resolver los problemas dentro del hogar correctamente, mejoro la comunicación, practican la empatía entre los miembros de la familia, dedican más tiempo a sus hijos; esto nos permitió lograr alcanzar los objetivos trazados.
- La realización de la guía fue un trabajo en conjunto entre nosotros y los padres, que a través de sus experiencias nos brindaron la oportunidad de crear un instrumento que nos permita trabajar la problemática de manera más amplia y así llegar a mejorar la vida de los niños.

- Se confirma que existe un mayor número de varones con TDAH que mujeres.
- La edad frecuente de los padres entre 30-35 en los varones es de un 78% y en las mujeres de un 22%.
- De acuerdo a la aplicación del APGAR familiar se lograron cambios en los diferentes elementos que evalúa la funcionalidad dentro del hogar.

RECOMENDACIONES

- Se debe tener un tratamiento multimodal, ya que esto nos ayuda a educar al niño y que este desarrolle estrategias para poder desenvolverse ante las dificultades que presenta el TDAH, para poder potenciar sus aspectos positivos.
- Guiar a un niño con TDAH resulta un tarea difícil, aunque muchas veces desafiante. Los padres deben prestar su apoyo totalmente, siendo justos y equilibrados el momento de resolver los problemas.
- Se debería formar técnicas (crear hábitos, disminuyendo los estímulos que ocasionan distracción), a través de un sistema de reforzadores para aumentar sus destrezas individuales y de autoestima; de esa manera también se deberá implementar un sistema con consecuencias negativas para las conductas inapropiadas.
- Apoyar a la formación de un grupo de padres de familia con la misma problemática del TDAH, para bríndales un apoyo emocional a través de charlas, talleres, presentación de guías, que ayuden a manejar correctamente dicho trastorno; esto ayudara a crear sistemas de sensibilización sobre la importancia de una intervención

terapéutica adecuada para el manejo del TDAH. Esto nos proporcionara resultados positivos en un futuro.

- La guía se debe utilizar como una herramienta, para el manejo de aquellas conductas que presenta los niños con TDAH, lo cual ayudara a mejorar su estilo de vida.
- Esta guía se debe proporcionar a los estudiantes de psicología.

BIBLIOGRAFÍA

- Artigas-Pallarés, J. (2009). Modelos cognitivos en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de neurología*, 587-593.
- Association, A. P. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5). En A. P. Association. Washington.
- Barkley, R. (2011). *Evolucion historica del concepto TDAH*. Madrid.
- Biederman, J., & Faraone, S. V. (2005). *Trastorno por Deficit de Atencion e Hiperactividad*. Asturias.
- Brickenkamp, R. y. (2002). *Test de Atención d2*. Madrid: TEA Ediciones.
- Fajardo, P., Mena, B., & Cano, E. (2006). *Guia practica con recomendaciones de actuacion para los centros educativos en los casos de alumnos con TDAH*. Mallorca: Piramide.
- García, O. F. (2005). BASES BIOLÓGICAS DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE LA ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD. *Revista Internacional de Psicología*, 2-6.
- González, E. (2006). *TRASTORNO DE DEFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN EL SALÓN DE CLASES*. Madrid: UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID .

Hallowell, M. E., & J, J. (2001). *TDA: Controlando la Hiperactividad: COMO SUPERAR EL DEFICIT DE ATENCION CON HIPERACTIVIDAD (ADHD) DESDE LA INFANCIA HASTA LA EDAD ADULTA*. PAIDOS IBERICA.

J.Narbona, A. y. (2016). *EDAH. Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad*. Barcelona: TEA Ediciones .

KOTLER, P., KARTAJAYA, H., & SETIAWAN, I. (2010). *Marketing 3.0*. págs. 87-88. Editorial Wiley.

Marín, R. d. (2011). *Estrategias Escuela-Salud-Familia*. Cordova.

Narvarte, M. E. (2008). *Soluciones pedagogicas para el T.D.A/H*. Quilmes-Argentina: Landeira Ediciones S.A.

Navarro y González, M. G.-V. (2010). El concepto de hiperactividad infantil en perspectiva: Breve análisis de su evolución histórica. *Revista de historia de la psicología*, 25-27.

Navarte, M. E. (2008). *Soluciones pedagogicas para el T.D.A/H*. Argentina : Landeira Ediciones S.A. .

OMS. (2013). *who.int*. Recuperado el 7 de julio de 2013, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/es/>

OMS. (8 de mayo de 2014). *Una juventud bajo riesgo de Accidentes, VIH y depresión:*

OMS. Obtenido de Colima 3.0: <http://colimatrespuntocero.com/una-juventud-bajo-riesgo-de-accidentes-vih-y-depresion-oms/>

Organización Mundial de la Salud. (2014). *Informe mundial sobre el conocimiento orientado a mejorar la salud. Resumen*. Ginebra: OMS.

Orjales, I. (1999). *Déficit de Atención con Hiperactividad “Manual para padres y educadores”*. Madrid: CEPE.

Pozo de Castro, J., De la Gandara Martin, J., Garcia Mayoral, V., & Garcia Soto, X. (2005). Tratamiento Farmacologico del Trastorno de Deficit de Atencion con Hiperactividad. *BOL PEDIATR*, 170-176.

Rafael, D. B., Barros, M., & Engo, R. (2000). *Trastorno por deficit de atencion con hiperactividad*. Cordova: Glosi.

Servera, M. (2005). Modelo de autorregulación de Barkley aplicado al trastorno. *REVISTA DE NEUROLOGÍA*, 358-368.

Sociedad de Pediatría de Asturias. (2014). *Fármacos estimulantes para el manejo del TDAH*. Asturias.

Vélez, C., & Vidarte, J. (2012). Trastorno de deficit de Atencion e Hiperactividad, una problematica a abordar en la politica publica de primera infancia en Colombia. *REVISTA DE SALUD PÚBLICA*, 114-115.

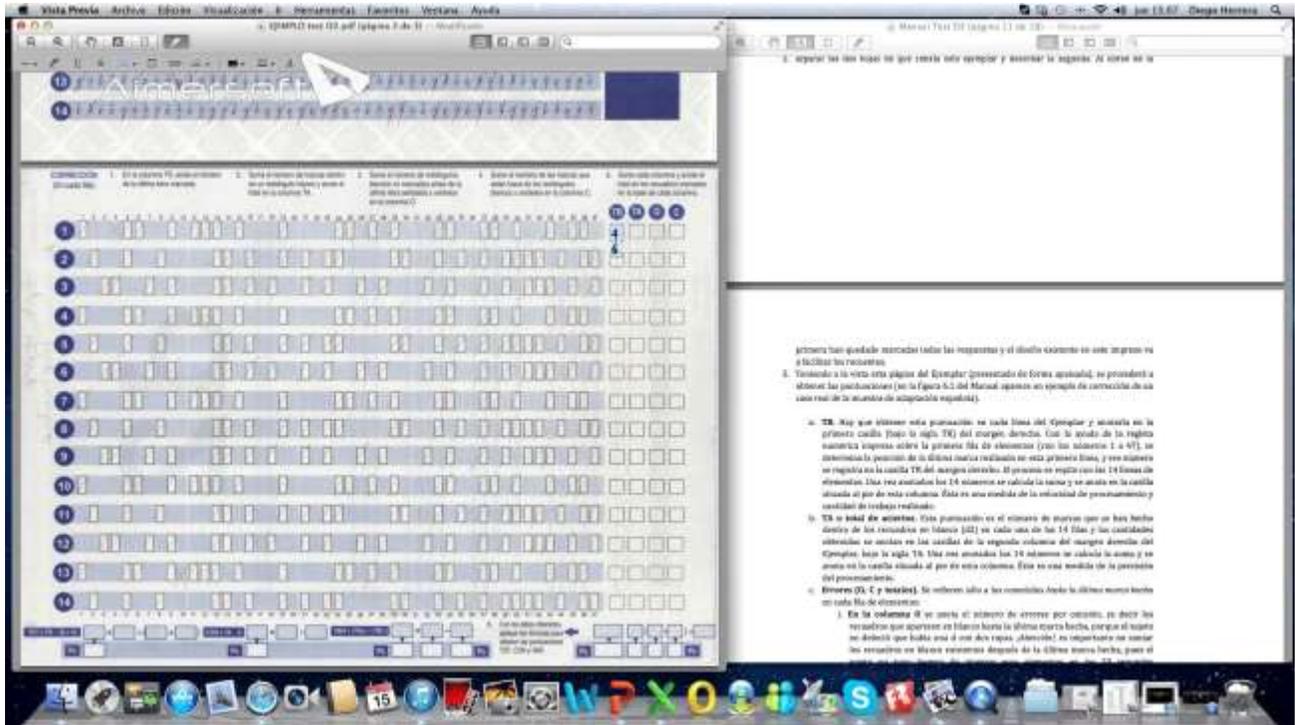
ANEXOS

Anexo 1.

Cuadro N° 1
Cuestionario para la evaluación de la funcionalidad den la familia

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?					
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas					
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de					
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.					
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. el tiempo para estar juntos					
2. los espacios en la casa					
3. el dinero					
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?					
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)					

Anexo 2.



Anexo 3.

E D A H

HOJA DE ANOTACIÓN

NOMBRE: _____
 INSTITUCIÓN: _____
 EDAD: _____ SEXO: _____ FECHA: _____

RESPONDA A CADA CUESTION RODEANDO UN CIRCULO EL GRADO EN QUE EL ESTUDIANTE PRESENTA CADA UNA DE LAS CONDUCTAS DESCRITAS

NADA	POCO	BASTANTE	MUCHO
0	1	2	3

1	Tiene excesiva inquietud motora	0	1	2	3	H
2	Tiene dificultades de aprendizaje escolar	0	1	2	3	DA
3	Molesta frecuentemente a otros niños	0	1	2	3	H
4	Se distrae fácilmente, muestra escasa atención	0	1	2	3	DA
5	Exige inmediata solución a sus demandas	0	1	2	3	H
6	Tiene dificultad para las actividades cooperativas	0	1	2	3	TC
7	Está en las nubes , ensimismado	0	1	2	3	DA
8	Deja por terminar las tareas que empieza	0	1	2	3	DA
9	Es mal aceptado por el grupo	0	1	2	3	TC
10	Niega sus errores o echa la culpa a otros	0	1	2	3	TC
11	A menudo grita en situaciones inadecuadas	0	1	2	3	TC
12	Contesta con facilidad. Es irrespetuoso, arrogante	0	1	2	3	TC
13	Se mueve constantemente, intranquilo	0	1	2	3	H
14	Discute y pelea por cualquier cosa	0	1	2	3	TC
15	Tiene explosiones impredecibles de mal genio	0	1	2	3	TC
16	Le falta sentido de la regla, del "juego limpio"	0	1	2	3	TC
17	Es impulsivo e irritable	0	1	2	3	H
18	Se lleva mal con la mayoría de sus compañeros	0	1	2	3	TC
19	Sus esfuerzos se frustran fácilmente, inconstante	0	1	2	3	DA
20	Acepta mal las indicaciones del profesor	0	1	2	3	TC

RESUMEN DE PUNTAJES	BAREMO	H	DA	TC	H+DA		H+DA+TC	
	PD							
	CENTIL							

Anexo 4.

PLANIFICACION DE LAS SESIONES

1era Sesión:

EVALUACIÓN A LOS PADRES

Objetivo:

Evaluar el grado de aceptación que tienen los padres respecto al TDAH, para esto utilizaremos el cuestionario APGAR DE LA FAMILIA.

EL JUEGO DEL FÓSFORO

Con una cajita de fósforos. empieza un papá a prender un fósforo y tiene tiempo para presentarse el mismo tiempo que dure la llama del fósforo, y así sigue pasándola hasta que se presentan todos, se pueden dar sugerencias para que se presenten, cómo se llaman, papás de quién son, cómo son sus hijos, serán características breves, como dure la llama.

Objetivo:

El objetivo de esta dinámica es poder ayudar al grupo a conocerse e integrarse adecuadamente, creando un clima de compañerismo y camaradería

Materiales:

- Dos cajas de fósforos.
- Test de APGAR

2da Sesión:

➤ **TRABAJAR CON EL ORIGEN DE LOS CUENTOS**

CUENTO TRASTO, UN CAMPEON EN LA FAMILIA

Objetivo:

Provocar en los padres el que hagan conciencia de las dificultades que tienen sus hijos al padecer TDAH llegando a causar una empatía con sus hijos.

➤ **PSICODRAMA:**

Objetivo:

Concientizar al grupo de padres de lo que padecen sus hijos día a día con su trastorno y lograr que se pongan en el lugar del otro por un momento.

El psicodrama pone al paciente sobre un escenario, donde puede resolver sus problemas con la ayuda de unos pocos actores terapéuticos. Es tanto un método de diagnóstico como de tratamiento.

Moreno, 1946, p. 177.**bold**

3ER SESIÓN:

➤ **LA TELARAÑA:**

Objetivo:

Que los padres expresen las expectativas para con sus hijos y los resultados esperados de nuestro asesoramiento.

➤ **Descripción de la técnica:**

Les facilitamos un ovillo de hilo que el papá sostiene de una punta y se presenta: Dice su nombre, que cargo ocupa, por cuánto tiempo. Luego de presentarse lanza el ovillo a otro padre sin soltar la punta.

El padre que recibe el ovillo se presenta y cuenta quién es su hijo. Cuando termina lanza el ovillo a otro padre (sin soltar el hilo), luego otro padre hace lo mismo y así sucesivamente.

Para desenredarse hay dos opciones: que lo hagan inmediatamente después de la presentación o al terminar la reunión.

Se desarma la red comenzando por el último padre que se presentó y la consigna es

Lo importante es que no le pasen el ovillo al padre que está a su lado, sino al que esté más alejado. De esa manera quedará formada una verdadera tela de araña o una red.

¿Qué deseo este año para mi hijo?

¿Qué espero que le brinde el jardín?

U otra que nosotros seleccionemos.

Así van pasando el ovillo a la persona que se lo entregó antes, hasta llegar a la maestra quién puede contarles a los padres por ej.

Cuáles son las expectativas de logro para ese año.

Qué le puede brindar el jardín a su hijo y a la familia, etc.

Cómo trabajaremos este año.

- **CONTROL DE LA CONDUCTA:**
- **TÉCNICA DETENTE-PIENSA-ACTÚA:**

Objetivo 1:

Que el niño tenga más autocontrol y poder enseñarle a detenerse ante comportamientos impulsivos ya escogidos, hasta que llegue a ser automático, lo cual facilitara a los padres a que puedan ayudarle a entender qué comportamientos son adecuados y cuáles no.

Objetivo 2:

Que aprendan a pensar en voz alta mientras realizan una tarea y si es adecuado que sean optimizadas por su guía, es decir sus padres, esto permitirá a los padres mejorar también la relación con sus hijos y que ellos puedan expresar lo que sienten sin temor sobre todos los acontecimientos de su vida, emociones y planes.

➤ **Descripción de la técnica:**

Se entregara una tabla en la cual se deberá ir completando diferentes ítems entre los cuales están las emociones, pensamientos, posibles problemas, estrategias para resolver los mismos y sus resultados.

Materiales:

- Un ovillo de hilo
- Copias sobre el registro de pensamientos

4TA SESIÓN:

TECNICA DE RELAJACIÓN Y AUTOCONTROL:

Objetivo:

El controlar la respiración ayudará a que los padres puedan cambiar su estado físico y mental, es así que por medio de esta técnica buscamos calmar la ira, la tensión y el estrés mediante una respiración lenta y profunda.

5TA SESIÓN:

JUEGO DEL CAMELO:

Objetivo:

Que los papás puedan expresar como se están sintiendo en ese momento y conocer acerca de sus emociones y diferentes expectativas.

Descripción de la técnica:

El animador ofrecerá a los participantes caramelos diciéndoles que tomen los que quieran, el animador también deberá tomarlos, una vez iniciado el encuentro los participantes deben expresar sus emociones, sentimientos o pensamientos de ese momento.

Se asignará un tema a cada color de caramelo, por ejemplo:

- Rojo: Expectativas para el momento.
- Verde: Algo sobre la familia.
- Azul: Hobbies favoritos.

➤ **TECNICA SOBRE EL CONTROL VISOMOTOR Y ATENCION:**

Objetivo:

Provocar en los padres autoconciencia sobre las dificultades que presentan sus hijos para poder mantener la atención sobre alguna situación o acontecimiento, esto se lograra con la actividad que describiremos a continuación:

Descripción de la técnica (Atención al detalle):

Consiste en mostrarles figuras, fotografías e imágenes durante un corto periodo de tiempo, después se le preguntara sobre los detalles que recuerden acerca de los colores, disposición y tamaño.

Materiales:

- Caramelos
- Figuras

6ta Sesión:

➤ **TÉCNICA DE RELAJACIÓN Y VISUALIZACIÓN (niño herido):**

Objetivo:

Buscar que la técnica de relajación sea un método de prevención para otros problemas más graves o, simplemente para obtener un mayor estado de bienestar ante situaciones de tensión que afectan no solo a los niños sino también a los padres que son los que cargan con toda esa responsabilidad.

Descripción de la Técnica:

Con los ojos cerrados, vas a concentrarte en los síntomas de tensión que notes en tu cuerpo y vamos a elegir una imagen para simbolizar el dolor o la tensión para que experimentes en este momento, por ejemplo, un martillo, tenazas, agujas, una figura geométrica, etc. Ahora vamos a elegir otra imagen para representar la relajación, la salud y el bienestar físico como por ejemplo, sol, agua, una barita mágica, etc. imaginémonos que la imagen de relajación ha cambiado a la de la tensión hasta que se elimina, por ejemplo ,el sol, va evaporando lentamente el hielo.

Al culminar cada una de las técnicas establecidas, se realizara una retroalimentación sobre lo aprendido ese día.

Anexo 5.

