

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR

FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO

PROGRAMA DE ESPECIALIDADES Y MAESTRÍAS

Trabajo de Grado Académico de Maestría, previo a la obtención del título de Magíster en Ciencias Psicológicas con mención en Psicología Integrativa en la Personalidad.

“Asesoramiento desde el Modelo Integrativo Ecuatoriano para padres de niños con Trastorno en Déficit de Atención e Hiperactividad”

Autora: Dra. Rosario Lara Machado.

Directora: Dra. Silvia Mancheno Duran .

Promoción: 2008 - 2010

Quito - 2013

DEDICATORIA

Dedico esta tesis y agradezco a Dios por permitirme culminar una etapa importante en mi vida, también a mi amada familia y cada uno de sus miembros por su apoyo permanente , incluyo en mi agradecimiento a mi amado esposo y mi bebe por su compañía y amor incondicional.

DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD

Quito, 20 de agosto de 2013

Yo, Juana Rosario Lara Machado autor/a, de la investigación, con cédula de ciudadanía No. 1803010469 libre y voluntariamente DECLARO, que el presente Trabajo de Postgrado titulado:

“ Asesoramiento desde el modelo Integrativo Ecuatoriano para Padres de niños con Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad ”, es original y de mi autoría; que no existen otros con el mismo título o tema sin plagio alguno, ya que se justifican con la población y muestra tomados para el respectivo estudio de ser comprobado lo contrario me someto a las disposiciones legales pertinentes.

Atentamente,

f-----

Rosario Lara M

AUTORIZACIÓN DE LA AUTORÍA INTELECTUAL

Yo, Juana Rosario Lara Machado en calidad de autor del trabajo de investigación o tesis realizada sobre “ Asesoramiento desde el modelo Integrativo Ecuatoriano para padres de niños con Trastornos de Déficit de Atención e Hiperactividad ”, por la presente autorizo a la UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR, hace uso de todos los contenidos que me pertenecen o de parte de los que contienen esta obra, con fines estrictamente académicos o de investigación.

Los derechos que como autor me corresponden, con excepción de la presente autorización, seguirán vigentes a mi favor, de conformidad con lo establecido en los artículos 5, 6,8; 19 y demás pertinentes de la Ley de Propiedad Intelectual y su Reglamento.

Quito, 20 de agosto de 2013

Firma

RESUMEN ESPAÑOL

Tesis sobre Estilos de Personalidad de los padres y su influencia en el Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad, específicamente **Asesoramiento**. El **objetivo** fundamental es: Obtener el apoyo de los padres en el tratamiento psicoterapéutico, mejorar las relaciones padres e hijos, así como mejorar el comportamiento de sus hijos. El **problema identificado** La información distorsionada, ausente, o escasa sobre el Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad. La **Hipótesis** refiere: El grupo de padres con personalidad Afectiva se involucra mejor en el asesoramiento que los otros grupos. **Antecedentes teóricos** Personalidad, Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad **fundamentos teóricos** sobre: Teorías de Personalidad, subtipos de Personalidad, Modelos Integrativos en Latinoamérica, Criterios diagnósticos del DSM_IV_R sobre TDAH. Se han aplicado los métodos experimental, estadístico, analítico-sintético. La **metodología** contempla: aplicaciones en pre-prueba (cuestionarios), evaluación de resultados, aplicación del programa de intervención mediante técnicas variadas, re-test, evaluación y resultados. La **conclusión general** se refiere a los resultados cuantitativos y cualitativos de la investigación. Con la **recomendación** de aplicar programas de asesoramiento para padres en el TDAH con el objetivo de evitar mayores problemas a nivel social, económico, familiar, académico, etc.

CATEGORIAS TEMATICAS:

PRIMARIA: PERSONALIDAD

SECUNDARIA: TRASTORNO EN DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD.

DESCRIPTORES

PADRES E HIJOS.

ASESORAMIENTO

DESCRIPTORES GEOGRAFICOS

SIERRA, TUNGURAHUA, AMBATO

ENGLISH DOCUMENTARY

Thesis on Personality Styles of the parents and their influence in the Attention Deficit and Hiperactivity Disorder (ADHD) specifically Psychology Program .The fundamental **objective** is: To get the support of the parents in the psychology treatment, to better the relationship between parents and sons, also, to better the behavior of their sons. The **problem identified** is the bad information, the absent information about (ADHD) . The **hypothesis** says: the parents with Affectionate Personality involve better in the psychology program than the other Personality styles.

Theoretical Background on Personality, Styles of Personality, Attention Deficit and Hiperactivity Disorder, Styles and levels of (ADHD).

The **methods** have been implemented experimental, statistical, analytic-synthetic. The methodology includes: application of pre-test, evaluation of results, implementation of the program of intervention by group techniques, post-test, evaluation and results.

The general **conclusion** refers to : results about the program, the hypothesis, styles of personality identify in the group of parents, parents and relationship with their sons before and after the program.

With the **recommendation** to implement programs to parents of children with Attention Deficit and Hiperactivity Disorder, to avoid social problems, school problems, and family problems.

TEMATICS CATEGORIES:

PRIMARY: PERSONALITY STYLES.

SECONDARY: ATTENTION DEFICIT AND HIPERACTIVITY DISORDER.

DESCRITORES:

PARENTS AND SONS

PSYCHOLOGY PROGRAM

GEOGRAPHICS CATEGORIES:

SIERRA TUNGURAHUA , AMBATO

TABLA DE CONTENIDOS

Portada

Contraportada(ficha catalográfica)

A. PRELIMINARES

Dedicatoria.....	III
Declaratoria de Originalidad.....	IV
Autorización de la Autoría.....	V
Resumen en Español.....	VI
Resumen en Inglés.....	VII
Tabla de Índice.....	VIII

B. INFORME FINAL DEL TRABAJO DE TITULACION

Introducción.....	1
Planteamiento del Problema ,Preguntas de la investigación, Objetivos.....	2
Justificación.....	3
MARCO TEORICO.....	4
CAPITULO 1	
Trastorno en Déficit de Atención e Hiperactividad.....	5
CAPITULO 2	
Personalidad.....	24
CAPITULO 3	
Entrenamiento Parental.....	58
MARCO METODOLOGICO	
Métodos, Población ,Muestras, Instrumentos.....	69
RESULTADOS	
Gráficos y Tablas.....	72
Comprobación de Hipótesis.....	104
Conclusiones y Recomendaciones.....	108

C. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Tangibles.....	117
ANEXOS 1	
Plan Aprobado.....	111
ANEXOS 2	
Test, Cuestionarios.....	126
Glosario Técnico.....	136

ÍNDICE GENERAL

Portada

Contraportada (ficha catalográfica)

A. PRELIMINARES

Dedicatoria.....	III
Declaratoria de Originalidad.....	IV
Autorización de la Autoría.....	V
Resumen en Español.....	VI
Resumen en Inglés.....	VII
Tabla de Índice.....	VIII

B. INFORME FINAL DEL TRABAJO DE TITULACION

Introducción.....	1
Planteamiento del Problema ,Preguntas de la investigación, Objetivos.....	2
Justificación.....	3
MARCO TEORICO.....	4

CAPITULO 1

Trastorno en Déficit de Atención e Hiperactividad

1.1	
Definición.....	6
1.2 Tipologías del Trastorno en Déficit de Atención e Hiperactividad.....	8
1.3.1 LA ATENCIÓN.....	9
1.3.2 Definición de Inatención.....	10
1.3.3 Inatención por sobre-enfoque.....	10
1.3.4 Características de la Inatención.....	11
DSM-IV-R síntomas de Inatención.....	11

1.4 HIPERACTIVIDAD	
1.4.1 Definición.....	14
1.4.2 Formas de Hiperactividad.....	14
1.4.3 DSM-IV-R Síntomas de Hiperactividad.....	15
1.4.4 Características cualitativas del movimiento.....	16
1.5 IMPULSIVIDAD	
1.5.1 Definición.....	17
1.5.2 Dificultades Operativas debido a la Impulsividad.....	17
1.5.3 Insuficiente demora en la respuesta y procesos simbólicos.....	17
DSM-IV-R síntomas de Impulsividad.....	18
1.6 SÍNTOMAS SECUNDARIOS AL TDAH.....	19
1.6.1 Síntomas Secundarios en el área del Comportamiento.....	19
1.6.2 Síntomas Secundarios en el área de la Cognición.....	23
1.7. TRASTORNOS COMÓRBIDOS DEL TDAH.....	28
1.7.1 Trastornos de Conducta.....	28
1.7.2 Trastorno Negativista Desafiante.....	28
1.7.3 Trastorno Depresivo.....	28
1.7.4 Trastorno Ansioso.....	29
CAPITULO 2	
Personalidad	
2.1 Generalidades del Integracionismo.....	30
2.2 Elementos favorecedores e Influyentes en el Modelo Integrativo.....	32
2.3 Modelos Integrativos en Latinoamérica.....	33
2.4 Modelo de la Fundación AIGLE (Argentina).....	33
2.5 Modelo Supraparadigmatico (Chile).....	39
2.6 Modelo Psiconeuroinmunoendocrino (Uruguay).....	44

2.7Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad (Ecuador).....	49
2.7.1 Definiciones de Integracionismo.....	49
2.8 Bases Filosóficas y Epistemológicas.....	50
2.9 Bases Teóricas del Modelo.....	40
2.10Tipologías de personalidad en el Modelo Integrativo.....	53
2.11 Personalidades de Predominio Afectivo.....	54
2.12 Personalidades de Predominio Cognitivo.....	54
2.13 Personalidades de Predominio Comportamental.....	56
2.14 Personalidades con Déficit Relacional.....	57
2.15Componentes Biológicos en la Personalidad.....	59
2.16 Factores socioculturales de la Personalidad.....	65
2.17 Bases Metodológicas del Modelo Integrativo y sus Etapas.....	67
2.18Relación Psicoterapéutica.....	69

CAPITULO 3

Entrenamiento Parental

3.1 Introducción.....	73
3.2 Sesión de Asesoramiento 1.....	74
3.3 Sesión de Asesoramiento 2.....	75
3.4 Sesión de Asesoramiento 3.....	76
3.5 Sesión de Asesoramiento 4.....	78
3.6 Sesión de Asesoramiento 5.....	79
3.7 Sesión de Asesoramiento 6.....	80
3.8 Sesión de Asesoramiento 7.....	82
3.9 Sesión de Asesoramiento 8.....	83
3.10 Sesión de Asesoramiento 9.....	84
3.11 Sesión de Asesoramiento 10.....	85

Descripciones de Procedimiento Metodológico.....	69
--	----

TABLAS DE RESULTADOS Y GRAFICOS

Asistencia por géneros.....	72
Tareas de intercesión en mujeres.....	75
Tareas de intercesión en hombres.....	76
Tipos de personalidad en el grupo.....	77
Involucramiento en el proceso por Estilos de Personalidad.....	79
Cuestionario de Relaciones Padres e Hijo(Evaluación 1).....	83
Cuestionario de Relaciones Padres e Hijo (Evaluación 2).....	93
Comprobación de Hipótesis CHI 2.....	104
Conclusiones y Recomendaciones.....	108

C. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ANEXOS 1

Plan Aprobado.....	111
--------------------	-----

ANEXOS 2

Test, Cuestionarios.....	126
Hojas de Asistencia Padres.....	131
Tareas de Intercesión.....	132
Cuestionario de Relaciones Padres e Hijos.....	133
Registro de Involucramiento según el Tipo de Personalidad.....	135
Glosario.....	136

INTRODUCCIÓN

Este es un programa de Intervención desde el Modelo Integrativo Ecuatoriano para padres de niños con Trastorno en Déficit de Atención e Hiperactividad.

Los modelos integrativos han sido creados en Latinoamérica en países tales como Argentina, Chile, Uruguay, y Ecuador.

Comparten las mismas bases epistemológicas, por ello pertenecen al mismo grupo, sin embargo, cada uno posee su propio estilo y protocolos de intervención terapéutica.

En el caso del modelo Ecuatoriano concentra su estilo en LA PERSONALIDAD, apoya su teoría basado en grandes estudiosos del tema como Allport con su teoría de los rasgos, Theodore Millon quien realiza clasificaciones en perfiles y subgrupos dentro de aquellos perfiles de personalidad resaltando las características descriptivas de cada uno, mismas que se usan como guía dentro del programa de asesoramiento presentado en esta tesis, ya que sirven como probables predictivos de los resultados que se espera obtener en el asesoramiento, así como para el planteamiento de la hipótesis por ejemplo donde se propone que las Personalidades de predominio Afectivo se insertaran de mejor manera en el proceso.

En la intervención del programa tomamos como referente a Aaron Beck quien contribuye a explicar la manera en que cada perfil de personalidad expresa su nivel cognitivo, emocional, y conductual para organizar las técnicas de aplicación en los padres en cada una de las sesiones de asesoramiento, ya que se estructuran con el fin de llegar a cada grupo con su predominio personal, así cada día se aplica una técnica para las personalidades cognitivas, otra para las afectivas, otras para las relacionales y comportamentales respectivamente.

Cabe recalcar que la mayor parte del sustento teórico de la tesis se basa en la Personalidad, ya que está dirigido el programa de intervención a los padres, y busca cumplir el objetivo principal que es el apoyo de los padres en el tratamiento terapéutico, simultáneamente mejorar las relaciones entre padres e hijos, así como mejorar el comportamiento de los niños con TDAH.

El programa consta de 10 sesiones estructuradas en base a los resultados de la evaluación inicial “Relaciones padres e hijos” cada día se enfoca en mejorar las áreas requeridas.

Al final del asesoramiento se comprueba la hipótesis que refiere; los padres con personalidad Afectiva se involucran mejor en el proceso que los otros estilos de personalidad.

Respecto al Trastorno en Déficit de Atención se toma como referente aspectos clínicos dados por el DSM-IV-TR y la escala EDAH para el diagnóstico de aquellos niños quienes fueron reportados como referentes para el grupo de inclusión en la muestra. Ya en el marco teórico se toma como referencia a Barkley como pionero en el TDAH, entre otros quienes sirven de referente informativo para los padres sobre el tema de TDAH que se imparte las primeras sesiones del programa.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El desconocimiento inicial del cuadro clínico del TDAH e incluso malos diagnósticos o diagnósticos tardíos, producen cansancio físico y emocional en los padres debido a la frustración permanente que experimentan con sus hijos, en muchos casos usan métodos punitivos que exacerban los síntomas y complican la solución del problema.

El impacto del trastorno es igualmente significativo en los padres ya que refieren experimentar angustia, temor frente al futuro, dudan de las capacidades cognitivas de sus hijos, temen el uso farmacológico, etc.

Los pensamientos que experimentan los padres son de culpa, no aceptan la condición del niño lo que dificulta un abordaje terapéutico careciendo de motivación para seguir su rol parental.

Los padres requieren asesoramiento sobre las dificultades que atraviesan sus hijos sea a nivel escolar, social, familiar, etc. Por lo que se plantea un asesoramiento sistematizado desde el modelo integrativo, para que el manejo del TDAH.

PREGUNTAS DE INVESTIGACION

¿De qué manera la personalidad de los padres influye en el apoyo y éxito del tratamiento del TDAH de sus hijos?

¿Existe diferencia en la participación de los padres en el tratamiento por influencia de la personalidad?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Asesorar a los padres de niños con TDAH desde el modelo integrativo para que las redes familiares apoyen en el tratamiento psicológico de sus hijos.

OBJETIVO ESPECIFICO

- Mejorar positivamente la relación padres e hijos.
- Cambiar positivamente el comportamiento del niño.

JUSTIFICACIÓN

Si bien es cierto, el TDAH ha sido muy estudiado, ya sea desde las diferentes áreas, el presente trabajo concentra la atención en algunos elementos, como las dificultades sociales e (intrafamiliares)

El tener un hijo con diagnóstico de TDAH produce vergüenza socialmente en los padres ya que en muchos casos quienes no han recibido asesoramiento o terapia piensan que el trastorno se produce por divorcio, aparece de manera súbita por factores sociales de cualquier tipo. Sienten que sus hijos les hacen quedar mal en todo lado porque tocan todo, hablan a gritos, saltan, trepan, rompen, no obedecen. Los padres no saben cómo manejar la baja tolerancia a la frustración, reacciones impulsivas, falta de respeto a todo y todos, mentiras de los niños, etc.

Al hablar de la dificultad familiar los comportamientos perturbadores comunes en el niño con TDAH sin duda dificultan el desarrollo a nivel familiar cotidiano ya que esto conlleva el respeto por normas, reglas, compartir, resolver problemas no solamente basados en el propio interés sino la empatía por los demás.

Estas dificultades se evidencian en la relación con sus padres y es común que ellos se hayan vuelto restrictivos, críticos, y directivos ante las conductas desobedientes y argumentativas de sus hijos. A medida que el niño crece los padres observan su escasa colaboración, actitud negativa, egocéntrica, y reaccionan frente al niño con críticas excesivas, castigos. Es decir que en vez de desarrollar una actitud positiva, de recompensas y alentar el comportamiento correcto se vuelven agresivos, rechazándolos, y menos receptivos a las necesidades del niño

El incremento de los síntomas se relaciona directamente con la situación familiar, en parámetros de estabilidad, expresión de afecto, manejo de normas, reglas, etc.

No se diga de las dificultades a nivel escolar. Los niños requieren más tiempo con sus padres ya que no pueden trabajar en forma independiente, olvidan copiar el diario por tanto no logran realizar tareas

completas en casa, les toma mayor tiempo culminarlas y eso implica más tiempo de los padres con ellos. Adicionalmente por la distracción les lleva mayor esfuerzo realizar las tareas.

Los padres tienen una atribución negativa y herrada al pensar que es un niño que desea llamar simplemente la atención, es malcriado y hace berrinches, es vago, lo hace a propósito, etc, dificulta el abordaje correcto y trato adecuado ya que se convierten en etiquetas asignadas al niño, difíciles de cambiar.

Los niños con hiperactividad e impulsividad por su falta de autocontrol lo acaban todo de prisa, les cuesta retomar el trabajo, hablan en voz alta en clase, no se sientan, alteran a sus compañeros, pierden los materiales de trabajo, tienen en desorden su mochila, quieren salir al recreo antes de hora y se tardan en regresar de él, no saben cuáles son las tareas requieren atención individualizada.

Los padres deben aprender a lidiar con los continuos e incansables llamados de atención de los maestros, quejas de compañeros y otros padres por agresión a sus hijos; también los padres dependen del apoyo de los maestros para facilitar el mejoramiento del hijo.

MARCO TEORICO

El modelo Integrativo basado en la personalidad valora la importancia de la relación terapeuta-paciente como parte del manejo técnico en el asesoramiento, ya que es condición básica para el éxito del mismo.

Desde el modelo Integrativo el asesoramiento tiene por objeto ayudarle a la persona o grupo a resolver dificultades inter e intrapersonales facilitando el desarrollo personal, así se conjuga como a través de los rasgos personales de los padres se puede mejorar la relación padres-hijo en niños con TDAH. A través de la identificación y modificación de conductas inadaptativas propias de la personalidad de los padres se busca mejorar en forma positiva la conducta de los niños con TDAH.

En las bases filosóficas y epistemológicas del modelo del modelo integrativo de la personalidad se toma a Bugental (1946) con sus principios básicos de humanismo donde se valora al ser humano con su capacidad de autodirección, la experiencia subjetiva, rechazando la monocausalidad, por ello el objetivo de este programa se basa en complementar el asesoramiento para niños con TDAH con ayuda de sus padres desde los rasgos personales que influyen directamente en el vínculo, relación y comportamientos del hijo.

Acogiendo las bases del constructivismo moderado que valida la percepción de cada individuo con características propias nos posibilita entrar en contacto con la persona en forma directa, cálida y cercana a la realidad, misma que resulta difícil por la complejidad de intervención con un hijo quien tenga TDAH, ya que comúnmente se concentra la intervención en el niño exclusivamente, dejando a un lado las necesidades de los padres.

Al mencionar las bases teóricas del modelo integrativo focalizado en la personalidad, naturalmente la personalidad es el eje fundamental, así Allport (1986) se refiere a la personalidad como **“la organización dinámica, dentro del individuo, de aquellos sistemas psicofísicos que determinan sus ajustes únicos a su ambiente”**.

En el modelo integrativo se asume la definición de personalidad como **“ una estructura dinámicamente integrada de factores biológicos, psicológicos y socioculturales que establecen en el ser humano, un modo de percibir, pensar, sentir, y actuar singular e individual”** Balarezo (2008).

En el tema de la personalidad se considera a Aaron Beck quien describe cada estilo personal a través de la cognición, emoción, y conducta. De hecho se dedica una sesión del asesoramiento al estilo cognitivo de personalidad.

.

CAPITULO I

TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

1.1 DEFINICIÓN

El TDAH es un síndrome neurocomportamental, de tipo evolutivo, heterogéneo y con un componente genético importante Barkley y Russell (1990).

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad es una perturbación común en el campo de la atención, el control de impulsos y la hiperactividad. Tiene una prevalencia del 3% al 5% de la población en edad escolar. Habitualmente el niño es llevado a consulta a partir de dificultades que se presentan en la escuela, aunque los problemas también se evidencian desde temprana edad en el hogar. Elizabeth Leimkuhler (1995).

El conocimiento de los orígenes y mecanismos de la enfermedad es aun incompleto, pero la evidencia científica lo relaciona con una alteración del cortex prefrontal en la proyección del estriado ventral.

El TDAH es de tipo crónico porque una vez que las diferencias biológicas mencionadas aparecen, estos tienden a mantenerse toda la vida aunque se modifican según la edad.

Si una persona de 11, 13, 45 años manifiesta inatención, impulsividad y/o hiperactividad, tomaremos en cuenta el diagnóstico si se rastrean los síntomas distintivos antes de los 7 años, ya que no aparece de la noche a la mañana y en cualquier edad.

La triada del grupo principal es.

- a) Inatención.
- b) Hiperactividad.
- c) Impulsividad.

El comportamiento gobernado por reglas está alterado en buena medida en pacientes con TDAH, ya que presentan dificultades en obedecer consistentemente las órdenes de padres y docentes, en seguir las normas establecidas en casa y la escuela en especial si estas representan demora en la gratificación de algo necesario para el niño.

La inquietud y la impulsividad tienen altas posibilidades de asociarse a niños con TDAH, ya que presentan comportamiento temerario (expuesto a peligros y riesgos) existe consenso en niños, adolescentes, adultos con TDAH a buscar situaciones de gran estímulo es potencialmente uno de los aspectos más peligrosos y destructivos en la sociedad.

Los sistemas relacionados con el control de la voluntad tales como: la motivación, los sistemas de premios, castigos, y la capacidad para trabajar en función de objetivos a largo plazo parece comprometida, de hecho, tienen problemas en hacer tareas que les desagradan, en planificar actividades que el premio es visto como algo alejado del presente, parecen necesitar premios a corto plazo para sentirse motivados, de lo contrario se frustran, y desalientan con facilidad.

A nivel de Funciones Ejecutivas, las tareas que implican un esfuerzo mental sostenido requieren la interacción y el mantenimiento de varios procesos cognitivos y de comportamiento a la vez; exigen que el individuo mantenga la atención todo el tiempo necesario para completar la tarea. Este tipo de tareas también necesitan de la habilidad para formular planes o estrategias mientras se inhiben las respuestas predominantes e impulsos.

Estas habilidades también dependen del nivel de control que el individuo posea o del estado de alerta mental, en función de responder a demandas de la situación. Estos requerimientos se relacionan con la habilidad del individuo para organizar su tiempo y el ambiente que lo rodea, para regular su comportamiento y funcionamiento cognitivo, para ensayar o practicar soluciones a los problemas, y para practicar flexibilidad en la consideración de respuestas alternativas a los desafíos que las situaciones le van poniendo en frente. Las tareas en funciones ejecutivas requieren memorización.

En síntesis, las funciones ejecutivas son procesos de control que involucran capacidad inhibitoria, demora en el tiempo de respuesta que posibilita al individuo iniciar, mantener, detener y cambiar, sus procesos mentales, para lo cual debe establecer prioridades, organizarse, y poner en práctica una estrategia.

A nivel social presentan importantes síntomas de hiperactividad e impulsividad tienen algunas características que pronto les trae dificultades con sus compañeros de juego y estudio, el exceso de liderazgo, baja tolerancia a la frustración, reacciones impulsivas para obtener ventajas de inmediato,

poco respeto a las reglas, abandono del juego cuando éste se vuelve desfavorable, mentiras, cierto déficit para resolver problemas interpersonales.

1.2 TIPOLOGÍAS DEL TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

Tipo de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad	No. De síntomas de inatención.	No. De síntomas de hiperactividad e impulsividad	Observaciones y descripción breve
TDAH Tipología Combinada	6 o +	6 o +	Presenta abundancia, con intensidad variable, de síntomas de inatención e hiperactividad e impulsividad.
TDAH Tipo Inatento	6 o +	6 o +	El núcleo es la inatención, los síntomas de hiperactividad e impulsividad se presentan en cantidad e intensidad e intensidad variada, pero siempre menos de 6.
TDAH Tipo Hiperactivo e Impulsivo	6 o +	6 o +	El núcleo se vincula con síntomas de hiperactividad e impulsividad .Los síntomas de inatención se presentan en cantidad e intensidad variada,

			pero siempre menos de 6.
TDAH no especifico	¿?	¿?	Los síntomas no permiten una clasificación estricta, pero tampoco en otros cuadros clínicos.

(c.p. Scandar Ruben,2003,p. 94)

1.3 TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD PREDOMINIO INATENTO.

Este subtipo debe usarse cuando estén presentes 6 o más de los síntomas atencionales y menos de 6 de los referidos por hiperactividad o impulsividad.

Los pacientes de este subtipo presentan tendencia más interna de la sintomatología. Por ello son ansiosos, pasan gran parte del tiempo inmersos en fantasías o soñando despiertos, parecen ser “vagos” o “perezosos” y pueden tener un ritmo letárgico en forma más marcada que los otros tipos. Son enviados a consulta en forma más tardía que los de otros subtipos ya que su comportamiento es poco molesto.

1.3.1 LA ATENCIÓN

La inatención no es una característica exclusiva del TDAH; sin embargo el déficit se da en la incapacidad en mantener la atención organizando el comportamiento en forma auto-dirigida, auto-sostenida, planificada, conforma a las reglas en función de objetivos futuros. En lo posterior se presta especial atención a dos aspectos de la atención: la atención corta, sobre enfocada, o sobre exclusiva.

La capacidad de prestar atención de forma continua evoluciona con la edad. El tiempo que un niño puede permanecer atento a una actividad se estima que es de 7 minutos a los 2 años; 9 minutos a los 3; 13 minutos a los 4 años, 15 minutos a los 5 años, tiempo que no están en supervisión de adultos.

Sin embargo la atención no existe independiente, es parte de un proceso; sería más bien un mecanismo de control que interpretando las necesidades generales del organismo activa o inhibe el procesamiento de información en especial que requiere un comportamiento consciente y deliberado.

El foco atencional puede tener mayor o menor intensidad, mantenerse en nuestra mente durante un segundo o por minutos y entre muchos eventos atractivos seremos capaces de seleccionar el más interesante. Todo esto implica **intensidad, selectividad y mantenimiento**, a la vez tomamos decisiones, es decir tenemos control de nuestros procesos, ese control se da siguiendo principios como el plan de acción y los motivos que lo sustentan. Hart, E.L. (1995).

1.3.2 DEFINICIÓN DE INATENCIÓN

Es el déficit de una persona para lograr un desempeño adecuado en intensidad, mantenimiento, selección, control del foco atencional, en especial en el transcurso de tareas cognitivas de naturaleza estructurada y no automática. El énfasis en el mantenimiento se relaciona con un tiempo corto y se justifica por cuanto si una persona no logra mantenerse conectada con la información el tiempo necesario como para poder procesarla, de poco le servirá haberse focalizado correctamente.

El concepto de selección denota la adecuación de los sistemas de búsqueda del organismo a determinado elemento. Cabanyes , J.(1997).

1.3.3 La Inatención por sobre enfoque.

El sobre-enfoque o atención sobre-exclusiva, implica que una vez que el sujeto ha seleccionado un determinado foco atencional, se concentra en él con tal rigidez e intensidad, que pierde la visión del contexto del significado. Las personas que tienen esta variedad atencional pueden o no diferir en su comportamiento de las personas que tienen tiempo de atención corta. Por ejemplo hay niños que varían rápidamente de foco y se sobre enfocan, otros que no se sobre enfocan e incluso, aquellos que no varían con rapidez y permanecen enfocados excesivamente. Espinosa, Iván. (2010).

La forma en que se combinan los déficits atencionales y los otros aspectos del síndrome cambian de una persona a otra y en ocasiones en un contexto a otro. El estudio del comportamiento permite detectar cual es la pauta de inatención en cada sujeto (no se observan todos los déficit atencionales en el mismo grado y en la misma persona)

Existen diferentes cuadros clínicos en los que se presenta trastorno de atención, algunos son neurológicos y otros psiquiátricos.

1.3.4 Características especiales de la inatención en el TDAH

1. Dependen del contexto, de las características de los estímulos, o de los apoyos, es decir (controles externos).
2. Gobernado por reglas y dirigido a objetivos que posee el sujeto, es decir, (motivaciones internas).

El fenómeno atencional es un punto de equilibrio entre estos dos extremos, una valoración adecuada de las circunstancias hace que predomine sobre el otro.

La inatención en los niños con TDAH reside principalmente, en la incapacidad en mantener la atención organizando el comportamiento en forma auto-dirigida, auto sostenida, planificada, conforme a reglas en función de objetivos futuros. Cuanto más distantes son los objetivos menos persistente es el comportamiento.

Esto implica la aparente inatención de aquellos con TDAH y por que fluctúa tanto como si fuera una variable dependiente de la tarea o contexto. Mientras tanto el ambiente provea continuamente el refuerzo necesario para que se mantenga la atención aquellos niños con TDAH no tendrán dificultades en hacerlo. Pero si el refuerzo es mínimo o no se halla disponible y el comportamiento deber ser creado, organizado, y auto-sostenido hacia el logro de objetivos futuros, aquellos niños con TDAH serán considerados como poco persistentes o inatentos.

Evidentemente la inatención en el TDAH no es solamente un problema motivacional sino que involucra los sistemas de procesamiento de información no automáticos, El procesamiento de información en niños con y sin TDAH es el mismo pero cuando el procesamiento requiere esfuerzo, organización activa y deliberada de la experiencia cognitiva los rendimientos son desfavorables para el niño con TDAH. Espinosa, Iván. (2010) .

1.3.5 DSM-IV-R Síntomas de Inatención.

- a) Frecuentemente no puede mantener la atención focalizada en los detalles o comete errores por falta de cuidado en las tareas escolares, laborales y /o actividades.**

Para realizar una tarea no automática debemos controlar el foco atencional, iluminando un aspecto de la experiencia con la intensidad apropiada mientras se atenúa el contexto irrelevante , pero también es necesario hacerlo en el tiempo requerido , para lo cual hay que mantener ese control realizando un continuo proceso de monitoreo en la medida que surjan conflictos o distractores alternativos .

Si no nos concentramos con el tiempo y la intensidad suficiente, muchos detalles serán registrados pobremente o directamente ignorados; o bien, la tarea que dependa de la calidad de estos procesos será deficiente y se podrá decir que cometemos errores por falta de cuidado. Idéntico resultado puede ocurrir si nos salimos repetidas veces de la tarea porque el foco atencional ha cambiado en exceso.

b) Frecuentemente tiene dificultad en mantener la atención en tareas o en el desarrollo de actividades lúdicas.

Se enfatiza en actividades que requieren mayor motivación y evalúa la presencia de “tiempo de atención corto” Obviamente los niños con TDAH se desempeñan peor en las tareas tediosas y aburridas que en las lúdicas, especialmente en juegos de mesa o tranquilos.

c) Frecuentemente parece no escuchar cuando se le dirige la palabra.

A pesar de tener una capacidad auditiva intacta no escuchan los llamados o instrucciones que se les hacen. Es habitual que los padres consulten a pediatras u otorrinolaringólogos ya sea por iniciativa propia o la escuela. Muchos niños tienen una modalidad de atención sobre exclusiva que se pierden del contexto y por tanto no son perturbados por los estímulos. Las frases coloquiales como “está en las nubes” “está mirando a la mosca” etc., son una representación de los que se concentran tanto que parecen vivir en un mundo aparte. Esto puede suceder porque pasan gran tiempo en ensueños.

d) Frecuentemente falla en el intento de seguir instrucciones y/o fracasa en completar sus actividades.

El niño probablemente no ha logrado atender el tiempo suficiente como para recibir o procesar la información dada por el docente ; ha modificado el foco atencional demasiado rápido , sin asegurar la información e la memoria verbal de corto plazo, puede haber cumplido exitosamente los dos pasos previos pero al tener que reorganizar su comportamiento en función de las instrucciones recibidas han tenido que organizar un plan de trabajo eficiente y mantenerse enfocado mientras lo ejecuta y si lo interrumpe , deberá asegurar en la memoria verbal de corto plazo tanto el plan como el momento de la ejecución , o bien la motivación puede haber disminuido a lo largo de la ejecución y el niño la abandona o trata de concluirla o la abandona, etc. Narvarte, Mariana. (2003).

e) Frecuentemente tiene dificultad en organizar sus tareas.

Aquí la palabra clave es organizar, cuando tenemos que realizar una tarea tenemos más de un paso, antes de empezar debemos pensar y planificar, necesitamos hacer un mapa cognitivo. Esto requiere control para contemplar el problema, estudiar alternativas, (al estudiar una de ellas, bloquear otras) determinar el camino aparentemente correcto, decidir que se hará primero y que después, bloquear cualquier idea no relacionada con el tema, etc. Cuando el niño no hace estos procesos observamos que pierde el rumbo, sigue criterios en forma equivocada, comete errores, olvidos, y surge la frustración se volverá más sensible a los posibles distractores (externos o internos) tiene dificultad en establecer prioridades. Es cierto que los niños con TDAH suelen ser desordenados, pero este no es un criterio distintivo.

f) Frecuentemente evita, manifiesta desagrado y/o rechaza comprometerse en la realización de tareas escolares que requieren esfuerzo mental sostenido.

Las dificultades atencionales se hacen notables en situaciones de esfuerzo mental sostenido, que requieren no solo seleccionar un foco atencional sino mantenerse en él durante un tiempo. El niño lo sabe y trata de evitarlas ya que sabe son fuentes de frustración. Ésta es una de las características que ha hecho que lo traten como ocioso, porque gran parte de las actividades escolares requieren esfuerzo mental.

g) Frecuentemente pierde objetos necesarios para sus tareas o actividades.

Una persona cuya mente salta de un foco atencional a otro, e interrumpe una tarea y comienza otra, que no organiza o sigue un plan en esos cambios ya que realiza una actividad que no debe hacerse en forma automática de tal forma, porque su atención está en otro lugar puede presentar estos problemas y tendrá dificultades en desarrollar o aplicar métodos para no olvidar o perder sus útiles.

h) Frecuentemente es distraído por estímulos extraños.

Caracteriza a aquellos niños que denominamos distraídos. Tienen una dificultad en control y selección y en menor medida en intensidad sobre su proceso atencional. El niño aun teniendo un nivel de comprensión apropiado y pudiendo discriminar que es relevante y que no lo es en una situación, no

puede evitar que los estímulos extraños o muy llamativos los atrapen distrayéndolo. En la actualidad se conoce que más del 20% de niños con TDAH mejoran su rendimiento en situaciones moderadamente estresantes, novedosas y atractivas, mientras no excedan ciertos parámetros, por ello se aconseja que los lugares de estudio tengan estímulos programados con cuidado.

i) Frecuentemente se olvida de las actividades de realización cotidiana.

El niño con trastorno atencionales tiene particulares dificultades para orientarse hacia el desempeño de esfuerzos continuos, rutinarios, y de baja estimulación como son los sucesos cotidianos.

Si estas actividades vienen a su consciencia, fácilmente son desplazados por procesos cuyos estímulos sean más intensos o bien brinden un refuerzo más rápido e importante. Narvarte, Mariana. (2003).

1.4 HIPERACTIVIDAD, Síntomas y temas relacionados

1.4.1 Definición: Implica un funcionamiento psicomotriz alto y no adecuado tanto desde la perspectiva de la edad del sujeto como del contexto. La hiperactividad es un trastorno de las funciones psicomotrices. Una de las dos clasificaciones de la psicomotricidad es la coordinación psicomotriz que a su vez tiene dos formas fina y gruesa; por tanto, la hiperactividad puede evidenciarse tanto en el área de los movimientos gruesos que implican grandes grupos musculares como en el área de los movimientos finos o de pequeños grupos musculares. Le Francois, G. R. (1995).

1.4.2 Formas de Hiperactividad.

El exceso de movimientos en el aula y por las dificultades para adaptarse a sus regulaciones, la actividad en los momentos no reglados puede no ser llamativa, si es probable que se hallen entre quienes más se pelean, tropiezan, llevan a otros por delante y por ende, quienes más sufren accidentes. Las niñas, manifiestan una pauta motriz muy diferente que los varones en los recreos, por tanto ni siquiera se las observa en problemas, o no tan a menudo.

La vinculación entre hiperactividad e impulsividad es tan fuerte en el TDAH que R.A. Barkley (1990) ha llegado a formular un déficit de control inhibitorio como fondo básico del mismo, por tanto se podrá comprender que la hiperactividad no solo implica exceso de movimiento sino falta de propiedad y cierta tendencia ociosa o carente de propósito.

El mismo argumento en el déficit de autocontrol, su comportamiento fluctuará en la medida en que los factores internos y externos favorezcan o no el mismo. Entre los factores internos tenemos la voluntad

en estrecha relación con la motivación, por ello en actividades rutinarias o aburridas el nivel de hiperactividad tiende a subir.

El nivel de cansancio parece también tener alguna influencia, de hecho los niños hiperactivos parecen presentar más problemas en la tarde que la mañana. Entre los factores externos encontramos los distintos tipos de contextos y el tipo de regulación que ejerzan los adultos, así es que presentan más problemas en el hogar cuando hay visitas y en especial si incluyen a otros niños en las visitas, evidencian más control cuando el padre se encuentre en casa.

En cuanto a la escuela cuando se requiere un comportamiento normado ocurre frecuentemente en el aula.

1.4.3 DSM-IV-R: Síntomas de Hiperactividad.

- a) Frecuentemente juega o mueve inquietamente dedos, manos, pies, o se retuerce en el asiento.**

No se refiere solo a mucho movimiento, sino a movimientos ociosos (sin un propósito) ya que los padres y docentes refieren tener mayor necesidad estos niños de tocar todo, permanentemente, o estar jugando y en movimiento constante como si tuvieran un motor.

- b) Frecuentemente deja su asiento en el aula o en otras situaciones en las que se espera permanezca sentado.**

El niño hiperactivo tiene dificultades para adaptarse a estructuras en las que se pide permanezca sentado en un lugar determinado por lo que camina por el salón de clase. Se siente frustrado en su asiento con mayor facilidad que otros niños, parece que no logra inhibir sus impulsos o demorar la puesta en acto de sus pensamientos.

- c) Frecuentemente corre y/o trepa en exceso en situaciones en las que es inapropiado (en adolescentes y adultos este criterio debe limitarse a sentimientos de desasosiego e impaciencia)**

Este criterio se describe a sí mismo, pero también sirve describe el comportamiento de tipo audaz o temerario.

- d) Frecuentemente está como en funcionamiento permanente, como si estuviese impulsado por un motor.**

En buena medida son movimientos ociosos y no dirigidos a ningún fin.

- e) Frecuentemente tiene dificultades para participar o disfrutar de actividades de descanso y ocio.**

Prefieren estar continuamente haciendo algo, manifiestan dificultades para relajarse, participar en juegos tranquilos y/o actividades sedentarias.

- f) Frecuentemente habla en exceso.**

La hiperactividad verbal se refiere al habla excesiva, preguntan todo el tiempo, o fuera de lugar, como si lo importante fuera decir algo, sin embargo cabe mencionar algunos aspectos como:

Muchos niños muestran hiperactividad verbal en casa o la escuela, en un medio que se sienten seguros, en el lenguaje espontáneo, es decir cuando no debe organizar un discurso en forma explicativa.

De hecho muchos niños con TDAH tienen cierto déficit en el lenguaje de confrontación. Además existe un número importante de niños con TDAH que no presentan hiperactividad verbal e incluso déficit en fluencia verbal.

1.4.4 CARACTERÍSTICAS CUALITATIVAS DEL MOVIMIENTO “HIPERACTIVO”

- El flujo excesivo de movimientos se presenta en ambientes estructurados diversos y persiste en el tiempo, aunque con una tendencia decreciente, no se trata solamente de permanecer quieto, sino de presentar dificultades para ceñirse a reglas, y controlar esos movimientos cuando el contexto lo requiere.
- Los movimientos del niño hiperactivo son sin un propósito, también pueden ser de baja amplitud, estereotipados, y ligados a una parte del cuerpo. Los movimientos estereotipados son propios en cada niño y cambian con el tiempo de un estilo a otro.
- Se incrementan frente al estrés y la restricción en forma más rápida y profunda que otros niños.
- Puede estar presente aun en estados libres de ansiedad.
- El hiperactivo presenta síntomas de inatención, impulsividad y baja tolerancia a la frustración.

- El hiperactivo lo toca todo, juega con todo.
- Debido a su déficit inhibitorio presenta dificultades cognitivas como organización, planeamiento, control, etc. Narvarte, Mariana. (2003).

1.5 IMPULSIVIDAD: síntomas, teorías y temas relacionados.

1.5.1 DEFINICIÓN.

Conducirse en forma impulsiva implica la presencia de comportamientos relacionados con el déficit de control inhibitorio.

1.5.2 DIFICULTADES OPERATIVAS DEBIDO A LA IMPULSIVIDAD.

1. Inhibir una respuesta dominante frente a la situación en la que el sujeto se encuentra involucrado, en atención a las variaciones que el contexto va introduciendo. Esta dificultad suele ser mayor en la medida en que las consecuencias del comportamiento son más remotas. Por consiguiente, la persona impulsiva tiene una excesiva orientación hacia los deseos y exigencias del presente. La dificultad para inhibir predominante conduce a la caracterización tan conocida de la impulsividad ligada a la velocidad de la respuesta y la imprecisión subsecuente de las mismas; en pruebas estandarizadas han evaluado que el niño impulsivo responde más rápido que los demás y comete más errores.
2. Detener la respuesta comportamental en ejecución, con la finalidad de producir una interrupción temporal, así considerar si continuar o no con tal pauta. Eventualmente considerar alternativas. Se comprende que siempre se ha hablado de impulsividad en torno al actuar sin pensar y la impaciencia. Así vemos a los niños impulsivos responder frente a un dilema rápidamente, aun cuando no se ha terminado de instruirlo, contestando preguntas que no han sido completadas y cometiendo errores por falta de cuidado y apresuramiento. Una forma de pensar y actuar tan arrebatada facilita que se falle significativamente en la evaluación de las consecuencias de sus actos.
3. Los niños hiperactivos son sujetos que fracasan en adecuar la conducta de pararse, mirar, escuchar, que emplean técnicas de exploración y por ende de atención selectiva poco eficientes y que predomina un método de procesamiento global en vez de focalizado en

detalles, lo que puede implicar una modalidad de procesamiento de la información con mayor peso del hemisferio dominante y por tanto más analógica que analítica.

4. Generar un campo protector sobre los periodos de demora y/o detención de la respuesta a fin de evitar interferencias, y poder efectuar el análisis en curso. El niño hiperactivo tiene una mayor búsqueda de estímulos sensoriales que los niños no hiperactivos en estrecha relación con el nivel de recompensa. Al parecer son más sensibles a la gratificación y por tanto más dependientes de ésta para lograr un comportamiento apropiado. El niño impulsivo tendrá dificultad en resistir la tentación frente a un comportamiento que producirá un beneficio inmediato pero dudosas consecuencias futuras, porque no puede detenerse a analizar adecuadamente las consecuencias a largo plazo e inversamente, tiene dificultades en afrontar una frustración a cambio de un beneficio mayor, en el futuro lejano, es decir presentan dificultades en postergar la gratificación y dificultad en resolver problemas. Barkeley, R.A ,(1993).

1.5.3 INSUFICIENTE DEMORA EN LA RESPUESTA Y PROCESOS SIMBÓLICOS.

Se produce una insuficiente demora en la respuesta que disminuye el uso de pensamiento reflexivo y del lenguaje en función de resolver problemas de todo tipo. Por tanto presenta dificultades en el desarrollo de estrategias para la resolución de problemas, la interacción social y posee un estilo emocional particular. Cuando se trata de problemas cognitivos con objetos los vemos realizar manipulaciones imprudentes y de hecho se convierten en expertos en romper juguetes. En situaciones interpersonales, la situación mencionada conduce en confrontación física con sus pares muy a menudo, y que de hecho se encuentran más expuestos a sufrir accidentes hogareños y automovilísticos.

- Perspectiva comportamental : reacciones rápidas, precipitadas, en ocasiones atolondradas , escasa consideración de las consecuencias del comportamiento y búsqueda de una gratificación inmediata.
- Perspectiva cognitiva: Buen funcionamiento en situaciones que requieren procesamiento automático pero en tareas cognitivas estructuradas o de largo plazo, se observa un abordaje precipitado que produce una ejecución de las tareas con una tasa de errores muy alta.

1.5.4 DSM_IV_R criterios para diagnóstico de impulsividad del TDAH.

2. Frecuentemente comienza a contestar o hablar antes que la pregunta haya terminado.

Emite conceptos con rapidez en la respuesta con dificultad para inhibir la respuesta predominante. Es decir, actúa sin pensar.

3. Frecuentemente tiene dificultad en esperar su turno en juegos y conversaciones.

Presenta nivel alto de frustración, enojo, llanto, ante la no satisfacción de sus necesidades. De ahí se desprende con frecuencia comportamientos agresivos en forma verbal o física.

4. Frecuentemente interviene en actividades de otros (ej. Interfiere en conversaciones o juegos)

Actúa precipitadamente sin pensar, sus intervenciones carecen de sentido y poseen escasa organización de ideas.

1.6 SINTOMATOLOGÍA SECUNDARIA DEL TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD.

Los síntomas secundarios son relevantes a la hora de comprender y ayudar al niño con TDAH, al grado que algunos debería estar considerado entre los primeros. No se trata de otras enfermedades o trastornos que cursen conjuntamente (comorbilidades) sino de síntomas acompañantes de menor relevancia, que surgen como consecuencia de los primarios. Greene, R.W,(1996).

La problemática de los síntomas secundarios del TDAH.

El comportamiento temerario o la tendencia a accidentes desde el punto de vista psicopatológico no tienen ningún valor ya que no permiten encajarlos en un cuadro clínico o distinguirlos entre uno y otro, sin embargo ayudan a la comprensión de los niños, familias y escuelas.

1.6.1 SINTOMAS SECUNDARIOS CON PREDOMINIO EN EL ÁREA COMPORTAMENTAL.

- a) Disminución del Funcionamiento Adaptativo:** En gran parte de los trastornos de la infancia se ubica una falla de las funciones adaptativas, también en el TDAH, ha llamado la atención el alto grado de discrepancia entre el coeficiente intelectual (Edad mental) y el grado de

disminución del funcionamiento adaptativo, registrándose en ellos un rendimiento inferior e incluso cercano a niveles fronterizos a pesar de tener inteligencia normal.

Los investigadores coinciden en que los trastornos comorbidos probablemente sean causantes de estas discrepancias.

b) Déficit de regulación del tono emocional: TDAH con y sin hiperactividad:

TDAH tipologías con Hiperactividad	TDAH sin hiperactividad
• Baja tolerancia a la frustración. • Agresividad. • Hostilidad. • Hiperreactividad. • Irritabilidad. • Hipersensibilidad .	• Baja tolerancia a la frustración. • Actitud letárgica o Hiporreactividad. • Continúa ensoñación. • Hipoactividad. • Pobres habilidades de liderazgo. • Déficit en comportamiento asertivo.

(c.p. Scandar Ruben, 2003,p. 68)

Existen diferencias claras entre niños con tipología combinada (hiperactiva e impulsiva) en comparación con los inatentos. En ambos casos existe déficit de regulación emocional; sin embargo existe mayores estudios en el grupo de tipología combinada que del otro.

Los autores refieren que la tipología combinada pueden ser excitables, agresivos, en incluso desarrollar cierta hostilidad, siempre se encuentran en un estado de alerta excesiva que los hace vulnerables a cualquier estímulo externo.

La necesidad del estímulo externo los convierte en altamente dependientes de contexto, necesitando refuerzos en mayor cantidad y frecuencia, también se frustran con mayor facilidad y empeora su perfil motivacional en la medida que disminuye el refuerzo. Esto tiene derivaciones importantes en el desempeño cognitivo.

En relación al grupo inatento se puede referir que presentan un fenómeno inverso; un desapego al mundo exterior, bajos niveles de reactividad a la estimulación ambiental, dificultades importantes para desarrollar comportamientos asertivos, es decir no solamente no son agresivos sino que tienen problemas para defenderse y/o expresarse. Sin embargo no son menos intensos en sus emociones que los niños con hiperactividad.

Esta asociación hiperreactividad, hipersensibilidad y mayor expresión negativa se ha asociado con el estado de humor disfórico, el cual es característico de ciertos procesos depresivos. Scandar, Ruben .(2009).

c) Pobres habilidades interpersonales y sociales:

Los problemas relacionados con la esfera interpersonal no forman parte del cuadro diagnóstico del TDAH debido a que no son útiles para diferenciarlos de otros trastornos por ejemplo el Negativista Desafiante , las dificultades de los niños con TDAH suelen ser de dos tipos, agresivas y/o ansiosas. Algunas dificultades coinciden como el rechazo social, la categoría de niños agresivos suelen presentar los siguientes problemas:

- d) Interacción social inmaduras, excesiva necesidad de ser el centro y /o tendencia estereotipada al liderazgo; por ello, frecuentemente se sienten más cómodos jugando con niños de menor edad.
- e) Dificultad en la resolución de problemas interpersonales.
- f) Agresividad y/o retraimiento.
- g) Comportamiento egoísta.
- h) Atribución negativa a las situaciones.
- i) Baja tolerancia a la frustración por ejemplo: perder un juego.
- j) Déficit en el comportamiento reglado: desobediencia y confrontación.
- k) Reacciones emocionales intensas y exageradas: berrinches, ataques de rabia.

Estos comportamientos dificultan el desarrollo de su vida social en la que debe primar la capacidad de respetar reglas, compartir y resolver problemas no solamente sobre la base de su propio interés sino de cierta empatía, en relación a otras personas. Scandar, Ruben.(2009).

Las dificultades de la interacción social del niño con TDAH se hacen evidentes en la relación con los padres y es evidente que estos se hayan vuelto restrictivos, críticos, directivos, ante las conductas desobedientes de los hijos. A medida que los niños crecen los padres se resienten con su actitud poco colaboradora, negativa, egocéntrica, y reaccionan en forma inapropiada con críticas excesivas, castigos, en vez de desarrollar una actitud positiva, recompensar, alentar y motivarlo. También presentan cambios de humor frecuentes y con expresiones excesivas de emociones.

La severidad de los comportamientos perturbadores en el niño dependerá de la relación con su familia y la existencia de trastornos comórbidos.

Otro aspecto importante es la relación del niño con los hermanos, ya que presenta dificultad para compartir y desarrollar juegos tranquilos y solucionar problemas en la interacción con los otros niños, los estudios demuestran que los hogares con un niño con TDAH presentan mayores conflictos entre hermanos de aquellos sin un niño con TDAH.

A nivel escolar los maestros también se vuelven directivos y críticos, generando un círculo vicioso como el de niños y padres.

La relación con sus compañeros también es problemática, se estima que en un 50% los niños con TDAH tienen problemas en el área social. Las características señaladas hacen que los compañeros los aparten no escogiéndolos para jugar o realizar tareas académicas grupales, las actitudes controladoras y críticas de los padres y maestros también se observan en los compañeros. Douglas, V.I. (1983) .

d) Comportamiento Temerario.

El comportamiento temerario es uno de los distintivos de los subtipos TDAH que se mezclan la hiperactividad y la impulsividad. Durante los primeros años se expresa en treparse a lugares peligrosos, caminar por lugares altos y estrechos, tener juegos que no miden riesgos y pueden atentar su integridad física. Posteriormente se traslada a la forma de cruzar las calles, usar cuchillos y objetos peligrosos, ya en la juventud en la forma que conducen automóviles o el apego excesivo hacia actividades de alto riesgo. Se sienten cómodos en situaciones en las que normalmente el organismo al entrar en estado de alerta segregan gran cantidad de aminoácidos, por ello buscan con obstinación esas sensaciones.

e) Tendencia Accidentógena.

Un factor al que siempre se debe prestar atención en la historia clínica de los niños con TDAH es la frecuencia con que sufren accidentes y de hecho los tienen en mayor proporción, especialmente los niños con predominio hiperactivo e impulsivo. Más del 46% de los niños con TDAH han sido descritos con tendencia a sufrir accidentes y al menos un 15% de estos niños han sufrido alguna herida o daño significativo como resultado de los accidentes. Lambert, Taylor. (1990) Otros autores han comparado el porcentaje de niños con TDAH que sufren envenenamientos accidentales, en relación a otros niños

sin TDAH. También se ha encontrado que los niños que tienen más accidentes de tránsito, ya sea como peatones o ciclistas, tienen fuertes indicadores de hiperactividad, impulsividad, inatención.

Otro estudio realizado sobre 10.394 niños británicos encontró que tanto el nivel de hiperactividad como el de agresividad son buenos predictores del nivel de accidentes de los niños con TDAH. En conclusión, los niños del subtipo agresivo por su nivel alto de actividad, impulsividad, agresividad y no respeto de reglas se exponen, claramente, en forma muy consistente, a sufrir accidentes. Esta tendencia se incrementa si aparece un Trastorno de Conducta en comorbilidad. Hartsough y Lambert (1985).

1.6.2 SINTOMAS CON PREDOMINIO EN LA ESFERA COGNITIVA

a) El problema de la inteligencia y la cognición.

El Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad se observa generalmente en niños de inteligencia normal, sin embargo al estudiar este punto desde el WISC, que es una de las escalas de inteligencia más usadas y mejor estudiadas ; sin embargo puntúan 7 a 15 puntos menos debajo del resto de la población. Barkley, Fischer, Smallish. (1990) No ocurre en todos los niños pero tampoco debe sorprenderse este hallazgo en la evaluación de un niño con TDAH.

b) Déficit en la distribución del esfuerzo y/o déficit motivacional.

Evidencias: Existe evidencia de dificultad en la autorregulación de la motivación relacionada con la posibilidad de realizar esfuerzos sostenidos y/o enfrentar tareas repetidas, aburridas, poco placenteras, o con suficiente refuerzo. Los primeros estudios y modelos hicieron hincapié en la existencia de los siguientes fenómenos:

- a. Variaciones significativas en el perfil de atención en relación directa con el interés del niño por un tema determinado.
- b. Variación muy importante del esfuerzo que el niño pone en el comienzo de una tarea y el que es capaz de sostener durante toda la ejecución de la misma en comparación con el resto.
- c. Menor motivación o esfuerzo en la ejecución de comportamientos en que la realimentación del esfuerzo la debe producir el mismo, es decir en comportamiento autodirigidos y autorregulados. p.ej. estudiar solo.

- d. Dificultades y bajo rendimiento en las actividades que requieren repetitivas respuestas en presencia de refuerzos pequeños o muy espaciados. Menor productividad en tareas aritméticas que requieren un comportamiento persistente. Dennison,Paul. (2006)

c) Déficit de internalización de normas, y/o comportamiento guiado por reglas.

1. Dificultad para comprender ordenes, especialmente de naturaleza verbal. Escucha bien, pero no oye o no registra tales órdenes.
2. Desobediencia y, a diferencia del Trastorno Negativista Desafiante, no se hace como desafío o forma de autoafirmación, simplemente el niño ejecuta el comportamiento en forma impulsiva.
3. Actúa mas apropiadamente en situaciones en que la supervisión es muy directa y la recompensa es inmediata.
4. Mayor dificultad en resistir la tentación de comportamientos prohibidos, por ellos son mas transgresores.
5. El comportamiento deseado decae rápidamente si el esfuerzo no está presente.
6. Repetición de la falta, error, trasgresión, a veces no puede encubirla.
7. Incomprensión del castigo o inutilidad del mismo. Dennison. Paul,(2006).

La capacidad de comportarse conforme a ciertas reglas trae consigo una serie de ventajas intrínsecas y que no están relacionadas con el premio y/o castigo por figuras de autoridad. Cuando el comportamiento esta guiado por reglas más que por las contingencias inmediatas se observa: la amplitud de respuestas frente a una tarea se reduce, el comportamiento resulta menos afectado por las contingencias inmediatas, se produce un incremento de control sobre el comportamiento. Otras características del comportamiento guiado por reglas es que su componente emocional es más bajo y que su presentación puede ser más intencional y reflexiva en vez de impulsiva.

En definitiva, aunque pierde creatividad permite a la persona organizar su comportamiento en forma eficaz en el tiempo. Se ha observado, que la demora en niños con TDAH en internalizar normas y procedimientos , dificulta su actuación en la resolución de problemas en los cuales es necesario establecer un plan y una secuencia de acción y por ello utiliza menos que otros niños reglas de organización , estrategias provistas por los docentes y reglas mnemotécnicas . Dennison, Paul. (2006)

d) Déficit en la fluidez verbal y en la comunicación confrontativa.

Se acepta en general que no presentan problemas en lenguaje receptivo sino en el expresivo, se encuentran en niños normales en porcentajes desde 10% al 54% a pesar de tener un nivel de expresión

normal, pero en niños con TDAH es alto, al grado que un síntoma es la hiperactividad verbal. La explicación es que existe una diferencia significativa en el nivel de fluencia verbal si se trata de verbalizaciones espontáneas y/o estructuradas o no. Los estudios sobre fluencia verbal en tareas organizadas reportan el uso de muletillas, pequeños errores articulatorios y menor habilidad en la organización del discurso. Este es el motivo por el cual en los test de fluencia verbal extremadamente simples, no se puede observar diferencia entre los niños con y sin TDAH, pero si en aquellos que implican expresiones complejas, confrontación verbal y elaboración compleja de un discurso.

e) Déficit en la Internalización del lenguaje y el habla privada.

Se ha detectado una demora en la internalización del lenguaje y algunas maneras en las que es usada el habla privada (el habla encaminada a uno mismo tiene el efecto de autorregulación).

(L.Vigotsky), partía del concepto que el habla del niño era naturalmente social ya que desde un principio tiene una función comunicativa buscando influir en los demás, de la misma forma que los padres influyen sobre ellos, progresivamente el niño diferencia el habla privada de la de los otros, estas expresiones dirigidas hacia sí mismo evidencian el pensamiento activo, volcado a la acción. Este proceso comienza después de los 3 años, a los 7 años se encuentra establecida y tiene características formales precisas; va incrementándose por lo que se internaliza. Su función es brindarle al niño apoyo, contribuye a que el pensamiento verbal pueda ejercer más control sobre el comportamiento.

f) Déficit en la memoria de trabajo.

Siguiendo el modelo cognitivo del procesamiento de información se suele distinguir una unidad de memoria de trabajo. En ella se almacenan los datos relativos a una tarea de ejecución, mientras se realiza alguna actividad suplementaria y se la usa en lo posterior. Este dato queda guardado temporalmente en la memoria de trabajo y es valioso para enlazar nuestro comportamiento presente con el futuro, aunque podría no incorporarse nunca en la memoria a largo plazo. La memoria puede ser verbal o no verbal, la memoria no verbal de trabajo se vincula con el registro de objetos y la localización espacial; en un plano más complejo, implica, el registro y posterior imitación de comportamientos complejos. Este dato es relevante dado que el aprendizaje vicario es pobre. La memoria verbal de trabajo se ha realizado estudios en retención de dígitos y cálculos mentales, el problema para un niño con TDAH no es exclusivamente la recuperación de información sino que

aquella por su complejidad requiere algún proceso de metacognición , es decir del desarrollo y uso de alguna técnica adicional.

g) Déficit de Planeamiento y Anticipación, La organización del comportamiento en el tiempo.

El área pre-frontal tiene funciones de control, por ello muestran inconvenientes al realizar tareas como: identificar objetos, detener la acción para planear, bloquear interferencias internas y externas, retener el objetivo en la mente mientras se planean acciones, realizar esas acciones o parte de ellas, tomar una decisión, actuar, obtener un resultado, recordar lo actuado y el resultado, evaluarlo en función del objetivo, corregir hasta alcanzar el éxito, efectuar el proceso de ajuste.

Siempre se ha tomado como rasgo la impulsividad al ejecutar una tarea. La mayoría de los niños con TDAH tienden a realizar las actividades en forma precipitada. Otro factor es el tiempo de espera entre una actividad y otra, generando un nivel de preparación para el evento que está por acontecer, ya que muestran conductas deficientes para la espera y anticipación del momento a llegar. Allende, Felipe. (2001).

h) Déficit en la retención de dígitos y cómputo mental.

La retención de dígitos, la capacidad para repetirlos al revés y derecho, la capacidad de usar los dígitos retenidos para el cálculo mental aritmético, la memoria verbal de trabajo en los niños con TDAH puede estar comprometida en la habilidad y velocidad para realizar cálculos mentales.

i) Errores en el procesamiento de información.

Se identifican una serie de dificultades de gran repercusión:

La primera de ellas se refiere al Déficit en el planeamiento y anticipación, la función más tarde en el cortex pre-frontal quizás sea la organización, en el tiempo del comportamiento ya que hay que optar por una determinada secuencia de comportamientos en función de alcanzar un fin determinado, por ejemplo se encuentra:

1. Déficit en el delineamiento de objetivos: El planeamiento conductual requiere que la persona se haya representado apropiadamente, en forma clara y distinta su objetivo.

2. Déficit en la articulación de medios y fines: la representación del objetivo es solo el primer paso que debe llevar a un proceso mental que enlazara la situación actual con la futura a través de determinados medios.

El segundo error en procesamiento de información es el déficit en la toma de perspectiva y la alteridad (los otros). Presentan dificultad para tomar una posición no egocéntrica, presentando problema en dejar de lado sus propias necesidades y urgencias prestando atención a la forma en que otros piensan, sienten, y organizan su experiencia.

Tercer error en el procesamiento de información está constituido por errores de atribución y de atención selectiva. En parte como consecuencia de lo anterior, es común encontrar errores en la realización de atribuciones que conecten el comportamiento de los demás y sus intenciones consigo mismos, fácilmente interpretan los comportamientos casuales o accidentales de otros como dirigidos intencionalmente contra ellos. Están más alertas a detectar o recordar claves negativas de los demás que aquellas neutrales o positivas. Alliende, Felipe. (2006).

j) Dificultades de rendimiento académico.

Entendidas como una disminución de la productividad del niño en el aula y en el hogar, es una de las áreas más problemáticas de los niños con TDAH y uno de los principales puntos de urgencia de los docentes y padres, por lo que procuran la cita psicológica. Por tanto es común que la mayoría de niños de la consulta diagnosticados con TDHA, tengan algún tipo de dificultad en su desempeño escolar, por debajo de sus posibilidades. Los datos estadísticos refieren que las dificultades en el rendimiento académico en los niños con TDAH son los siguientes:

1. 56% de los niños con TDAH requieren algún tipo de ayuda o sistema de tutores.
2. 39% repiten al menos un grado en la escuela.
3. 30-40% de los niños son colocados en algún programa especial.
4. 10-35 % abandonan o fallan al completar la secundaria. (c.p Scandar Ruben,2003.p.86).

1.7 PRINCIPALES TRASTORNOS COMORBIDOS DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD.

Comorbilidad: El TDAH es un trastorno cuyo diagnóstico de basa en la denominada triada diagnóstica de inatención, hiperactividad, impulsividad. Estos síntomas en ocasiones se acompañan de otros grupos sintomáticos que constituyen entidades clínicas por derecho propio, no se trata de síntomas acompañantes o secundarios, sino de trastornos diferentes, se listan las más significativas en orden de frecuencia estadística junto al TDAH.

TRASTORNOS COMÓRBIDOS

1.7.1 Trastorno de Conducta: Según el DSM-IV-R la principal característica “es una repetitiva y persistente pauta del comportamiento en la cual los derechos básicos de otros o las principales reglas y normas sociales han establecido como adecuadas para un grupo mayoritario, son violadas” (cp. Manual Diagnóstico y Estadístico de Desórdenes Mentales .Washington.D.C.1994)

1.7.2 Trastorno Negativista Desafiante: La desobediencia y el oposicionismo se observan desde temprana edad, ni bien se trate de imponer al niño cierto orden y estructura. Según el DSM-IV-R la principal característica es una “pauta recurrente, de comportamientos negativistas, desafiantes, desobedientes, y hostiles hacia las figuras de autoridad” (c.p. Manual Diagnóstico y Estadístico de Desórdenes Mentales. Washington.D.C. 1994) Estos niños son irritables y tienen ataques de rabia y mal humor. Siempre intentan algún argumento para no seguir instrucciones, molestan intencionalmente y culpan a los demás de sus propios errores. También se sienten fácilmente atacados por los demás y tienden a ser resentidos y vengativos.

1.7.3Trastorno Depresivo: La sintomatología del TDAH y la Depresión Infantil puede presentar características comunes como excesiva actividad motora, problemas de atención, dificultades cognitivas, problemas sociales entre sus pares, trastornos de conducta, dificultades en el rendimiento académico.

Requieren mayor atención la hiperreactividad emocional y el estado de ánimo disfórico (cambio brusco de ánimo, mal humor, agresividad) frente, a estas características debemos considerar si es un TDAH, una depresión infantil o ambas. Si la intensidad, frecuencia, duración, de los síntomas es estable probablemente será una depresión en comorbilidad al TDAH.

1.7.4 Trastorno Ansioso: Es importante asegurarse que los síntomas que parecen ser un TDAH no son el resultado secundario de un estado ansioso. La ansiedad por su estrecha relación con la activación del sistema nervioso central puede afectar el perfil atencional del niño pudiendo parecerse mucho al TDAH.

Es útil evaluar el problema desde los antecedentes familiares, conocer si existen diagnósticos de ansiedad familiar o de TDAH. También estudiar la forma de procesamiento cognitivo, la focalización de la atención, así como la selectividad y mantenimiento de la misma, estas no se presentan en niños con ansiedad. Cabanyes, Polaino-Lorete (1997).

CAPÍTULO II

LA PERSONALIDAD

2.1 GENERALIDADES DEL INTEGRACIONISMO

Los caminos hacia la Integración aparecen desde la tercera década del siglo anterior, época en la que muchos psicoterapeutas y autores buscan similitudes entre las teorías psicológicas y los sistemas psicoterapéuticos.

PRIMER PASO

Representa la búsqueda de relaciones entre corrientes.

French, (1933), durante la Convención de la Asociación Psicológica Norteamericana, intenta establecer nexos entre el psicoanálisis y la teoría pavloviana , comentando las similitudes existentes entre la represión Freudiana y los conceptos de extinción e inhibición.

Dollar y Miller , (1950) , publican su obra “Personalidad y Psicoterapia” donde vinculan los conceptos analíticos de la regresión , represión, y desplazamiento con la teoría del aprendizaje.

Watchel, (1987) en su libro “Accion and Insight” anima a fusionar los procedimientos clínicos de las dos corrientes para mejorar las intervenciones terapéuticas.

Golfried, (1980) inicia el movimiento hacia la integración y conjuntamente con Norcross, (1992) publican “El Manual de Integración en Psicoterapia” y refieren los aportes de French en este campo.

SEGUNDO PASO

Rosenzweig, (1936) Pretende descubrir los factores en común que intervienen en el proceso psicoterapéutico, refiere tres factores:

- 1.” La personalidad del terapeuta relacionada con la capacidad de transmitir esperanza a los pacientes”

1. “La interpretación de terapeuta favoreciendo la comprensión y generando nuevas alternativas a los problemas del paciente”.
2. “Los efectos sinérgicos que provoca el trabajo en una zona específica sobre las demás áreas.”

Frank, (1961) en su libro “Salud y persuasión” refiere los siguientes factores que influyen entre las psicoterapias adicionalmente a las diferentes áreas de influencia personal, cambio religioso, acciones empíricas y efecto placebo en la medicina.

1. La confianza del paciente en la competencia del terapeuta.
2. El entorno terapéutico asignado como espacio de curación generando posteriormente expectativas de alivio en el paciente.
3. Los mitos sobre salud y enfermedad compartidos culturalmente por paciente y terapeuta.
4. La teoría que sustenta la técnica de los procedimientos.

En lo posterior agrega 6 factores:

1. Nueva información,
2. Posibilidades de aprendizaje,
3. Activación emocional, sensaciones de dominio,
4. Auto eficacia,
5. Posibilidades de verificar los cambios
6. Logros de la terapia.

Harper , (1966) refiere los siguientes factores en común de los enfoques psicoterapéuticos.

1. Persona en condición de paciente.
2. Persona en condición de terapeuta.
3. Recolección de información.
4. Establecimiento de una relación positiva.
5. Uso de técnicas específicas especialmente verbales.
6. Comprensión de la Psicoterapia como un proceso.

TERCER PASO

Comprende la integración en el campo práctico.

Lazarus ,(1967) desarrolla el **Eclecticismo técnico** asociando la conducta, el afecto, sensaciones, imágenes, cogniciones, relaciones interpersonales e inclusive drogas en su esquema de tratamiento.

Bandura, (1980) desarrolla el **Modelo de determinismo recíproco**, incluyendo elementos ambientales, cognitivos, conductuales.

Beutler, (1986) propone una **Psicoterapia ecléctica sistemática**” refiriendo que en la práctica muchos psicoterapeutas utilizan procedimientos pertenecientes a otros enfoques.

CUARTO PASO

Refiere aspectos teóricos que apoyan el ejercicio terapéutico. Relaciona lo conceptual con el fenómeno psicológico y terapéutico, sustentado en una nueva teoría que se basa en la validez de cada corriente.

Goldfried propone que el análisis comparativo debe establecerse en un nivel que se relacione la técnica específica y la explicación teórica de la efectividad de la técnica.

Prochaska y DiClemente , (1986) proponen la comprensión del cambio terapéutico a través del **Enfoque Transteórico**”.

Fernández –Álvarez, (1992) pionero de la integración en Latinoamérica expone su teoría”Fundamentos de un Modelo Integrativo en psicoterapia”.

Roberto Opazo , (1992) publica “Fuerza de cambio en Psicoterapia: modelo integrativo”. En 2001 “Psicoterapia Integrativa : Delimitación clínica”.

En el año 2002 se desarrolla en Ecuador el modelo Integrativo en la Personalidad Balarezo (2007), en los últimos años se incorpora en Uruguay el movimiento Psiconeuroinmunoendocrino (PNIE) de Margarita Dubourdieu .

2.2 ELEMENTOS FAVORECEDORES E INFLUYENTES EN EL MODELO INTEGRATIVO

A partir de los años 50 del siglo anterior surge un avance científico de la psicología y la psicoterapia, una vez superadas las confrontaciones teóricas entre las corrientes donde se demuestra que no existen evidencias de mejores resultados o diferencias significativas en la aplicación de distintos procedimientos en abordaje de psicopatologías similares. Singer y Luborsky , (1975).

Roberto Opazo, (2004) refiere los siguientes elementos influyentes en el modelo integrativo:

1. En Estados Unidos en el año de 1983 se crea la Sociedad para la Exploración de la Integración en Psicoterapia que sirve como grupo referente a personas interesadas en el estudio entre los enfoques en psicoterapia.
2. La referencia sobre la “Tendencia al empate” de Frank citada por Luborsky y Singer (1975) sobre la certeza que ninguna corriente ha demostrado con hechos ser mejor que otra.
3. La práctica común entre psicoterapeutas de varias corrientes que asumen un “eclecticismo espontáneo”. Fernández –Álvarez, (1996).
4. La necesidad de demostrar eficacia en la psicoterapia ante la sociedad quien exige resultados ante tratamientos prolongados y costosos.
5. La decreciente actitud dogmática que presentan los psicoterapeutas de las diferentes corrientes. Beitman , Golfried y Norcross (1989).

El desarrollo del movimiento Integrativo posee algunas referencias importantes:

1. Lo Integrativo puede referirse a varios contextos como: el campo de la teoría, la práctica, la investigación, también la interrelación entre las formas de tratamiento por ejemplo el psicoterapéutico con el farmacológico, o también lo interdisciplinario como lo biosicosocial durante el tratamiento.
2. A nivel mundial y latinoamericano se observa flexibilidad positiva entre los psicoterapeutas de corrientes antagónicas.
3. Reconocimientos jurídicos. Acuerdos interinstitucionales, creación de Postgrados en psicoterapia Integrativa en los países mentores de Latinoamérica, actividades académicas permanentes, congresos nacionales y extranjeros. Etc.

2.3 MODELOS INTEGRATIVOS LATINOAMERICANOS

2.4 MODELO DE LA FUNDACIÓN AIGLE (Argentina)

Héctor Fernández Álvarez mentor del modelo, funda AIGLE en el año 1977 y a través de su obra “Fundamentos de un modelo Integrativo en Psicoterapia” (1996) adquiere como base epistemológica el **constructivismo relativo** que acepta la existencia de la realidad externa misma que tiene significado mediante la construcción de la persona desde su subjetividad.

La base teórica de la corriente es el modelo **cognitivo constructivista**, sobre la cual desarrolla las aplicaciones metodológicas. La persona posee estructuras relacionadas con sus experiencias pasadas vinculadas con figuras representativas y el entorno, estas estructuras mentales se transforman y expresan en el lenguaje, pudiendo ser funcionales o disfuncionales.

PRIMERA ETAPA: El Procesamiento de Información.

En aquella época predomina la visión mecanicista donde la persona recibe, procesa, y expresa la información, en este procesamiento intervienen funciones psíquicas, por ejemplo en el primer nivel está la consciencia, atención, sensopercepciones ; en el segundo nivel está la memoria, afectividad, emociones , y el ultimo nivel la personalidad del sujeto. Estos niveles son referentes para la intervención psicoterapéutica porque permiten identificar donde se produjo la disfuncionalidad. (c.p. Fernández-Álvarez, 1996,p.77).

SEGUNDA ETAPA: Revolución Cognitiva.

La persona es considerada como creadora de su realidad, misma que se construye desde la individualidad, en esta etapa aparecen condiciones como la recursividad, la construcción de la realidad a través de diferenciaciones que establece la persona, y el significado del lenguaje. Mahoney refiere los procesos proactivos sobre los retroactivos, que tienen como finalidad estructurar sistemas de significados anticipados a situaciones que todavía no han ocurrido más que en la mente y se ubican en un tiempo futuro.

Vigotsky refiere la influencia del constructivismo social.

Kelly refiere la teoría de los constructos personales.

Piaget desarrolla un sistema constructivista donde equilibra los factores biológicos e interrelacionales , donde la clave del desarrollo de la inteligencia es la interacción entre sujeto y objeto en el proceso de adaptación , desplegándose en la búsqueda del equilibrio en estructuras, esquemas, estadios, etc. Ofrece una visión de desarrollo centrada al completamiento progresivo de las estructuras, explica cuando dichas estructuras se completan y cuando puede accederse a un nuevo nivel. (c.p.Fernández-Álvarez,Hector,1996,p. 103) .

FUNDAMENTACIÓN TEORICA COGNITIVO –CONSTRUCTIVISTA

Construcción de la experiencia psicológica

A través de la actividad psíquica el hombre construye la realidad en forma permanente motivado por el conocimiento. Los seres humanos construyen su experiencia a través de factores externos e internos y su acción es el resultado de elementos biológicos que evitan la desintegración celular, muerte física y social que evita la desintegración del sistema y caos; estos procesos ocurren en forma simultánea en las personas. Enfatizan en el valor de la estructura y el orden en la experiencia y que estos no son necesariamente sinónimos de estabilidad y progreso. Construir la realidad es la forma de organizar la experiencia personal por medio de significados donde cada persona refleja su mundo, incluyendo su autorepresentación y dándole un sentido de identidad personal necesaria para preservar la actividad psicológica que es el equivalente a un desarrollo del **self**.

La relación entre cognición, conocimiento y construcción es importante en la existencia ya que al conocimiento se accede por tres procesos: intelectuales, emocionales, y evaluativos, mismos que se sintetizan en todas las acciones humanas. El conocimiento se evidencia a través del lenguaje en las personas ya que constituye un instrumento de evolución complejo. Fernández-Álvarez (1996).

Estructuras y Significados

Bruner (1986) explica que los significados se organizan alrededor de una estructura y contienen elementos articulados entre sí. Los contenidos de esas estructuras son **signos** denominados patrones lingüísticos para representar las experiencias. Los significados se producen en cadena y se relacionan entre sí y la posición del significado depende del resto de elementos. Las estructuras de significado se modifican en forma permanente de acuerdo a tres procesos.

1. Intercambio entre lo interno y externo.
2. Evolución acorde a los fenómenos de desarrollo que hacen complejo el sistema.
3. Exigencia psicológica.

Los contenidos mentales de las estructuras se constituyen por aspectos intelectivos, afectivos, evaluativos, de acuerdo a los procesos de acceso, y ejercicio terapéutico requieren analizar las interconexiones que realiza cada paciente. (C.p.Fernández-Álvarez,1996.p.141,142,143.).

Clasificación de la estructuras.

Son de tres tipos:

1. Dimensiones

- a) Personal y consensual.
- b) Digital y analógico.
- c) Denotación y connotación.
- d) Consciente e inconsciente.

2. Planos

- a) Asertividad.
- b) Potencia.
- c) Actividad.
- d) Persistencia.
- e) Atracción.
- f) Control.
- g) Dependencia.
- h) Datividad.
- i) Eticidad.
- j) Afrontamiento.
- k) Responsabilidad.
- l) Atención.

3. Roles

- a) Generacionales (hijo, nieto, hermano, sobrino, etc.).
- b) Sexuales (compañero, novio, amante, esposo, candidato).
- c) Interpersonales (amigo, alumno, vecino, ciudadano, empleado, etc.).
- d) De cumplimiento (estudiante, laboral, económico, político, etc.).
- e) De actividades (religiosos, asistencia social).

Evolución de las construcciones.

A partir del nacimiento se relacionan elementos biológicos, sociales, y psicológicos, en la construcción del guión parental mismo que se influye por las actitudes de los padres y expectativas hacia los hijos. En el futuro se establece el guión personal conformado desde edades tempranas y variando

acorde a las oportunidades sociales en la persona. Un guión “consiste en un proyecto y la trama se desarrolla en el escenario de la vida”, (Fernández Álvarez, 1996, p. 184) El guión personal y las construcciones nuevas se apoyan en las anteriores. Los sistemas constructivos pueden ser funcionales o disfuncionales de acuerdo al grado de equilibrio que generen; los significados representan mecanismos de protección frente a las amenazas del entorno, siendo su objetivo mantener el sistema organizado. Las resistencias primarias son las más fuertes y se encuentran en un nivel consciente inconsciente.

Jerarquía de las estructuras de significados.

El desarrollo del **self** de acuerdo a Fernández –Álvarez, se conforma en una sucesión espiralada de construcciones que van desde el nacimiento hasta la muerte, esta sucesión está marcada por diferentes momentos o etapas cada una define una forma de representación y atribuir la realidad, el autor desarrolla su propuesta tomando como referente a Freud, en el esquema de evolución psicosexual, Erikson, a través de las etapas que atraviesa la identidad en el ser humano. Stern presentó el modelo de desarrollo del self en cuatro momentos a partir del nacimiento.

Los seres humanos pueden elaborar progresivamente su conocimiento de la realidad por medio de un sistema estructurado de jerarquías, el presente modelo permite identificar los diferentes niveles de profundidad en los que podría estar enfocada cada situación disfuncional.

NIVELES DE COMPLEJIDAD DEL SELF

1. Función Discriminante Básica (Discriminación de los límites corporales, Sensaciones de necesidad y saciedad).
2. Filiación y Parentesco (Diferenciación generacional y similaridad endogrupal).
3. Dominación (Legalidad, sistema de recompensas y castigos. Prescripciones y proscripciones)
4. Diferenciación Sexual (Discriminación de las diferencias intersexuales. Gratificación corporal activa y pasiva)
5. Reconocimiento (Sentimientos de pertenencia. Aceptación de los otros. Confirmación social.)
6. Autonomía (Elaboración del guión personal. Constitución del juicio propio. Elaboración de proyectos)
7. Transitividad (Enlace amoroso .Proyección de la experiencia de yo, a nosotros.)
8. Productividad y Perdurabilidad (Despliegue de obra. hijos, trabajo, proyección social)

9. Recogimiento (Reelaboración reflexiva y preparación para la generación siguiente. Cierre de puertas abiertas) Fernández-Álvarez (1996).

FUNDAMENTOS METODOLOGICOS

Evolución de los procesos disfuncionales.

Las construcciones disfuncionales pueden expresarse en diferentes grados marcando variados estilos de afrontamiento en el sujeto. Dichos cambios pueden ser:

1. Progresivos, es decir con mayor tendencia a la complejidad, marcando transformaciones en las estructuras del significado que apuntan a generar las condiciones para alcanzar niveles de acción superiores en el cumplimiento del guión personal.
2. Circulares, es decir con tendencia a regresar al punto de partida.
3. Regresivos, es decir que retornan a estructuras anteriores.

Los cambios circulares o regresivos generan rupturas del guión. Imposibilitando a la persona diferenciar el proceso y realizar cambios progresivos. En este momento cuando es importante la consulta psicológica donde se promueve la construcción personal, en el proceso terapéutico se evidencian componentes defensivos que impiden a la persona avanzar o se genera la falsa esperanza que se produzca el cambio por condiciones externas únicamente. Fernández-Álvarez. (1996).

La experiencia del sufrimiento.

Este enfoque establece diferenciación entre las experiencias de sufrimiento que se trabajan en psicoterapia de aquellas que no lo son. Algunas expresiones de dolor y sufrimiento se ligan en el cumplimiento de un fin justificado, las otras experiencias son las de sufrimiento gratuito, sin justificación que explique el dolor en la persona, siendo este grupo el indicado para la psicoterapia, acompañado del sentimiento de incapacidad personal para resolver problemas. Se descartan la intervención terapéutica aquellas personas que no tienen juicio sobre su dolor, los que hacen sufrir a otros y le dan sentido a su dolor. Este tema se menciona en síntomas, problemas, o conflictos.

Objetivos en Psicoterapia.

Considerando el proceso psicoterapéutico el autor analiza los aspectos vinculados con la declaración de malestar que está influida por condiciones contextuales, actitudinales, y verbales las características de la persona que acude a la consulta, la evolución de la demanda, los criterios del terapeuta para admitir al paciente, los acuerdos que se deben alcanzar entre paciente y terapeuta sobre objetivos reales del proceso.

Diseño de Estrategias Psicoterapéuticas.

Este modelo se basa en establecer inicialmente el Locus de Control prevaleciente, los parámetros iniciales de intervención se vinculan con el establecimiento de objetivos, la posibilidad de modificarlos cuando el proceso lo requiera, el ajuste al nivel de atribución interna al malestar y el diseño de la estrategia terapéutica que considera variables teórico-clínicas y situacionales. Fernández-Álvarez (1996).

2.5 MODELO SUPRAPARADIGMATICO (Chile)

Opazo, Roberto (2001) fundador del Instituto chileno de Psicoterapia Integrativa, publica su obra “Psicoterapia Integrativa y Delimitación Clínica” donde expone los fundamentos epistemológicos, teóricos y metodológicos del mencionado enfoque.

FUNDAMENTOS CONCEPTUALES

Roberto Opazo , elabora y propone un modelo integrativo supraparadigmático.

La fundamentación epistemológica, metodológica, y paradigmática del modelo coinciden con el constructivismo moderado.

En oposición al principio de causalidad desarrolla el “principio de influencia”_como elemento teórico que predice elementos psicoterapéuticos a través del concepto de probabilidad. Fundamenta la manera en que el principio de influencia establece las rupturas de predicción que se originan en diversas ciencias como física cuántica, teoría del caos, la biología y ciencias cognitivas, todo esto para desafiar el principio de causalidad. Opazo. Roberto (2001).

PARADIGMAS DEL SUPRAPARADIGMA

- **Paradigma Biológico:** Evalúa antecedentes genéticos, endocrinos, neuroanatómicos o neurofisiológicos, en el origen de las cogniciones, emociones, o conductas del campo normal o

en los diversos desajustes. A nivel terapéutico en este nivel se incluye el uso del fármaco. A nivel del principio de influencia se analiza la extroversión, introversión, neuroticismo, y probabilidad de intervención psicoterapéutica.

- **Paradigma Ambiental/Conductual:** Fundamentado en las experiencias tempranas, en muchas ocasiones difíciles de modificar y de gran influencia en proceso de aprendizaje. A nivel terapéutico expone el beneficio que produce la exposición in vivo en fobias, y el enriquecimiento personal en el tratamiento de la depresión. A nivel de principio de influencia evalúa la calidad del medio como potencial satisfactor de las necesidades en la historia escolar, social, sentimental, y laboral del paciente y consecuentemente en el repertorio conductual.
- **Paradigma Cognitivo:** Se concentra en la información y el procesamiento de la misma en respuestas desadaptativas que se expresan en las emociones, y conductas patológicas. En la intervención terapéutica influye en las distorsiones cognitivas manifiestas en los trastornos. A nivel de Principio de influencia refiere la confianza del paciente, las distorsiones o defectos de percepción, e interpretación de la experiencia, la calidad de los procesos de atención.
- **Paradigma Afectivo:** El origen de esta paradigma refiere el facilitamiento de conductas de pasividad, apatía, inducidas por la tristeza; o el deterioro de la autoestima influidos por la ansiedad y depresión. A nivel terapéutico considera la motivación al cambio, la catarsis, las cogniciones calientes. Como principios de influencia analiza el poder de los afectos en la resistencia y el incremento de probabilidad en el éxito de la terapia cuando hay motivación en el paciente.
- **Paradigma Inconsciente:** Refiere la influencia entre las cogniciones, afectos, y conductas que la persona no es consciente, como factores de origen señala los estímulos subliminales, contenidos reprimidos, y esquemas subyacentes. A nivel terapéutico se concentra en el insight, En los principios de influencia cita los mecanismos de defensa inconscientes y la toma de consciencia de los conflictos como relajantes del sistema psicológico.

- **Paradigma Sistémico:**__Aplica principios sistémicos como la homeostasis, coherencia sistémica, las formas en la comprensión de cambios cognitivos, afectivos, y conductuales. A nivel de origen cita las variables familiares como responsables de la estabilidad o los conflictos de sus miembros. A nivel terapéutico refiere la necesidad de acoger a la familia como un todo para lograr los cambios requeridos. A nivel de principio de influencia la resistencia al cambio y la influencia de un cambio positivo en todo el sistema, la importancia de la familia para el paciente, la interacción de los miembros o pareja. Opazo, Roberto. (1996).

Sistema Self: Es el eje integrador de los paradigmas al evaluar los recursos del paciente para activar y movilizar sus propias conductas. Se trata de la capacidad del sujeto para postergar sus impulsos, con la calidad en su toma de decisiones y la apreciación de lo positivo y negativo de su autoimagen, autoestima, y con la capacidad del sujeto para tolerar la frustración. Las funciones principales del SELF son:

- Identidad.
- Auto-organización.
- Significación.
- Control conductual.
- Búsqueda de sentido.
- Conducción existencial.

DELIMITACION CLINICA

Refiere la multicausalidad como factor importante en los desajustes psicológicos, la discusión acerca del insight en la terapia, la producción interna o externa en la terapia, las limitaciones psicoterapéuticas, y las posibilidades de comprensión de la sicopatología. El pronóstico a través de la psicoterapia en el modelo supraparadigmatico.

La idea principal del modelo es promover apertura a las otras corrientes que han demostrado eficacia en el proceso psicoterapéutico, con el objetivo de estructurar un modelo que supere las limitaciones de otros sistemas, y el efecto de cambio en los factores comunes.

Los postulados del modelo Chileno son:

- La psicoterapia Integrativa es un proceso interpersonal.

- El diagnóstico integral es básico para el pronóstico de evolución y selección de estrategias clínicas.
- Los objetivos terapéuticos son de mutuo acuerdo entre paciente y terapeuta.
- Cualquier cambio en el sistema total afecta cada parte psicológica.
- Cualquier cambio específico de una parte del sistema tiende a irradiarse hacia el sistema total.
etc. Opazo, Roberto. (1996).

La psicoterapia es definida por Opazo como un proceso activo, interno en la persona, que se produce de: paciente, terapeuta, y la relación, estos tres elementos son descritos en psicoterapia integrativa como variables inespecíficas por Opazo. Se explican a continuación las siguientes características de los tres elementos.

- **PACIENTE:** tendencia al crecimiento personal, coherencia del sistema SELF, condiciones del desajuste, motivación al cambio, capacidad de insight, conductas de cambio, locus de control, resiliencia.
- **TERAPEUTA:** Acogimiento del paciente(empatía, retroalimentación, calidez, autenticidad, tolerancia) Agente motivador durante el proceso(capacidad persuasiva, seguridad, contagio emocional, fluidez verbal, asertividad, creatividad, vocación de ayuda, bienestar psicológico)
- **RELACIÓN:** Generador de sinergia positiva entre paciente y terapeuta, movilización de estímulos negativos concretados en el cumplimiento de los objetivos terapéuticos discutidos previamente por el paciente.

Posteriormente se considera el encuadre terapéutico, denominado en este enfoque “contexto formal de la psicoterapia integrativa” y la fase didáctica orientada a la comprensión del paciente del fundamento conceptual del proceso que inicia.

EVALUACION CLINICA INTEGRAL

El modelo utiliza la Ficha de Evaluación Clínica Integral (FECI) misma que recoge datos de acuerdo con los paradigmas del modelo, la ficha aporta a la investigación clínica, la selección de estrategias terapéuticas y el apoyo logístico permanente al proceso, permitiendo precisar , conocer, explicar,

clasificar , predecir, pronosticar e intervenir. En el diagnóstico se evalúan las fortalezas y debilidades del paciente desde sus paradigmas incluyendo su sistema self.

OBJETIVOS TERAPEUTICOS

El objetivo principal de la psicoterapia integrativa es modificar aspectos del sistema psicológico del paciente en mutuo acuerdo con el terapeuta.

CONCEPTOS MOVILIZADORES DE LA PSICOTERAPIA INTEGRATIVA

Estímulos Afectivos: Representan los elementos movilizadores en la dinámica psicológica, los estímulos externos le brindan fuerza y sentido, al proceso, a medida que la persona registra, interpreta, y proporciona un significado , el significado dependerá de la idiosincrasia de la persona quien tiene su experiencia y construye sus experiencias.

Principios de Influencia: Se refiere a la relación entre un hecho específico que antecede una situación y otro hecho específico que es consecuente. La predicción del efecto depende de la interacción entre este principio y el Self.

Significación Biológica: Se expresan a través de la influencia en las emociones y cogniciones del sujeto, especialmente en el temperamento lo que favorece o dificulta el proceso.

Significación Cognitiva: Se refieren a la construcción de significados que elabora la persona sobre sus experiencias y la noción de la realidad, considerando la posibilidad de significar realidades que no comprenden la biología ni el consenso social.

Cogniciones Afectivo/Dependientes: Representan una inversión a la propuesta de Ellis en su esquema A-B-C donde las cogniciones determinan los afectos. En la inversión el esquema es A-C-B donde los afectos pueden ser productores de cogniciones.

Inercia Afectiva: Se vinculan con la resistencia del paciente ante afectos que tienen un valor opuesto a él en alta intensidad.

Awareness Integral: Consiste en que la persona logre darse cuenta con claridad y precisión, a nivel cognitivo, afectivo, motivante para lograr sus metas. Es un proceso de participación activa en el paciente.

Conducta Pulsante: La conducta de una persona influye activando a la persona quien lo escucha (interlocutor) según su actuación puede activar positiva o negativamente al ambiente social. Un buen repertorio conductual permite a la persona identificar la conducta más adecuada para cada ocasión.

Potenciación Interaccional: Una persona despliega una adecuada conducta pulsante cuando genera en otras personas conductas positivas, que a su vez vuelven circularmente hacia la persona de origen esa relación con el otro siempre será enriquecedora mutuamente, siendo favorable entre el terapeuta y el paciente.

Rasgos de la personalidad diádica: Puede definirse como una predisposición a pensar, sentir o actuar de una forma similar a otra persona ante situaciones diferentes, esta puede ser resultado de la interacción cercana y frecuente con otro, o de reglas impuestas por ambos.

Ambiente pato-diatónico: Es la presencia de desarmonía o conflicto con los rasgos desajustados de la personalidad, en la terapia se debe motivar al paciente en forma gradual a través de la generación de ambientes que permitan romper rasgos a modificarse.

Trasfondo Eficaz: Vincula la necesidad de construir una historia, un estado cognitivo, afectivo y una identidad estables que le sirvan como referentes para experiencias posteriores.

Es necesario que una persona no llegue en blanco a cada experiencia, sino que sea capaz de brindar afectos positivos derivado de sus éxitos anteriores. Opazo,Roberto. (1996).

2.6 PSICOTERAPIA INTEGRATIVA PSICONEUROINMUNOENDOCRINO, PNIE (Uruguay)

Margarita Dubourdieu, (2008) impulsadora inicial del modelo Psiconeuroinmunoendocrino , plantea a través de modelos teóricos y metodológicos en su obra citada en “Psicoterapia Integrativa, PNIE, psiconeuroinmunoendocrinología”. Conceptos fundamentales sobre el paradigma integrativo fundamentado en la complejidad, la visión sistémica en oposición al mecanicismo, el pensamiento complejo, la teoría del caos frente al determinismo, el modelo integrativo PNIE.

Analiza la unidad psique-soma en una visión histórica desde las concepciones antiguas hasta los aportes modernos, especialmente relacionados con la psicósomática de origen psicoanalítico iniciadas por Freud, complementadas por Alexander y Pierre Marty en la escuela Psicósomática de París y estudios posteriores de estrés.

BASES EPISTEMOLOGICAS

La PNIE parte epistemologicamente de la interrelación entre el sistema nervioso, endocrino, e inmune y las conexiones que mantienen con los demás órganos y sistemas del organismo humano, el cual además se intermodula con el entorno físico-ambiental y sociocultural.

Desde este enfoque se hacen algunas propuestas como las siguientes:

- Una visión holística del ser humano.
- Una visión social y ecológica.
- Una visión de subjetividad e individualidad.
- La convergencia causal y la multifactorialidad , ni psicogénesis, ni biogénesis.

El paradigma de la complejidad y la teoría general de los sistemas.

Morin (1990) plantea la concepción de la unidad desde lo múltiple sin olvidar la diversidad al contemplar la unidad, sus aportes dirigidos a la Biología abarcan otros campos en la psicología.

Visión holística y ecológica: Incluye lo ecológico para considerar la acción del entorno natural y social de la persona y de este sobre aquellos entornos, el pensamiento complejo es dialógico y recursivo.

Convergencia causal y temporal: En los sistemas abiertos los fenómenos se dan por interacciones que ocurren en un momento determinado entre varios factores multicausales, permitiendo que la intervención clínica trascienda de las descripciones diagnosticas hacia los factores biológicos, psicológicos, sociológicos, filosóficos, lingüísticos, que intervienen en la producción de los fenómenos. Además esta convergencia temporal nos permite considerar al pasado, presente, futuro.

Teoría del Caos: Prigogine (1917) refiere que el universo tiende al desorden como requisito previo a una nueva organización u orden. En la desorganización se produce autoorganización espontánea en forma compleja e impredecible tendiente a recuperar el equilibrio.

Se analiza desde el determinismo a la probabilidad y de la reversibilidad a la irreversibilidad. En los sistemas abiertos para mantener el equilibrio de importan recursos del medio externo con las siguientes características:

- Son sistemas alejados del equilibrio.
- Son de mayor complejidad y no lineal.

- Su comportamiento no sigue ninguna ley universal.

Concluye desarrollando la teoría del estrés de Selye y la evolución que tiene este concepto en lo posterior.

LAS RESPUESTAS DEL ESTRÉS Y LOS SISTEMAS DE ALOSTASIS

La Complejidad y la individualidad de las respuestas.

A partir de los estudios de epigenética se establece definiciones de elementos facilitadores y de vulnerabilidades producto de la relación genes y ambiente. La expresión individual se vivencia de la estimulación endógena y exógeno.

Homeostasis y sistemas de alostasis.

Los estímulos que alteran la homeostasis son denominados estresantes y al romperse el equilibrio aparecen sistemas alostáticos Sterling, (1990). Eyer (2000) se manifiestan para el equilibrio nuevamente . El abuso de los sistemas alostáticos por activaciones frecuentes, cargas, intensas o crónicas, produce distres y se evidencia en respuestas psicofísicas y desadaptativas.

El estrés.

La respuesta al estrés depende de los estresores, las posibilidades de respuesta de los sujetos, sus recursos, las vulnerabilidades del sujeto. Los estresores son de tipo, biológico, psicológico, social. El umbral psicológico del estrés se vincula con la experiencia temprana y varía de acuerdo a condiciones evolutivas y circunstancias temporo-espaciales. El doping o estrategias de afrontamiento pueden focalizarse en la resolución de problemas o en el alivio del impacto emocional del estrés.

Experiencias Tempranas y Facilitaciones.

Los conceptos relacionados con el apego, así como el apoyo y empatía de las figuras paternas son vitales en el equilibrio. Bolwby con la teoría de apego, Spitz con los estudios de abandono de los niños por parte de sus madres, Kohut y la descripción de vivenciar fortaleza, calma, aceptación, fortaleza, Rizzolatti (2001) a través de las experiencias sobre la relación entre empatía y neuronas espejo.

Las fallas de empatía en edades tempranas expresan angustia, o defensa reactiva que ocultan sentimientos y experiencias, las fallas de vinculación generan problemas en integración del SELF.

Dubourdieu recalca el valor del lenguaje en la expresión de emociones y necesidades, permitiendo la descarga y alivio de la tensión posibilitando la búsqueda de estrategias que modifican los factores productores de malestar.

PROCESOS DE MEMORIA Y NEUROPLASTICIDAD

Las experiencias empáticas que le brindan al niño de sentimientos de bienestar, seguridad, y confianza, se relacionan bioquímicamente con el aumento serotoninérgico y dopaminérgico. En cambio, las fallas empáticas generan estados de ansiedad, estrés, insatisfacción cuyas correlaciones bioquímicas están determinadas por la activación del eje hipotalámico –hipofiso-adrenal y cortisol activando funciones neurovegetativas. Al disminuir los niveles de serotonina en la ansiedad y depresión la persona se torna más vulnerable a respuestas estresantes, siendo esto evidente en edades tempranas. Recalca los efectos a largo plazo del cuidado materno en el proceso neuroendocrino posterior. Agrega la explicación de las memorias psicofísicas, factores conscientes e inconscientes, los efectos de la neuroplasticidad que explican la experiencia emocional correctiva durante el proceso psicoterapéutico, ubica la propuesta de interrelación de los sistemas psicológico, neurológico, endocrino e inmunológico.

INTEGRACION EN PSICOTERAPIA

Este modelo integra el modelo médico y psicológico desde su teoría. La PNIE, es una disciplina del Área de las Ciencias de la Salud que estudia las interrelaciones Psiconeuroinmunoendocrinas y las relaciones de las personas con el entorno físico, ambiental, sociocultural, considerándolo en su multidimensionalidad biocognitiva-psicoemocional, ecológica, espiritual en el origen, mantenimiento, e incremento sintomático. Dubourdieu, Margarita. (2008).

Bases Estratégicas de la Psicoterapia PNIE

Se trata de un proceso activo, conjunto paciente/terapeuta, que se desarrolla en un contexto interpersonal diseñado como herramienta terapéutica, donde se propician experiencias correctivas y enriquecedoras para la calidad de vida en la persona. Ello implica un acuerdo de los objetivos y estrategias a seguir en forma mutua. Las bases estratégicas son:

- **Encuadre:** Incluye los factores de tiempo, espacio, técnicas, horarios, interrupciones, estímulos de bienestar para equilibrar el sistema nervioso desde los sentidos, emociones y vínculos.
- **Motivo de consulta:** Se le ayuda al paciente a identificar sus inquietudes, preocupaciones, sufrimientos, y expectativas.

- **Acuerdo de labor terapéutica conjunta:** Constituye el acuerdo para lograr objetivos terapéuticos comunes, ayudándole al paciente a profundizar su autoconocimiento para modificar los factores estresantes productores de alteraciones biosicosociales y potenciar recursos generadores de bienestar. El terapeuta aporta herramientas técnicas con flexibilidad y creatividad según la idiosincrasia del paciente. Dubourdieu, Margarita. (2008).

1. Fase didáctica, Biosicoeducación.

- En el área biológica y ecológica, sobre el sueño, alimentación, ejercicio, sexualidad, exposición a la luz, contacto con la naturaleza, factores tóxicos, hábitos saludables, estados de relajación, satisfacción de necesidades básicas.
- En el área cognitivo y psicosocial sobre los vínculos sociales, afectivos, y emocionales.
- Facilitaciones debido a experiencias tempranas o situaciones actuales debido a fallas de carencia, demasía, inadecuación, exposición a la insatisfacción en las distintas dimensiones.
- Fallas en la satisfacción de necesidades en la idealización o protección.
- Características de funciones psíquicas relacionadas con alexitimia, sobreadaptación, pobreza ilusoria, pensamiento operatorio, disociativo, desmotivación.
- Mecanismos de afrontamiento asertivos o disfuncionales.
- Presencia de recursos protectores, vínculos de bienestar, motivación, sentido de vida. Dubourdieu, Margarita.(2008).

2.- Fase Diagnóstica; Biosicográfica.

- Adicionalmente a la patobiografía, se identifica factores de protección, recursos, detección de factores de riesgo, mecanismos de defensa, saludables, conscientes, inconscientes.

3.- Fase de Tratamiento

- **Análisis del funcionamiento psicofísico del sujeto:** Se considera la historia y experiencias tempranas que generan vulnerabilidad, así como creencias, sensaciones, conductas, desde la comprensión de la teoría del estrés.
- **Establecimiento de comunicación interdisciplinaria:** Cuando la situación lo requiera se comparte con otros especialistas este recurso como estrategia terapéutica.

- **Trabajo sobre la experiencia correctiva multidimensional:** Actuando sobre experiencias del paciente que pueden haber sido originadas o no en sus vínculos o experiencias tempranas, para posibilitar nuevos cambios en la vida cotidiana.
- **Integración y experiencias técnicas:** Prevalecen conceptos de empatía, intuición, el apoyo de la evaluación diagnóstica, entrevistas a familiares cuando sea necesario o del entorno del paciente.
- **Recursos protectores resilientes:** Recalca la necesidad de realizar tareas preventivas, fundamentadas en la resiliencia como la capacidad de enfrentar la adversidad y salir fortalecido ante los problemas. Dubourdieu, Margarita. (2008).

2.7 MODELO INTEGRATIVO FOCALIZADO EN LA PERSONALIDAD (Ecuador)

Desde el modelo Integrativo focalizado en la personalidad define a la psicoterapia como “El método de tratamiento de enfermedades mentales, desajustes emocionales y problemas psíquicos, por medio de recursos psicológicos, sobre todo la palabra, en un ambiente positivo entre paciente y terapeuta” Balarezo (2008).

Recalca la importancia de la relación paciente –terapeuta como condición básica en el éxito del tratamiento, sin que sea lo único que cura al paciente. Se considera el tema de la cura como algo más que la supresión de síntomas, por el contrario se considera como un componente básico de la personalidad.

Respecto a las diferenciaciones entre los procesos psicoterapéuticos y el asesoramiento, aclara;

- La intervención psicoterapéutica se realiza cuando existen desordenes psíquicos, problemas de personalidad, trastornos psicológicos y psiquiátricos, manifestaciones psicopatológicas presentes en enfermedades somáticas y en disturbios emocionales.
- En el asesoramiento se resuelve problemas interpersonales e intrapersonales en el paciente o le facilitan en su desarrollo personal, libre de conflicto o trastorno.

2.7.1 DEFINICIÓN DE LO INTEGRATIVO.

De acuerdo a este enfoque, hace referencia al concepto de integrar definiciones en personalidad, las influencias biológicas y socioculturales que se reflejan en expresiones afectivas, cognitivas,

conductuales, e interpersonales. También explican la integración como la teorización de diversas corrientes psicológicas.

Este enfoque centraliza su trabajo en la personalidad y los fenómenos de relación durante el proceso psicoterapéutico. Menciona la influencia de la cultura en las expectativas del paciente el momento de los resultados terapéutico debido a la influencia del modelo médico donde se aborda los síntomas exclusivamente y se espera resultado inmediato.

2.8 BASES FILOSOFICAS Y EPISTEMOLOGICAS DEL MODELO INTEGRATIVO FOCALIZADO EN LA PERSONALIDAD

EL HUMANISMO EN EL MODELO INTEGRATIVO

La psicoterapia y el asesoramiento por su propia calidad de servicio y ayuda se ubica en una postura humanista, que prevalece frente a la postura objetivista, pasiva.

Como Principios básicos del humanismo Bugental (1964) enumera los siguientes:

- El ser humano es más que la suma de las partes.
- La existencia del ser humano cobra sentido en las relaciones personales.
- La capacidad de acceder a su estado consciente el ser humano le permite comprender su experiencia.
- Desde el nivel consciente el ser humano puede decidir, elegir, no es pasivo ni espectador de su experiencia.
- La persona se orienta a metas, objetivos, y valores que son su base de identidad y en general tiende a la tranquilidad y excitabilidad.

El humanismo aprecia en el ser humano su capacidad de autodirección, la experiencia subjetiva, rechazan la monocausalidad y las condiciones estrictas biológicas, psicológicas, o sociales. El humanismo se fundamenta en la libertad, elección, decisión.

A nivel terapéutico señala lo siguiente:

- La confianza básica en el ser humano lo hace capaz de autodirigirse y autocontrolarse.
- La relación simétrica entre paciente y terapeuta permite crear un ambiente de confianza, empatía, comprensión, y estimular la autodirección del paciente.

- El contacto psicológico positivo entre paciente y terapeuta durante el proceso es favorable para su éxito.

BASES EPISTEMOLOGICAS DEL MODELO INTEGRATIVO

Los aportes teórico constructivistas son de mayor virtud en este modelo, así como la visión multidisciplinaria a través de la filosofía, física, biología, cibernética, esta mirada engloba desde el conocimiento subatómico hasta el científico de las ciencias.

La idea básica es la exploración del constructivismo a un nivel metateórico, este nivel brinda los fundamentos en el cual se desarrollan las teorías, investigaciones terapéuticas, y la actividad psicoterapéutica.

NIVELES DEL MODELO INTEGRATIVO

1. FILOSOFICO-HUMANISMO
2. EPISTEMOLOGICO-CONSTRUCTIVISMO MODERADO
3. TEORICO-PERSONALIDAD
4. PRACTICO-FLEXIBILIDAD TECNICA

(c.p. Balarezo, Lucio, 2008 p.54)

Su ámbito de explicación es más amplio y específico que una teoría o practica aislada. La epistemología constructivista afirma que el conocimiento es el efecto de un proceso dinámico e interactivo a través del cual la información externa es interpretada y reinterpretada por la mente que va construyendo cada vez modelos más complejos, esto significa que conocemos la realidad a través de los modelos que construimos por tanto esos modelos son susceptibles de ser cambiados y mejorados.

El constructivismo acoge conocimiento de otras ciencias como: filosofía, cibernética, física.

Aportes de la cibernética al Constructivismo:

La cibernética de segundo orden se fundamenta en la responsabilidad y la ética, refiriendo que no somos descubridores del mundo externo a nosotros, sino, inventores o constructores de la propia realidad por tanto somos responsables de nuestra realidad. Los aportes de la cibernética nos permiten comprender que observador, fenómeno observado y proceso de observación conforman una totalidad.

Bertalanffy, (1968) aporta a la cibernética a través de su teoría de los sistemas donde refiere “ un conjunto de elementos dinámicamente estructurados cuya totalidad genera unas normas de fusión en

parte independiente de aquellas que rigen el comportamiento de sus unidades “ Establece diferencias entre los sistemas cerrados y abiertos de acuerdo a su permeabilidad , donde describe características de los sistemas abiertos.

La cibernética de segundo orden es constructiva y se fundamenta en el observador, se basa en el uso del mecanismo feed-forward o alimentación anticipada, trata las pautas de relación en los procesos recursivos de la observación.

Aportaciones de la filosofía a las Ciencias.

Se encarga del estudio de la práctica científica, así como se desarrollan, evalúan, y cambian las teorías y si la ciencia es capaz de revelar la verdad de las entidades ocultas y de los procesos de la naturaleza.

Constructivismo Moderado o relativo.

La persona es activa en la percepción y parcialmente construye la realidad. El conocimiento siempre es influido por nuestra biología y nuestro lenguaje. Además el acceso a la realidad se da por el progreso tecnológico y científico.

2.9 BASES TEORICAS DEL MODELO INTEGRATIVO FOCALIZADO EN LA PERSONALIDAD

La personalidad es considerada como una estructura interna formada por factores biológicos, psicológicos, y sociales, que se encuentran en continua interacción hace que cada ser humano desarrolle distintas maneras de pensar ,percibir, actuar e interrelacionarse con los demás. De esta manera cada persona adquiere sus propios rasgos que le diferencian de las demás personas. Cada persona es única .la personalidad se encuentra en continuo cambio y movimiento, no puede permanecer estática ni fija.

Allport ,(1986) refiere que la personalidad es “ la organización dinámica dentro del individuo, de aquellos sistemas psicofísicos que determinan sus ajustes únicos a su ambiente” . En el modelo integrativo se asume la personalidad como “ una estructura dinámica, integrada por factores biológicos, psicológicos, y socioculturales que establecen en el ser humano , un modo de percibir, pensar, sentir, actuar, singular e individualmente” Balarezo (2008).

Esta es una definición operacional que considera algunos factores como:

- La personalidad es la suma de componentes cognitivos, afectivos, comportamentales, y relacionales, cuya estructura y funcionamiento integral, supera la simple acumulación de partes aisladas constituyéndose en un sistema complejo.
- La personalidad no es estática ni inmutable está sujeta a variaciones de proceso dependientes de su propio dinamismo y de las influencias de su entorno.
- El concepto de personalidad en el modelo constructivista moderado permite tipificar y predecir en forma relativa la manera de ser de los sujetos.

2.10 TIPOLOGIA EN EL MODELO INTEGRATIVO

Teoría de rasgos: La forma más simple de describir la personalidad es a través de atribuciones descriptivas referentes a conductas o comportamientos evidenciados a través de la observación objetiva de los otros. Actualmente se emplea este enfoque en varios campos de la psicología sobre todo cuando se quiere evaluar personas con fines de diferenciación. Catell y Eysenck corresponden a esta orientación.

Teorías tipológicas : Constituye la agrupación de varios rasgos comportamentales bajo una etiqueta que permite identificar una forma prevalente de actuación que tiende a ser más o menos permanente y descriptiva de los individuos , se ha buscado la razón de ser en la constitución biológica , estructura corporal, funcionamiento del sistema nervioso, predominio del sistema endocrino , en los valores. Los referentes más conocidos son Sheldon y Krtshmer.

Teorías del desarrollo: Ponen interés en la estructuración de la personalidad a través de los eventos que ocurren en el ciclo vital del sujeto marcando una serie de circunstancias y experiencias que determinarían más o menos o influirían en la estructura y dinamismo de la personalidad En esta propuesta se ubican Freud y Ericson.

La Psicología Ideográfica: Estudia y entiende al individuo como único, la personalidad se entiende desde su singularidad. Esta perspectiva resalta la individualidad, la complejidad, y singularidad de cada persona. La personalidad no es solo lo que hace que cada persona sea persona, sino, lo que hace a cada uno distinto de los demás. Para esta perspectiva la personalidad no puede entenderse mediante la aplicación de leyes universales. Entender la personalidad requiere una aproximación basada en la historia de la persona.

La Psicología Nomotética: Busca principios generales que se pueden aplicar a grupos de personas diferentes. La ventaja de la psicología nomotética es que sirve a las necesidades de ciencia al

considerar a la personalidad como un fenómeno científico, no descriptivo, se debe estudiar varios individuos a la vez tomando un enfoque centrado en las variables y determinar cómo influyen en la personalidad y no en la gente. lo nomotetico hace referencia a los rasgos personales compartidos y describe elementos mediante método de análisis. Tratan de caracterizar a la personalidad según rasgos comunes de toda la humanidad.

El modelo integrativo toma de referencia las dos posiciones antagónicas.

Tipología de Personalidad

Además de la individualidad psíquica de la persona, están construcciones similares, que se vinculan con la experiencia social, y familiar. De este modo se toma como ejes básicos del comportamiento humano la cognición, la afectividad, la conducta, y las relaciones interpersonales, dado que estos componentes son generales en todas las personas se remarca el predominio de una condición , no se excluyen los otros factores. Rasgos de predominio déficit permiten establecer grupos generales de afinidad en su expresión.

El modelo integrativo en la personalidad realiza la siguiente agrupación según los tipos. (c.p.Balarezo,Lucio. p. 85-90).

2.11 PERSONALIDADES CON PREDOMINIO AFECTIVO

Rasgos característicos/ Personalidad Histriónica/Trastorno

- Búsqueda constante de apoyo y elogio.
- Incomodidad ante situaciones en las que no es el centro de la atención.
- Vanidad en su apariencia y conducta.
- Utilización permanente del aspecto físico para llamar la atención sobre si mismo.
- Exageración en la expresión de sus emociones comportándose de manera dramática y teatral.
- Inestabilidad, Labilidad, y excitabilidad.
- Cambios de humor y escasa tolerancia a la frustración.
- Sugestionabilidad y facilidad para dejarse influir por los demás.
- Relaciones interpersonales superficiales.
- Expresión emocional superficial y rápidamente cambiante.
- Comportamiento provocador y seductor.
- Manipulación a través de la verbalización.
- Consideración de las relaciones afectivas mas intimas de lo que son en realidad.

Rasgos característicos/ Personalidad ciclotímica/ Trastorno

- Oscilaciones de su estado de ánimo.
- Periodos lentos a nivel orgánico y psíquico.
- Periodos de aceleramiento funcional psíquico.
- Contacto social fácil, agradable, alegre y franco que se alterna con periodos de retraimiento social.
- Hipersensibilidad.
- Colaboración solícita y preocupación por los demás.
- Generosidad espontánea.
- Bajo nivel de tolerancia.
- Estado afectivo positivo se muestra activo, trabajador, optimista, de fácil conversación, participativo, organizador.
- En estado afectivo negativo se torna triste, pasivo, despreocupado de su aspecto personal, negativo, retraído.

2.12 PERSONALIDADES CON PREDOMINIO COGNITIVO

Rasgos característicos/ Personalidad Paranoide/Trastorno

- Inferencias sobre engaños.
- Desconfianza ante nuevas amistades.
- Tendencia al rencor.
- Propensión a los celos.
- Reacción y contraataque ante humillación y ofensa.
- Características de liderazgo.
- Susplicia, tendencia generalizada e injustificada a interpretar las acciones de los demás como agresivas o amenazantes.
- Tendencia a la frialdad, egocentrismo, rigidez.
- Sentido combativo y tenaz de los propios derechos.
- Propensión a ser competentes.

Rasgos característicos/Personalidad Anancástica/Trastorno

- Búsqueda de perfección que en ocasiones interfiere en la actividad práctica.
- Rectitud y escrupulosidad.
- Preocupación por los detalles, orden, y reglas, predominio del súper yo.
- Empeño por el sometimiento de los demás a sus criterios y pensamientos.
- Apego al trabajo y la productividad.
- Escrupulosidad e inflexibilidad en relación con la limpieza.
- Represión afectiva.
- Falta de generosidad.
- Incapacidad para desprenderse de objetos.
- Tendencia a la indecisión, cualquier aspecto que amenace su rutina y les genere ansiedad.

2.13 PERSONALIDADES CON PREDOMINIO COMPORTAMENTAL

Rasgos característicos / Personalidad Inestable/Trastorno

- Relaciones interpersonales intensas e inestables.
- Impulsividad en sus reacciones cotidianas.
- Tolerancia alta al dolor.
- Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginario
- Patrón de relaciones interpersonales en extremos de idealización y devaluación.
- Alteración de la identidad con auto imagen acusada y sentido de si mismo persistentemente inestable.
- Impulsividad en áreas como: gastos, sexo, abuso de sustancias, conducta temeraria, comida.
- Inestabilidad afectiva debido a la reactividad del estado de ánimo, episodios de intensa disforia, irritabilidad, ansiedad, que suele durar horas o días.
- Sentimientos crónicos de vacío.
- Manifestaciones explosivas e incluso violentas al recibir críticas o al ser frustrados en sus actos impulsivos.

Rasgos Característicos / Trastorno Disocial de la Personalidad.

- Conducta irresponsable.
- Mentiras, hurtos, vandalismo, fugas del hogar, ausentismo escolar, crueldad física, holgazanería.
- Fracaso en la actividad laboral y el mantenimiento de obligaciones económicas familiares y sociales.
- Impulsividad, irritabilidad, agresividad y violencia.
- Falta de remordimiento respecto a sus conductas y predisposición a culpar a los demás de las mismas.
- Falta de capacidad de empatía.
- Incapacidad para mantener relaciones personales.
- Tolerancia muy baja a la frustración.
- Fracaso por someterse a normas y reglas.
- Irritabilidad y agresividad.
- Peleas físicas repetidas o agresiones.

2.14 PERSONALIDADES CON DÉFICIT RELACIONAL

Rasgos característicos/ Personalidad Esquizoide/ Trastorno

- Carencia de disfruta en las relaciones estrechas.
- Elección de actividades solitarias.
- Frialdad afectiva sin expresión de sentimientos.
- Dificultad para tener experiencias interpersonales y sexuales.
- Indiferencia a la aprobación y crítica de los demás.
- Incapacidad relativa para sentir placer.
- Escasa amistad íntima con personas de confianza a parte de familiares.
- Disfrute de pocas o ninguna actividad.
- Tendencia a la fantasía.

Rasgos Característicos/Personalidad Evitativa/Trastorno

- Hipersensibilidad a los contactos interpersonales por lo que evita trabajos o actividades de contacto importante.
- Pocas relaciones íntimas y confidentes.
- Establecimiento de vínculos cuando está seguro de la aprobación del otro
- Evitación de actividades sociales complejas.
- Reservado en reuniones sociales.
- Tendencia a huir en dificultades, riesgos y peligros físicos.
- Dificultad para implicarse con la gente si no está seguro de que no va a agradar.
- Represión de las relaciones íntimas por miedo de ser avergonzado o ridiculizado.
- Preocupación por la posibilidad de ser criticado o rechazado.
- Inhibición en situaciones nuevas por sentimientos de inferioridad.
- Percepción de sí mismo como carente de habilidades sociales y poco interesante a los demás.

Rasgos Característicos/Personalidad Dependiente/ Trastorno

- Dificultad para tomar decisiones cotidianas si no cuenta con consejo y reafirmación de los demás.
- Dificultad para organizar proyectos o actividades por iniciativa propia.
- Realización de tareas desagradables para ser aceptado por los otros.
- Incomodidad ante la soledad.
- Sufrimiento excesivo en pérdidas afectivas.
- Temor al abandono.
- Sensibilidad a la crítica y desaprobación.
- Conductas sumisas.
- Permitir que otros asuman responsabilidades importantes de su vida.
- Subordinación de las necesidades propias a las de aquellos que depende.
- Sentimiento de malestar o abandono al encontrarse solo debido a miedos exagerados y la incapacidad de cuidar de sí mismo.
- Búsqueda urgente de otra relación cuando termina una relación importante para que le proporcionen ayuda y apoyo que necesita.
- Colaboración y disciplina.

Rasgos Característicos/TRASTORNO ESQUIZOTÍPICO DE LA PERSONALIDAD

- Ideas de referencia, creencias raras o pensamiento mágico que influyen en el comportamiento como clarividencia, superstición, clarividencia, telepatía o sexto sentido.
- Experiencias perceptivas como ilusiones corporales.
- Pensamiento y lenguaje raro, vago, circunstancial, metafórico o estereotipado.
- Susplicacia o ideación paranoide.
- Afectividad inapropiada o restringida.
- Comportamientos o apariencia excéntricos o peculiares.
- Falta de amigos íntimos o desconfianza a parte de los familiares de primer grado.
- Ansiedad social excesiva que no disminuye con la familiarización.
- Tiende a asociarse con los pensamientos paranoides más que con juicios negativos hacia uno mismo.

2.14 ESTRUCTURA DE LA PERSONALIDAD EN EL MODELO INTEGRATIVO

COMPONENTES BIOLÓGICOS

Herencia y Personalidad

Brody y Ehrlichman,(2000) . Posterior a un sinnúmero de estudios realizados en las familias y gemelos acerca de la posibilidad de heredar rasgos de personalidad, tomando como muestras hermanos monocigóticos y dicigóticos en condiciones de crianza familiar y adopción, se puede concluir que estamos marcados por la herencia biológica, que influye pero no determina nuestra personalidad, siendo que puede modificarse en el transcurso de la evolución personal debido a muchos acontecimientos predecibles e impredecibles.

Eysenk y la propuesta temperamental con sus cinco factores.

1. **Nivel de actividad:** Regula la inclinación del sujeto a responder un estímulo mediante el trabajo o la acción, las personas activas son propensas a la actividad sobre todo frente a la dificultad, por lo que pueden ser testarudas, individualistas, imprudentes, al mismo tiempo son constantes, emprendedoras, hábiles, alegres. Las no activas son calmadas, conciliadoras, pero fáciles al desaliento, temerosas de lo difícil y propensas a relegar o delegar sus propias obligaciones. El nivel de actividad se observa mediante los siguientes parámetros.

- Rapidez-Lentitud.
- Organización-desorganización.
- Estabilidad-Inestabilidad.

2.- **Emocionalidad:** Mide el nivel anímico de cada persona ante los acontecimientos. Emotivo es quien reacciona de modo intenso, y ocasionalmente desproporcionado ante las experiencias, su entusiasmo desbordante y profundo puede provocar un humor cambiante o incoherente; también es cordial, servicial, generoso, expansivo; la tendencia a la emotividad puede estar influida por el circuito cerebral llamado “sistema de activación del comportamiento” encargado de la sensibilidad de un individuo hacia las recompensas o no castigo. El no emotivo es frío, introvertido, silencioso, de pocas palabras, pero más dueño de sí y prudente; su circuito es el “sistema de inhibición del comportamiento” encargado de el nivel de sensibilidad de un individuo hacia las señales de castigo o no recompensas.

3.- **Introversión y extraversión:** Tiene su base fisiológica en los procesos exitatorios e inhibitorios de la corteza, mismo que influyen en la actividad vigilante. La extraversión está caracterizada por la insensibilidad a los niveles bajos de estimulación y la reactividad a los niveles altos de estimulación requiere niveles altos para que se active su sistema reticular activador ascendente. Los extrvertidos heredan un nivel de activación por debajo del nivel optimo, por ello buscan un aumento en la estimulación externa a través de los órganos sensoriales; mientras que los introvertidos alcanzan niveles óptimos de activación con estímulos relativamente bajos evitando la estimulación fuerte.

El extrvertido es el típico sociable, le gusta las reuniones, tiene muchos amigos, le gusta charlar, y no le gusta leer o trabajar en solitario, busca emociones fuertes, se arriesga, es impulsivo, es rápido, le gusta el cambio, es despreocupado, poco exigente, optimista, ríe mucho, tiende a ser agresivo, no posee un gran control sobre sus sentimientos, ni es una persona con la que siempre.

El introvertido es persistente, rígido, irritable, tímido, tranquilo, retraído, prefiere los libros que a las personas, es reservado, distante, excepto con sus amigos íntimos, es previsor, piensa antes de comprometerse, desconfía de los impulsos del momento, no le gustan las sensaciones fuertes, toma en serio las cosas cotidianas, prefiere llevar una vida ordenada; controla estrechamente sus sentimientos, raramente es agresivo, un poco pesimista, concede valor a los principios éticos, es una persona en quien se puede confiar.

4.- **Sociabilización:** Interactúan socialmente, introvertidos y extrovertidos, está fundamentada en estrategias para incrementar o disminuir la excitabilidad a través de los circuitos cerebrales de inhibición o excitación.

5.- **Intelecto/apertura a diversas experiencias:** constituye la tendencia a adquirir conocimientos y para utilizarlos en situaciones novedosas, determinando el éxito en la superación de problemas y experiencias nuevas.

DIMENSIONES DE LOS TRASTORNOS TEMPERAMENTALES (Eysenk)

NEUROTICISMO.- Esta valoración diferencia los sujetos normales, tranquilos, calmados, de aquellos con tendencia nerviosa, las personas que puntúan en escala alta de neuroticismo no son necesariamente neuróticas, sino que presentan predisposición para este rasgo debido a influencias genéticas y fisiológicas. Entre las fisiológicas menciona la influencia del sistema nervioso simpático, que como parte del sistema nervioso autónomo controla respuestas emocionales ante emergencias.

EXTRAVERSION-INTROVERSION.- Diferencia a las personas calmadas y tímidas de las arriesgadas, bulliciosas, su explicación fisiológica se relaciona con el equilibrio de los procesos cerebrales de “inhibición y excitación”. El extrovertido presenta fuerte inhibición cuando se enfrenta a una situación traumática, es sociable, activo, despreocupado, mantiene gusto por la vida. El introvertido tiene una débil inhibición cuando se enfrenta a un trauma, es reservado, se deja condicionar, aprende más rápidamente, tiene miedos, ansiedad, es discreto, evita, disfruta de lo que hace solo.

PSICOTICISMO.- Hace referencia a las personas ajustadas socialmente a la realidad frente a las solitarias, desagradables, desadaptadas, crueles, inhumanas, que no tienen sentimientos ni empatía, insensibles, agresivas, inclusive con aquellos quienes quieren.(c.p.Balarezo,Lucio.p.96-97).

MECANISMOS NEUROPSICOLÓGICOS, BIOQUÍMICOS, ENDOCRINOS.

El sistema nervioso autónomo controla los órganos internos y las glándulas del cuerpo sobre lo que existe poco o ningún control voluntario. La rama simpática asume el control cuando el cuerpo necesita energía, como en situaciones de urgencia, de agresión o huida; la rama parasimpática domina al cuerpo en reposo y restituye energía. Las dos actúan antagónicamente y secuencialmente.

Es conocido que cada neurona en el cuerpo está acompañada de un neurotransmisor específico; se denominan neurotransmisores a las sustancias químicas contenidas en la neurona y que son secretadas por esta para transmitir información a su efector postsináptico y obtener una acción excitatoria o inhibitoria. Los principales neurotransmisores son:

Acetilcolina.- Con efectos excitatorios, pueden también tener acción inhibitoria, actúa en los movimientos voluntarios de los músculos, produce inhibición conductual, actúa a nivel de la memoria, en la ingestión de líquidos, conduce los impulsos eléctricos desde las células nerviosas hasta los músculos causando su contracción.

Noradrenalina (norepinefrina).- Neurotransmisor inhibitorio del sistema nervioso central y excitador del sistema nervioso autónomo, se relaciona con el estado de alerta, la excitación conductual y emocional, la ingestión de alimentos, la depresión recurrente se asocia con niveles bajos y la manía con niveles altos. La norepinefrina constituye de diez a veinte por ciento de catecolaminas de la medula suprarrenal humana.

Dopamina.- Con efectos excitatorios e inhibidores, relacionada con movimientos voluntarios, excitación emocional, asociada con la enfermedad de parkinson y probablemente la esquizofrenia, es el principal transmisor del sistema extrapiramidal y de varias vías neuronales mesocorticales y mesolímbicas.

Serotonina.- Con efectos excitatorios e inhibitorios, implicada en la depresión, agresión, sueño, dolor crónico, impulsividad, ansiedad, trastorno de alimentación, regulación de la temperatura corporal. Los niveles muy bajos pueden inducir al suicidio o pensamientos violentos.

Otros neurotransmisores son el glutamato, y el aspartato con efecto excitatorio; el GABA con efecto inhibitorio y los péptidos con acción excitatorio e inhibitoria. El sistema dopaminérgico prioritario en el nivel de actividad busca recompensas del sistema de activación del comportamiento.

Las actividades del organismo están regidas por el sistema nervioso y endocrino; este último, constituido por glándulas que depositan en el torrente sanguíneo las hormonas que secretan. El sistema endocrino a través de las células glandulares, elabora secreciones o sustancias que pueden influir sobre la personalidad directamente en el cerebro. Las principales glándulas son:

Pituitaria.- Constituye la principal glándula y secreta el mayor número de hormonas, controlando el funcionamiento de las demás glándulas.

Tiroides.- Interviene en los procesos oxidativos que liberan energía orgánica y tienen efecto en el metabolismo; su extirpación detiene el crecimiento y produce retardo mental.

Suprarrenales.- Secretan adrenalina y noradrenalina, sustancias vinculadas con las respuestas de agresión y huida. Otras glándulas constituyen las gónadas, el timo, páncreas, pineal, mamas.(c.p.Balarezo, Lucio.p.101).

INFLUENCIAS BIOLOGICAS EN LOS ESTILOS DE PERSONALIDAD

Personalidades afectivas.- Predominan mecanismos cerebrales vinculados con la extroversión, amabilidad, regiones hipocámpicas, sistema límbico y sustancia reticular.

Con una estructura bioquímica y endocrina vinculada con la serotonina. Las personalidades histriónicas necesitan estimulación externa fuerte y permanente para activar su sistema reticular ascendente y puedan funcionar socialmente alegres, arriesgadas, impulsivas, activas, optimistas y amistosas. Las ciclotímicas pueden presentar estas manifestaciones extrovertidas cuando están en puntos altos pero también oscilan periodos de introversión, donde la estimulación externa tiene matices muy bajos y su respuesta a si mismo es de poca intensidad, por ello se tornan pasivas, retraídas, reservadas, pesimistas, temerosas y ansiosas. Las personalidades histriónicas tienen mayor funcionamiento del lóbulo parietal que se encarga de percibir sensaciones corporales externas e internas activadas mediante los órganos sensoriales. El ciclotímico hace funcionar su lóbulo parietal que se evidencia únicamente con el ánimo positivo. La herencia del ciclotímico es mayor que el histriónico, partiendo del trastorno bipolar con una base de personalidad ciclotímica heredable en un 80% respecto al género presente mayormente en mujeres.

Personalidades cognitivas.- Predominio de mecanismos de introversión, apertura a la experiencia, conciencia, prevalencia de las regiones frontales, actividad bioquímica y hormonal caracterizada por excesiva reactividad del sistema límbico, simpático y aceleración de transmisión sináptica. En los trastornos de personalidad anancástica se observan niveles altos de glutamato y 5-hidroxitriptofano, que los hacen persistentes, ansiosos, inflexibles, y con tendencia a la obtención compulsiva de logros, mientras que en paranoides se produce hiperactividad del sistema dopaminérgico por alteración funcional en los subsistemas mesolímbico y mesocortical que los hace expansivos, desconfiados, suspicaces, rencorosos, y ambiciosos por el poder. Los paranoides denotan mayor actividad por lo que son propensos a la acción, testarudez, individualismo, constancia, emprendimiento y alegría. Los anacásticos tienen menor nivel de actividad, lo que los hace poco activos, calmados, conciliadores, temerosos, y propensos a delegar sus obligaciones. El

sistema nervioso del paranoide es fuerte y del anancastico débil. Las personalidades anancasticas tienden a la obstinación, comprobación, y repetición; en los paranoides se evidencia la predisposición a la inercia excitatoria. Respecto al género tanto en anancasticos y paranoides, se presenta mayormente en varones.

Personalidades comportamentales.- Asociada con características de extroversión, emocionalidad alta, neuroticismo y psicoticismo altos, carencia de procesos inhibitorios frontales, elementos bioquímicos y hormonales alterados con manifestaciones de hiperactividad. En las personalidades inestables se evidencia un nivel mayor de neuroticismo, en las disociales prevalece el psicoticismo. Las alteraciones bioquímicas y hormonales de hiperactividad en el inestable se evidencian en la impulsividad nociva a si mismo como en el abuso de sustancias, sexo, comida, gastos. El disocial refleja su impulso en ataques, peleas o agresiones hacia otras personas. Los patrones de ondas cerebrales en el trastorno de personalidad disocial, presentan madurez cerebral retrasada; en las personalidades inestables sugieren fallas de coordinación entre las redes cerebrales, con su falta de madurez y ausencia del sentido de la propia identidad. La violencia física impulsiva y la agresión de los seres humanos propias del disocial se relacionan con niveles muy bajos de serotonina, además de lesiones de la superficie orbitaria de los lóbulos frontales deteriorados responsables de la ética y la moral. Los inestables tendrían desregulación del sistema límbico y de algunos neurotransmisores, en especial los sistemas colinérgico y serotoninérgico. En los inestables se aprecia entre sus familiares mayores trastornos afectivos, en los disociales sus familias presentan el mismo trastorno disocial, también aparece trastorno por somatización y alcoholismo familiar.

Los estudios con respecto al género, en mujeres presentan mayor trastorno inestable y en hombres, trastorno disocial.

Personalidades con déficit relacional.- Predominio en la estructura introvertida, inhibiciones en las regiones frontales como déficits neurológicos de los sistemas límbico y reticular, dominancia del sistema parasimpático, desequilibrios del sistema adrenergico-colinérgico y descontrol sináptico neurohumoral. Las personalidades evitativas presentan una neurobiología llena de fobia social, las dependientes presentan rangos ansiosos genéticos, y en los esquizoides se evidencia correlación con trastornos esquizofrénicos. Los evitativos presentan sensibilidad de receptores serotoninérgicos, los dependientes presentan hipersensibilidad a los mismos receptores, los esquizoides presentan déficit de actividad dopaminérgica frontal. Respecto al género se puede establecer la personalidad esquizoide en hombres, la dependiente en mujeres y la evitativa en ambos géneros.(c.p.Balarezo,Lucio.p.106).

2.15 FACTORES SOCIOCULTURALES Y PERSPECTIVAS PSICOLÓGICAS

El ser humano nace y se hace sociable por naturaleza, hecho que lo lleve a pertenecer a distintos grupos como familia, escuela, religión, cultura, sociedad. Estos sistemas organizan estructuras y procesos singulares que por su dinámica particular, formalizan influencias de aprendizaje para las personas; mediante la interacción entre el medio y el individuo se funda la personalidad logrando una estructura individual. Cada persona al ser diferente adopta sus características según su estructura individual en función de la influencia de varios factores como: Ambientales, condiciones socio-económicas, fenómeno de socialización, cambio de actitudes, afiliación social, poder, influencia, estructura y dinámica de grupos, aprendizaje.

INFLUENCIAS SOCIALES TEMPRANAS EN LOS ESTILOS DE PERSONALIDAD

Personalidades Afectivas: En la Histriónica se observa sobre-estimulación y/o diversidad de estímulos en etapas tempranas, uso excesivo de recompensas, aprendizaje vicario de alguno de los padres o ambos, dificultad en la resolución de celos fraternos condiciones físicas y psíquicas atractivas, carencia de figura parental. En las de tipo Ciclotímico se aprecian algunas de las características señaladas, pero con factor orgánico prevalente, además puede existir un patrón depresivo de pérdida emocional temprana, dificultad en el entrenamiento de indefensión, aliento de actitudes sociales extremas.

Personalidades Cognitivas: En las de tipo Paranoide se presume sobrevaloración excesiva de sus capacidades y logros reales o ficticios, sometimiento a fuertes antagonismos, discrepancias y divergencias con las figuras parentales, grandes demandas de cumplimiento exitoso en las tareas, manejos tempranos contradictorios o intransigentes, desaprobación de las figuras paternas, condiciones personales e intelectuales favorecedoras. En los Anancásticos se considera el exceso de control parental con probables castigos, culpabilidad generada por deficiencias, privaciones y carencias, ideas religiosas estrictas, entrenamiento temprano de responsabilidad.

Personalidades Comportamentales: En las de tipo Inestable se advierte notable enriquecimiento y variación de experiencias tempranas, refuerzos positivos por el cumplimiento de expectativas parentales, poca eficacia en la relación competitiva con sus hermanos, inconsistencia en el control parental, ausencia de reglas tempranas.

En el tipo Disocial se observa modelos parentales ineficientes, que no generan normas, consciencia de valores subdesarrollados en su entorno, ausencia de cariño en sus relaciones tempranas, marginamiento social.

Personalidades con Déficit Relacional: En las de tipo Esquizoide se aprecia pobreza de estimulación en vinculación sensorial en edades tempranas, relaciones familiares impávidas, e impersonales, comunicaciones parentales frías y disgregadas, en los de tipo Evitativo es frecuente el rechazo y desprecio familiar, tratos duros, menosprecio de los padres y compañeros. En el tipo Dependiente se aprecia el excesivo apego parental y sobreprotección por alguna situación especial de orden físico o psíquico. En el Trastorno Esquizotípico de la personalidad se aprecia pobre estimulación temprana con expresiones afectivas, desprecios, burlas, y rechazos en las primeras etapas del desarrollo.

EL VALOR DEL PASADO Y LAS CRISIS EN LA ESTRUCTURACION DE LA PERSONALIDAD

La connotación de la persona dispone el establecimiento de esquemas cognitivos, estructuras, significado y respuestas afectivas con una representación psíquica particular que en un momento determinado moviliza actitudes y conductas no explicable en el presente, lo cierto es que desde la niñez y a través de las etapas del desarrollo, el sujeto se encuentra vulnerable a influencias negativas y también dispuesto a influencias positivas en el dinamismo de su personalidad. En el desarrollo de la personalidad Erickson considera que esta nace entre las expectativas personales y limitaciones culturales. Así, cada etapa es un avance, estancamiento o una regresión, con respecto a otra etapa. Establece 8 etapas.

- 1.- **Primer Año:** Es la llamada etapa del bebé, en ella se establecen relaciones psicológicas con la madre, y de estas surgen las actitudes básicas de confianza o desconfianza.
- 2.- **Segundo Año:** En esta etapa las relaciones del niño se amplían a ambos padres, dando lugar a la formación de las estructuras de autonomía y dominio de sí mismo, o de inseguridad y conformismo, según sea esa relación con los padres.
- 3.- **Tercer a Quinto Año:** Las relaciones del niño se amplían hasta la denominada familia básica. En esta etapa se fomenta la iniciativa o los sentimientos de culpabilidad, al igual que la actividad espontánea y deliberada.
- 4.- **Sexto a Duodécimo Año:** El ámbito de las relaciones interpersonales del niño se amplía en la escuela y en la vecindad. Surgen las ideas de competición y cooperación con los demás, así como los sentimientos de superioridad o inferioridad.

5.- **Adolescencia:** Las pandillas y los líderes influyen notablemente en la consolidación de la propia identidad personal de este periodo. Se buscan ídolos a los cuales imitar, y como consecuencia de esta imitación, se producen en el adolescente sentimientos de integración o de marginación.

6.- **Juventud o adultez temprana:** Es un periodo crítico de la relación social, ya que el joven pasa a un nivel más diferenciado, donde el amor y la amistad, la solidaridad, y el aislamiento se manifiestan según el grado de madurez alcanzado. En este periodo se busca la relación íntima con la pareja, la propia identidad, y consecuentemente se desarrolla la capacidad de amar.

7.- **Adultez intermedia:** El trabajo y la familia son los puntos cruciales de esta etapa. En este periodo se forman comportamientos de producción hacia la familia, desembocando en actitudes altruistas o por el contrario en actitudes egocéntricas.

8.- **Adultez tardía:** Al sentir el hombre agotar sus propias posibilidades vitales, adopta una postura de integridad personal, autorrealización, o bien de insensatez, desesperación o deshonestidad. Balarezo (2008).

2.16 BASES METODOLOGICAS DEL MODELO INTEGRATIVO

(ETAPAS DEL PROCESO)

El modelo integrativo enfocado en la personalidad se desenvuelve en dos ejes: la psicoterapia y el asesoramiento. El primer encuentro entre paciente y terapeuta son importantes durante el proceso. Igualmente al final del proceso y los éxitos de la terapia, en la mayoría de casos, no siempre se encuentran definidos claramente por los altos índices de deserción presentes, aunque en algunos casos cuando el paciente se aleja sin justificación, podría que es porque se sintió mejor o porque la problemática se resolvió sin la participación del terapeuta. Lambert, (2001).

PRIMERA ETAPA

1. Determinación de la demanda, expectativa, motivaciones e inicio del proceso.

(En la primera sesión del asesoramiento se aplica a los padres este procedimiento, mismo que se fusiona con el establecimiento de la alianza terapéutica).

2. Expectativas y motivaciones del paciente.

- (Búsqueda de apoyo o demanda por supresión de síntomas, se intenta descubrir las razones reales por las que se insertan en el programa).

3. Expectativas y motivaciones del terapeuta.

- Vocación de ayuda.
- Adquisición de experiencia.
- (En este caso son los dos elementos los que motivan al investigador a realizar el programa de asesoramiento).

SEGUNDA ETAPA

- **Investigación del problema o Trastorno, la personalidad y el entorno.**
- (El problema se aborda con el inicio de la evaluación en el cuestionario de relación padres e hijos).
- El Trastorno implícito es el TDAH de los niños.
- Se fusiona el TDAH de los niños con los rasgos de Personalidad que se encuentre en los padres, así como el aprendizaje de los progenitores para aplicar su estilo personal a favor de la relación.

ESTABLECIMIENTO DE LA RELACION TERAPEUTICA

Tipos de Entrevista

- Entrevista de Inicio de proceso, con las siguientes variables :
 - a. Establecimiento de Rapport.
 - b. Aproximación Diagnóstica.
 - c. Confesión y Desinhibición Emocional.
 - d. Estrategias estimulativas de apoyo.
 - e. Estructuración y Afianzamiento de la Relación Terapéutica.

TERCERA ETAPA

- **Planificación del proceso:**
- Establecimiento de objetivos y técnicas del plan terapéutico, basados en la formulación dinámica del problema.

- A través de la formulación dinámica del problema, que en este caso es la relación padres e hijos y el comportamiento del niño debido a su TDAH que se combina con determinados rasgos personales de los padres que agudizan la situación.
- Se realiza los objetivos terapéuticos y las técnicas a usarse.

CUARTA ETAPA

- **Ejecución y aplicación técnica.**
- En este caso es la aplicación misma del programa de asesoramiento.

QUINTA ETAPA

- **Evaluación del diagnóstico, el proceso y resultados.**
- Es la etapa final del programa.
- La evaluación se realiza con la aplicación de los re-test, en este caso el cuestionario de la relación padres e hijos, el cumplimiento de las tareas de intercesión, asistencia, e involucramiento en el proceso, y la comprobación de hipótesis.

2.17 LA RELACIÓN PSICOTERAPEUTICA

La relación paciente-terapeuta cuenta con principios que la guían y la distinguen de otras relaciones. Esta relación esta matizada por las experiencias anteriores del paciente así por la serie de influencias que tenemos cada persona. El terapeuta interviene con un doble rol, el de un hombre común y de terapeuta. En este contacto pueden surgir fenómenos afectivos produciéndose una interacción positiva o negativa. **La técnica** está representada por un conjunto de procedimientos específicos que el terapeuta utiliza sin importar la orientación a seguir. Un manejo exitoso de la técnica depende tanto de contar con una base teórica, como de un ejercicio práctico que lo convierta en un experto. **La micro técnica** se relaciona con las comunicaciones que se emplean durante las entrevistas y la **macro técnica** con todas las técnicas desarrolladas y aplicadas por las corrientes psicoterapéuticas.

El encuentro entre dos personas no es un hecho aislado, es el resultado de contingencias dependientes de la misma histórica de ambos y de la actitud y caracterológicos predominantes en una cultura o sociedad determinada. Se precisa el perfil del terapeuta como requisito para efectuar con éxito su tarea profesional. Esta condición tiene que ver con competencias cognitivas, emocionales, actitudes, técnicas y ética.

Hartley nos habla de dos tipos de alianza:

Relacion Real: Se refiere al vínculo entre paciente y terapeuta incluyendo componentes afectivos.

Alianza de Trabajo: Es la capacidad de trabajar juntos hacia un objetivo común.

Luborsky refiere dos tipos de alianza terapéutica:

Alianza 1: Es la experiencia del cliente con el terapeuta. Empático, cálido, comprensivo, características de las etapas iniciales del tratamiento.

Alianza 2: Relación en la que el paciente y terapeuta trabajan juntos para enfrentar la problemática compartiendo responsabilidades.

Bordin reconoce la participación del paciente en estos fenómenos.

La Cross refiere a la relación como influencia social, considera a la posición del terapeuta como personaje experto y con recursos para influir sobre el cliente.

CONDICIONES QUE FACILITAN U OBSTACULIZAN EL PROCESO PSICOTERAPEUTICO

- Condiciones ambientales Externas.
- Actitudes relacionadas al terapeuta
 1. Posición Humanista.
 2. Atención a pacientes no a trastornos.
 3. Influencias de los valores y creencias del terapeuta.
 4. El respeto.
 5. La aceptación y comprensión.

CARACTERÍSTICAS DEL TERAPEUTA, ASESOR, O CONSEJERO

ASPECTOS COGNITIVOS

- Condiciones Intelectivas normales o superiores al promedio.
- Formación Académica científica.
- Aptitudes normales como la empatía.
- Equilibrio y madurez emocionales.

- Comprensión y capacidad empática.
- Integridad ética.
- Capacidad para establecer contactos interpersonales.
- Motivación a brindar ayuda.
- Autoestima alta.
- Resiliencia.
- Pro actividad.

MOTIVADORES FUNCIONALES PARA SER UN BUEN TERAPEUTA

- Curioso e interesado en adentrarse en la conducta humana.
- Capaz de escuchar.
- Se siente cómodo en la conversación.
- Empático y comprensivo.
- Mentalidad orientada hacia lo psicológico.
- Emocionalmente perceptivo y capaz de sentirse cómodo en una amplia gama de emociones.
- Inclinado hacia la introspección.
- Tolerante ante la ambigüedad.
- Capaz de expresar calidez y preocupación.
- Maneja el poder con comodidad.
- Puede reír.

CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE O CLIENTE

- Motivación al tratamiento o ayuda.
- Nivel de integración de la personalidad.
- Capacidad de respuesta emocional.
- Flexibilidad.
- Locus de Control.

FENOMENOS DE LA RELACIÓN

- Contenidos Racionales.

- Contenidos Irracionales.

ABORDAJE DE LOS FENOMENOS AFECTIVOS DESDE UNA PERSPECTIVA INTEGRATIVA.

- Preguntar.
- Sintonizar.(empatía y comunicación)
- Implicarse (reconocimiento , validación, normalización, presencia,)
- Rapport.
- Empatía(tono de voz, ritmo, flexibilidad)
- Resistencia
- Transferencia
- Contratransferencia.

CAPITULO III

ENTRENAMIENTO PARENTAL

3.1 INTRODUCCIÓN:

- Acogiendo la metodología del modelo y siguiendo las etapas se dedica la primera sesión al establecimiento de la relación terapéutica, ya que de ella depende el nivel de éxito en el proceso.
- El Cuestionario FIEPS de Personalidad los padres lo llenaron en el primer encuentro en la institución de sus hijos donde se les invito a formar parte del grupo de estudio para el asesoramiento.
- El Cuestionario No1 de la relación padres e hijos también es llenado en el primer encuentro institucional de reclutamiento para el asesoramiento.
- El Cuestionario No 2 de la relación padres e hijos se llena en la sesión 10 que es la ultima del proceso, finalmente se tabulan los datos y se comparan con el Cuestionario No1 previo al inicio del proceso.
- El Cuestionario de la relación padres e hijos sirve para comprobar si se ha cumplido o no los OBJETIVOS ESPECIFICOS Y GENERAL DEL PROGRAMA.
- Al termino de cada sesión hay una tarea para los padres denominada (Tarea de intercesión) misma que representa un INDICADOR DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE.
- El cumplimiento de las mismas serán registradas en forma diaria en una hoja cuyos datos serán tabulados al término del asesoramiento.
- Se llevara también un registro diario escrito de la asistencia de los padres ya que consta como un INDICADOR DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE, y al término del asesoramiento se tabularan los datos.
- La VARIABLE INDEPENDIENTE en el proceso es EL ASESORAMIENTO A LOS PADRES por tanto se imparten a todos quienes fueron incluidos independientemente de sus estilos y perfiles de personalidad.
- Respecto a la VARIABLE DEPENDIENTE que es el NIVEL DE INVOLUCRAMIENTO de los padres será evaluado al término del proceso por parte del terapeuta tomando en consideración 3 aspectos como, el cumplimiento de tareas de intercesión, la asistencia y la participación activa durante las sesiones.

- El NIVEL DE INVOLUCRAMIENTO tiene como indicadores a los 4 estilos de personalidad: AFECTIVO, COGNITIVO, COMPORTAMENTAL, RELACIONAL.
- Con los resultados del nivel de involucramiento según la personalidad se comprueba o no la HIPOTESIS donde plantea que LA PERSONALIDAD AFECTIVA se involucra mejor en el asesoramiento.
- Las técnicas usadas en el asesoramiento se encaminan a la intervención del grupo en general, sin embargo se aplican una para cada estilo de personalidad a fin de llegar a cada uno.

3.2 SESION No 1

TEMA: ESTABLECIMIENTO DE LA RELACIÓN TERAPEUTICA.

OBJETIVO: Encuadre del proceso a través de la Alianza Terapéutica, Empatía, y la meta del programa de asesoramiento mediante consenso con los padres.

TIEMPO: 2 horas.

METODOLOGIA: Intervención tipo conferencia, proporcionar Información.

1. Se inicia la entrevista con una intervención breve del terapeuta sobre el proceso realizado hasta el momento. (Resultados de Cuestionario FIEPS de Personalidad , Relaciones padres e hijos)
2. Se proporciona a los padres las hojas tabuladas y los resultados de las mismas así como el uso de aquella información durante el proceso.
3. Se indaga a los padres sobre las expectativas y motivaciones que los lleva a insertarse en el proceso de asesoramiento. Se identifica en ellos las emociones que han experimentado en la problemática del TDAH, conocer la manera de resolver conflictos, analizar la relación y vínculo existente con el niño, etc.
4. El terapeuta busca conseguir la Confesión y Desinhibición Emocional respecto al TDAH del hijo, a través de estrategias de estimulación y apoyo para obtener confianza, optimismo, seguridad en el proceso, el terapeuta y si mismos.

5. Se brindara como estrategia de apoyo el “reconocimiento positivo” por los esfuerzos realizados hasta el momento y los futuros compromisos hacia con sus hijos.
 6. La primera sesión se orienta a generar del terapeuta a los padres el sentimiento de comprensión sobre el problema del hijo.
 7. Orientarlo claramente sobre las posibilidades de tratamiento que existen frente al TDAH.
 8. Al término de la primera sesión se acuerda mutuamente (padres-terapeuta) los objetivos del proceso, mismos que se relacionan con los objetivos del proyecto a investigarse.(Mejorar las relaciones padres e hijo y mejorar el comportamiento del niño)
- TAREA INTERSESIÓN: Describir en una hoja sus impresiones sobre su primer asesoramiento.

3.3 SESIÓN No.2

TEMA: PSICOEDUCACIÓN “ENTRENAMIENTO PARENTAL” Parte No2

OBJETIVO: Conocer y comprender que es el TDAH (Hiperactividad) de acuerdo al DSM-IV-TR.

TIEMPO: 2 horas

METODOLOGIA: Exposición tipo Conferencia. Uso de proyector.

- Revisión Tarea de Intercesión. (Logros, dificultades, estado emocional de los padres).

TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCIÓN Y COMPORTAMIENTO PERTURBADOR.

- Seis o más de los siguientes síntomas han persistido por lo menos durante 6 meses, con una intensidad desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo.

DESATENCIÓN

- a) A menudo, no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.
 - b) A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas.
 - c) A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente.
 - d) A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos, u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a Comportamiento Negativista Desafiante o incapacidad para comprender instrucciones)
 - e) A menudo tiene dificultad para organizar tareas y actividades.
 - f) A menudo evita, le disgusta o es renuente, en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido, (como trabajos escolares o domésticos).
 - g) A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros, o herramientas).
 - h) A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.
 - i) A menudo es descuidado en actividades diarias.
-
- A continuación se solicita a los padres expongan verbalmente los ítems que identifiquen la problemática con su hijo y en qué manera genera esa característica un conflicto diario. P. e en el ítem f “, mi hijo, se enoja y evita hacer los deberes, debo obligarle todos los días, me enoja y le grito”...)
 - A continuación en parejas o con ayuda del terapeuta el padre/madre solo, se realiza una lista generando alternativas para resolver cada conflicto en forma diferente y proyectando el estado mental a experimentar tanto en el niño, padres, hogar, y escuela una vez aplicada la nueva estrategia. Finalmente analizan los posibles obstáculos para realizar sus objetivos y la manera de resolverlos.
 - Compartir las impresiones a las que llegaron los padres.
 - Tarea de Intercesión: Aplicar las estrategias elaboradas en la sesión con el hijo en casa.

3.4 SESIÓN No3

TEMA: PSICOEDUCACIÓN “ENTRENAMIENTO PARENTAL” Parte No 2

OBJETIVO: Conocer y comprender que es el TDAH (Inatención) de acuerdo al DSM-IV-TR.

TIEMPO: 2 horas

METODOLOGIA: Exposición tipo Conferencia. Uso de proyector.

- Revisión Tarea de Intercesión .(logros, dificultades, estado emocional de los padres).

TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCIÓN Y COMPORTAMIENTO PERTURBADOR.

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

HIPERACTIVIDAD

- a) A menudo mueve en exceso manos, pies, o se remueve en su asiento.
 - b) A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones que se espera permanezca sentado.
 - c) A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo.
 - d) A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.
 - e) A menudo” está en marcha” o suele actuar como si tuviera un motor.
 - f) A menudo habla en exceso.
- A continuación se solicita a los padres expongan verbalmente los ítems que identifiquen la problemática con su hijo y en qué manera genera esa característica un conflicto diario. P.ej. en el ítem f “a menudo habla en exceso”...)
 - A continuación en parejas o con ayuda del terapeuta el padre/madre solo, se realiza una lista generando alternativas para resolver cada conflicto en forma diferente y proyectando el estado mental a experimentar tanto en el niño, padres, hogar, y escuela una vez aplicada la nueva estrategia.

- Finalmente analizan los posibles obstáculos para realizar sus objetivos y la manera de resolverlos. Y compartirlos.
- Tarea de Intercesión: Aplicar las estrategias elaboradas con el hijo en casa.

3.5 SESIÓN No 4

TEMA: PSICOEDUCACIÓN “ENTRENAMIENTO PARENTAL” Parte No3

OBJETIVO: Conocer y comprender que es el TDAH (Impulsividad) de acuerdo al DSM-IV-TR.

TIEMPO: 2 horas

METODOLOGIA: Exposición tipo Conferencia. Uso de proyector.

- Revisión Tarea de Intercesión (logros, dificultades, estado emocional de los padres).

TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCIÓN Y COMPORTAMIENTO PERTURBADOR.

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

IMPULSIVIDAD

- g) A menudo se precipita en respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.
 - h) A menudo tiene dificultades para guardar turno.
 - i) A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (se entromete en conversaciones o juegos)
- A continuación se solicita a los padres expongan verbalmente los ítems que identifiquen la problemática con su hijo y en qué manera genera esa característica un conflicto diario. P.ej. en el ítem h “tiene dificultad para guardar turno” ...)

- A continuación en parejas o con ayuda del terapeuta el padre/madre solo, se realiza una lista generando alternativas para resolver cada conflicto en forma diferente y proyectando el estado mental a experimentar tanto en el niño, padres, hogar, y escuela una vez aplicada la nueva estrategia.
- Finalmente analizan los posibles obstáculos para realizar sus objetivos y la manera de resolverlos. Y compartirlos.
- Tarea de Intercesión: Aplicar las estrategias elaboradas con el hijo en casa.

3.6 SESION No 5

TEMA: ABORDAJE EMOCIONAL DE LOS PADRES

OBJETIVO: Conocer y manejar las emociones frente al TDAH.

TIEMPO: 2 horas

METODOLOGIA:

- Uso de video (entrevista a padres de niño con TDAH).
- Técnica Gestalt. Sensación, Sentimiento.(Veo, imagino, siento).
- La Técnica es seleccionada para trabajar de mejor manera con el estilo Afectivo de Personalidad.
- Revisión Tarea de Intersesión Anterior.(logros, dificultades, estado emocional de los padres)

ACTIVIDADES DEL DIA

- Mirar video sobre padres de niños con TDAH (5’)
- Mientras observan el video los padres, toman notas personales sobre las emociones experimentadas en los personajes del video.
- Seguidamente sacan de una urna, tarjetas que describen emociones negativas, deberán escoger aquellas con las cuales se identifiquen. (agotado, enojado, culpable, vergüenza, incompetente, preocupado, etc.).

- Luego, en parejas usan las tarjetas en frases como: “Yo me siento...” “me veo...en esta situación” “Me imagino que ...”
- A continuación se invierte la actividad con el otro padre/madre, aquellas madres solas realizan la actividad coordinada con el terapeuta.
- Posteriormente los padres describen al terapeuta como se sintieron al expresar sus emociones negativas.
- Finalmente toman de otra urna tarjetas con emociones positivas que ellos decidan experimentarlas a partir de ese momento con sus hijos.(seguro, optimista, comprometido, esperanza, positivo, amor, etc.).
- Al término de la sesión a través de técnica en visualización se les solicita proyectar sus emociones positivas a situaciones problema con sus hijos y mantener el estado de bienestar.
- Tarea de intercesión: Conservar las emociones positivas elegidas en la relación con los hijos.

3.7 SESION No 6

TEMA: INTERVENCIÓN EN RASGOS DE PERSONALIDAD.

OBJETIVO: Conocimiento en rasgos de Personalidad.

TIEMPO: 2 horas

METODOLOGIA:

- Revisión Tarea de Intercesión Anterior.(logros, dificultades, estado emocional de los padres)
- Uso del Cuestionario de Personalidad SEAPSI.(padres)
- Técnica Cognitiva (Flecha hacia abajo)
- Técnica es seleccionada para trabajar de mejor manera en el estilo Cognitivo de Personalidad.

ACTIVIDADES DEL DIA

1. Lectura individual del Perfil de Personalidad.
2. Selección de rasgos positivos y negativos a trabajar en la sesión.
3. Análisis de rasgos personales influyentes en la relación y problemas con el hijo.
4. Selección de una situación problema con el desempeño del niño.
5. Aplicación de la Técnica Cognitiva (Flecha hacia abajo)

6. La situación P. Ejemplo: “Mi hijo deja por terminar las tareas que empieza”
- Terapeuta: ¿Qué piensa Ud. Cuando él hace eso?
 - Paciente: “Es un vago y quiere me quede con él toda la tarde.”
 - Terapeuta: ¿Por qué? Quisiera su hijo pasar con Ud. Toda la tarde?
 - Paciente: “porque no le dedico mucho tiempo”.
 - Terapeuta: ¿Por qué piensa eso?
 - Paciente: “Porque es la verdad, me desgasto tanto con él , que evito hacer la tareas, es muy intenso”.
 - Terapeuta: ¿Qué significa desgastarse e intenso?..
 - Paciente: Soy una persona perfeccionista, no me gusta repetir varias veces lo mismo, él es así, además es muy meloso y no lo soporto.
 - Terapeuta: ¿Cuál sería entonces el problema? ¿Su perfeccionismo? O la dificultad en ... para las tareas?
 - Paciente: Mi perfeccionismo, porque otra persona seria mas paciente y eso no le bloquearía al niño.
 - Terapeuta: ¿Cómo cree entonces que podría modificar su característica positivamente?
 - Paciente: “Siendo más tolerante”...
7. Finalmente se le ayuda al paciente a re-interpretar como los rasgos en su personalidad se fusionan con las situaciones problema con el desempeño del hijo.
8. Simultáneamente el paciente en base a sus propios esquemas y conclusiones debe encontrar nuevas formas de canalizar sus rasgos positivamente a favor de la relación con el niño y el mejoramiento del desempeño.
9. Al término de la sesión, los padres podrán determinar rasgos influyentes positiva y negativamente con el niño, así como la manera de modificarlos.
10. Tarea de intercesión: Aplicar las estrategias aprendidas con sus hijos en casa.

3.8 SESION No 7

TEMA: ABORDAJE EMOCIONAL DE LOS NIÑOS

OBJETIVO: Conocer la interpretación de los niños sobre el TDAH, frente a las descripciones realizadas por sus padres, así como sus pensamientos, sentimientos, comportamientos en casa y escuela.

TIEMPO: 2 horas

METODOLOGIA:

- Revisión Tarea de Intersesión anterior.(logros, dificultades, estado emocional de los padres)
- Uso de Escala EDAH
- Técnica Narrativa (Auto caracterización)

ACTIVIDADES DEL DIA

1. El niño da lectura a la Escala EDAH (vacía)
2. A continuación se le pregunta:
 - Si se identifica con las descripciones realizadas en la hoja y
 - Si podría calificarse.
 - ¿En qué preguntas se identifica mas y por qué?
 - ¿Qué piensa sobre lo que le ocurre?
 - ¿Cómo se siente con esas descripciones?
 - ¿Por qué cree que le pasa eso?
 - ¿Quisieras mejorar?
3. A través de la técnica narrativa de auto caracterización se le pide al niño que escriba una carta dirigida a él mismo, esta carta proviene de una persona imaginaria que lo conoce íntimamente muy bien y le tiene mucho cariño y simpatía. En la carta esta persona se refiere a su TDAH y lo motiva a salir adelante.
4. Tarea de intercesión: Se le pide al niño comportarse en el transcurso de la semana, acogiendo las recomendaciones que su amigo imaginario le realiza en la carta escrita para experimentar emociones positivas.

3.9 SESIÓN No 8

TEMA: "TIEMPO ESPECIAL DE JUEGO"

OBJETIVO: Recuperar el vínculo afectivo positivo entre padres e hijo. Brindar atención positiva a los hijos compartiendo espacios libres de tareas.

TIEMPO: 2 horas

METODOLOGIA:

- Técnica Lúdica.
- Técnica enfocada al estilo de personalidad Relacional.

ACTIVIDADES DEL DIA

- Se imparten parámetros de trabajo a los padres que deben cumplir en el "tiempo de juego"
- El niño selecciona los juguetes y juego a realizar.
- LO QUE DEBEN REALIZAR "simplemente jugar"
- Señalamientos positivos, omitir los negativos, realizarlos en forma inmediata, utilizar demostraciones físicas y verbales de afecto.
- Puedes hacer uso de ruidos, cambiar la voz, asumir algún papel gracioso.etc.
- LO QUE NO DEBEN REALIZAR
- No habrá direcciones, correcciones, premios ni castigos.
- En algún momento habrá inversión de roles entre padres e hijos.
- El tiempo dura aproximadamente treinta minutos.
- Al término de la actividad, los padres en presencia del niño expresan su agradecimiento por el tiempo de juego, y seguidamente manifiestan las emociones positivas experimentadas con el niño.
- El niño expresa sus emociones respecto a la actividad y si le gustaría continuar practicándola con sus padres o no y por qué?
- En ese momento los padres y el niño planifican tentativamente la manera de coordinar momentos de juego en el transcurso de la semana o el fin de semana.
- Tarea de intercesión: Compartir en familia un momento de juego siguiendo los parámetros aplicados en la sesión.

3.10 SESIÓN No 9

TEMA: RECUPERACIÓN DE LA AUTORIDAD PARENTAL.

OBJETIVO: Establecer un sistema disciplinario adecuado con el hijo. Disciplinar sin maltratar. Mantener el control emocional.

TIEMPO: 2 horas

METODOLOGIA:

- Revisión de la Tarea de Intersesión.
- Técnicas Conductuales.
- Técnicas enfocadas a trabajar de mejor manera en estilo de personalidad Comportamental.

ACTIVIDADES INICIALES

- Lectura: La autoridad
- Después de la lectura en parejas o con ayuda del terapeuta los padres analizan y seleccionan el tipo de disciplina que ellos aplican en casa. P .Ej. Autoritaria, Permisiva, Sobre protectora, Democrática.
- Descubren cual sería el estilo adecuado de disciplina con el niño y por qué?
- Identifican cuales son los errores más comunes que incurren el momento de intentar disciplinarlo.
- Comparten los resultados con el terapeuta.
- Los padres seleccionan un comportamiento específico de su hijo a trabajar con las siguientes recomendaciones.
- **NUEVO SISTEMA Y RECOMENDACIONES (Acciones Planeadas y Reacciones)**
- **ACCIONES PLANEADAS**
 1. Establecer reglas claras y explicar las consecuencias y expectativas.
 2. A través de una discusión planeada y acordada entre padres previamente y lejos de la crisis se le comunica al niño las nuevas reglas y expectativas.
 3. La intervención será breve, cálida, y firme.
 4. Ante el cumplimiento los padres reconocen sus logros, esfuerzos y expresan su amor por él.
 5. Estructura, Procedimiento, Rutinas.
 6. Consistencia a la hora de comer, dormir, bañarse en forma diaria.

7. Premios Planeados.
 8. Eligen comportamientos específicos que esperan el niño cumpla en corto tiempo.
 9. Aplicarlos inmediatamente.
 10. Castigo.
 11. Aplicar los castigos en forma neutral, lejos de la emoción y sentimiento.
 12. Castigar el comportamiento, no al niño.
 13. Advertir antes de aplicar el castigo, no repetir mucho la advertencia.
 14. Sean breves en la explicación del ¿por qué? al aplicar el castigo.
 15. Sean firmes en sus decisiones, no permitan que el niño manipule la situación.
- Tarea de intercesión: Aplicar las nuevas recomendaciones con el hijo.

3.11 SESIÓN No 10

TEMA: Conclusiones del proceso.

OBJETIVO: Monitorear el final del proceso, reforzar temas importantes en la relación padres-hijo.

TIEMPO: 2 horas

METODOLOGIA:

- Revisión de la Tarea de Intercesión:
- Conversatorio.

ACTIVIDADES DEL DIA.

- RE-TEST Aplicación del Cuestionario (RELACION PADRE E HIJO No 2).
- TEST Involucramiento en el Proceso
- Revisión de Resultados.
- Valoración General del Proceso y Resultados.

HIPOTESIS

LOS PADRES CON PERSONALIDAD AFECTIVA (Histriónicos y/o Ciclotímicos) SE INVOLUCRAN MAS FACILMENTE EN EL TRATAMIENTO DEL TDAH DE SUS HIJOS.

DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS METODOLOGICOS

Población:

- Ciudad de Ambato.
- Escuela de tipo particular.
- Niños y Niñas de edades comprendidas entre los 4 años y 11 años.

Universo:

- Escuela Particular “La Granja” 450 niños y niñas.

Muestra:

- Se informa sobre el proyecto a las autoridades de la institución, quienes seguidamente autorizan la ejecución del mismo.
- A continuación los maestros de aula, quienes han sido asesorados previamente y conocen los parámetros generales sobre el TDAH reportan al Departamento Psicológico de la Institución aquellos casos que presumen corresponden al objeto de estudio.
- A continuación se aplica la Observación Directa Estructurada en el aula de aquellos niños reportados por los maestros, a fin de validar o descartar clínicamente el TDAH a través de los parámetros del DSM_IV_TR .
- Con los padres de niños quienes han sido validados, se los integra en una reunión general para aplicar la encuesta (Cuestionario SEAPSI, Cuestionario de relaciones padres e hijo).
- En la encuesta final se aplica nuevamente a los padres el Cuestionario sobre las relaciones padres e hijos para medir resultados del proceso de asesoramiento y el cumplimiento de los objetivos general y específico del programa.
- **CRITERIOS DE INCLUSION PADRES**
 1. Padres de familia del Centro Educativo Bilingüe “La Granja” exclusivamente.
 2. Padres cuyos hijos se han confirmado clínicamente el diagnóstico de TDAH exclusivamente.
 3. Padres que deseen participar en el asesoramiento.
- **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN PADRES**
 1. Padres que presenten enfermedades psiquiátricas.

2. Padres que presenten Trastornos de Personalidad de Tipo Antisocial o Esquizotípica.

- **CRITERIOS DE INCLUSIÓN NIÑOS**

1. Niños con diagnóstico clínico de TDAH confirmado.
2. Niños de todas las edades desde Prekinder hasta Séptimo Año de Educación Básica de la Institución. (de 4 años a 11 años).

- **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN NIÑOS.**

1. Niños que reciban tratamiento farmacológico para el TDAH .

Métodos:

- **Clínico**

1. Exploración, identificación, análisis de síntomas del TDAH en los niños y análisis de rasgos de personalidad, discriminación e identificación entre rasgos y trastorno de personalidad en los perfiles de los padres.
2. Recolección de datos con padres y niños.

- **Comparativo**

1. Comparación de información y datos desde la personalidad de los padres con el TDAH de los niños antes, durante y al termino del programa de asesoramiento.
2. Comparación de datos del cuestionario de relación padres e hijo con los objetivos de la investigación antes de la aplicación del programa y al termino del mismo.

Técnicas

1. **Observación (Inicial).**

- Primer paso consiste en asesorar a todos los maestros de la institución sobre los criterios diagnósticos del TDAH para que posteriormente reporten al departamento psicológico los posibles niños para el estudio. Posterior a ello se realiza la observación en el aula.
- Observación: Individual, estructurada, directa, en el aula, a los niños para confirmar el diagnóstico de TDAH . A través de Criterios Diagnósticos de DSM_IV_TR.

2. **Encuesta (Inicial)**

- A través de cuestionario de personalidad SEAPSI para los padres para conocer predominancia en rasgos y rangos.
- Aplicación de test para medir el tipo de relación y calidad de la misma con los hijos.

3. **Encuesta (Final)**

- Aplicación de re-test para medir el tipo de relación y calidad de la misma con los hijos.
- Aplicación de re-test para medir adherencia al asesoramiento.

RESULTADOS

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Asistencia géneros

Cuadro #:1

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
MUJERES	18	60,00
HOMBRES	12	40,00
Total:	30	100,00

Elaborado por: Lara, Rosario, 2013

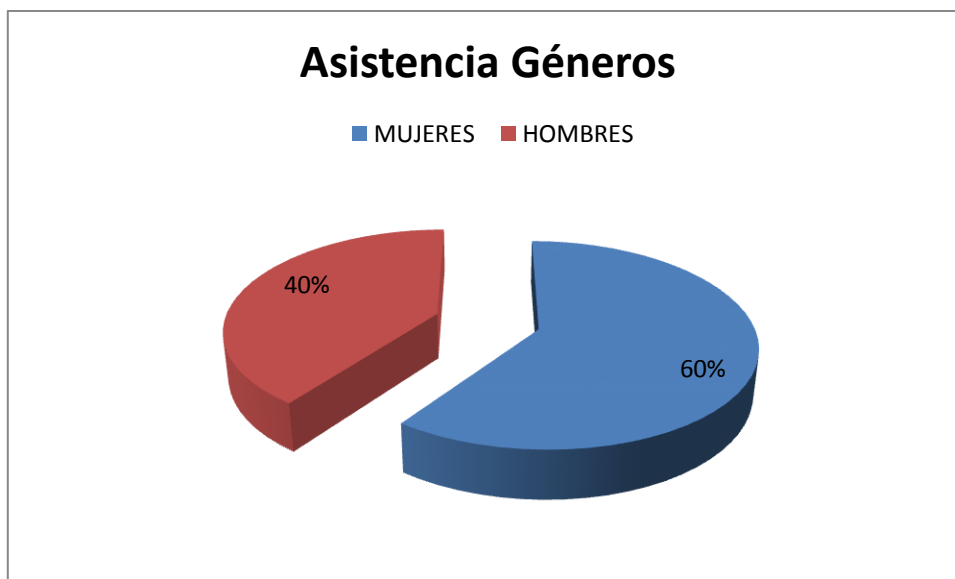


Gráfico #:1

Elaborado por: Lara, Rosario, 2013

Análisis e Interpretación

De las personas encuestadas 18 son mujeres que corresponde al 60%, y 12 son hombres que es igual 40%. Se afirma que la mayoría de personas que asisten son mujeres, se descubre en la tabulación de datos que existen más madres que padres dentro del proceso de asesoramiento. Se tabula el número de participantes por género aunque no conste este dato como elemento de estudio en la muestra.

Asistencia Mujeres

Cuadro #:2

Asistencia Mujeres		
Alternativa	Frecuencia	%
NADA	0	0
POCO	5	28
MEDIA	2	11
ALTA	5	28
MUY ALTA	6	33
Total	18	100

Elaborado por: Lara, Rosario, 2013.

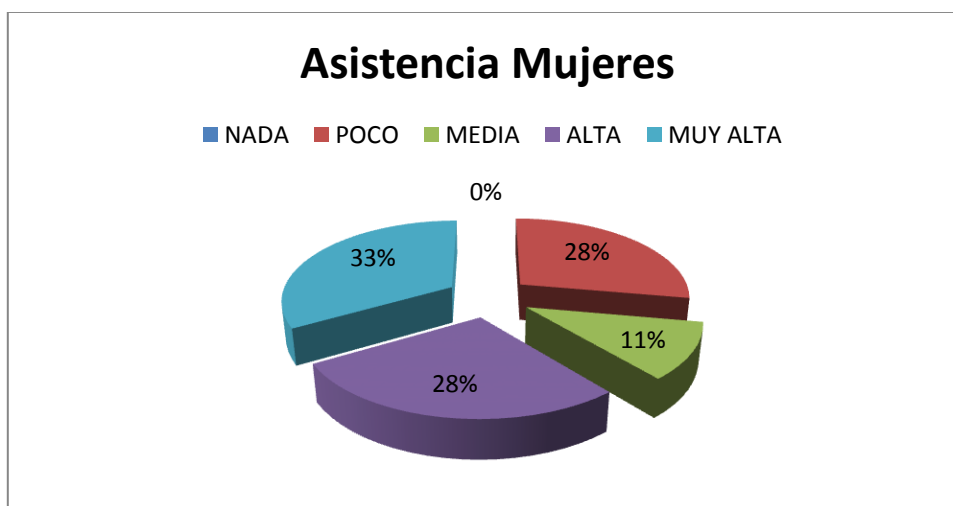


Gráfico #:2

Elaborado por: Lara, Rosario, 2013.

Análisis e Interpretación

De las madres que asistieron al asesoramiento parental de niños con TDAH, 5 madres corresponden a poco que es igual a 28%, 2 corresponden a media que es igual a 11%, 5 corresponden a alta que es igual a 28% y 6 corresponden a muy alta que es igual a 33%.

La asistencia de la mayoría de madres es muy alta, lo que es positivo para ellas, en el asesoramiento parental de niños con TDAH. Si la asistencia alta coincide con el cumplimiento de tareas entonces el nivel de involucramiento también será alto.

Asistencia Hombres

Cuadro #:3

Asistencia Hombres		
Alternativa	Frecuencia	%
NADA	0	0
POCO	5	42
MEDIA	1	8
ALTA	4	33
MUY ALTA	2	17
Total	12	100

Elaborado por: Lara, Rosario, 2013

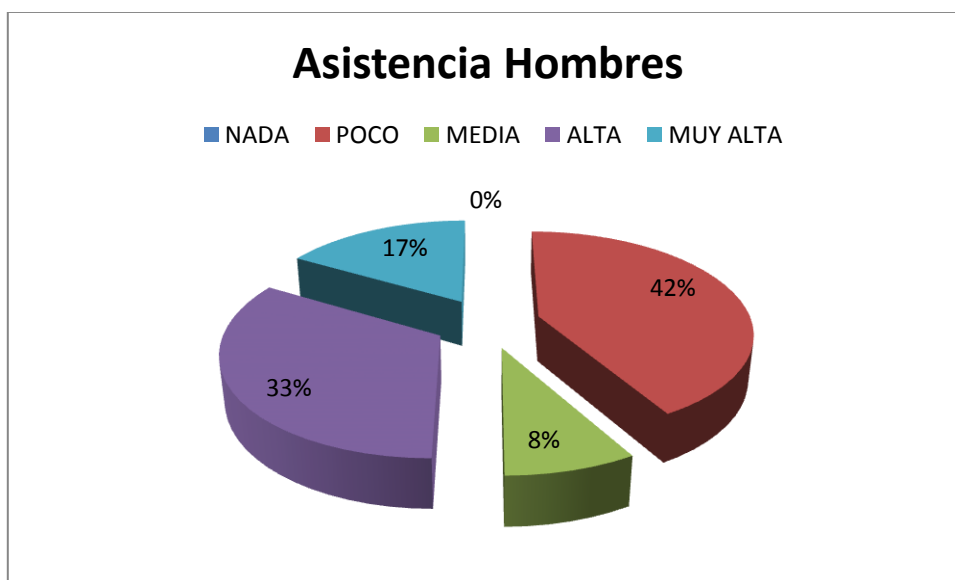


Gráfico #:3

Elaborado por: Lara, Rosario, 2013

Análisis e Interpretación

Del grupo, 5 asistieron poco que es igual a 42%, 1 asistente indica la media que es igual a 8%, 4 asistentes indican alta que es igual a 33% y 2 asistentes muy alta que es igual al 17%.

La asistencia de la mayoría de los padres es poca, en relación a la asistencia que tuvieron las madres, por lo que se puede afirmar que tienen un involucramiento en menor nivel con sus hijos.

Tareas de Intercesión Mujeres.

Cuadro #:4

Tareas de Intercesión Mujeres		
Alternativa	Frecuencia	%
NADA	0	0
POCO	5	28
MEDIA	2	11
ALTA	5	28
MUY ALTA	6	33
Total	18	100

Elaborado por: Lara, Rosario, 2013.

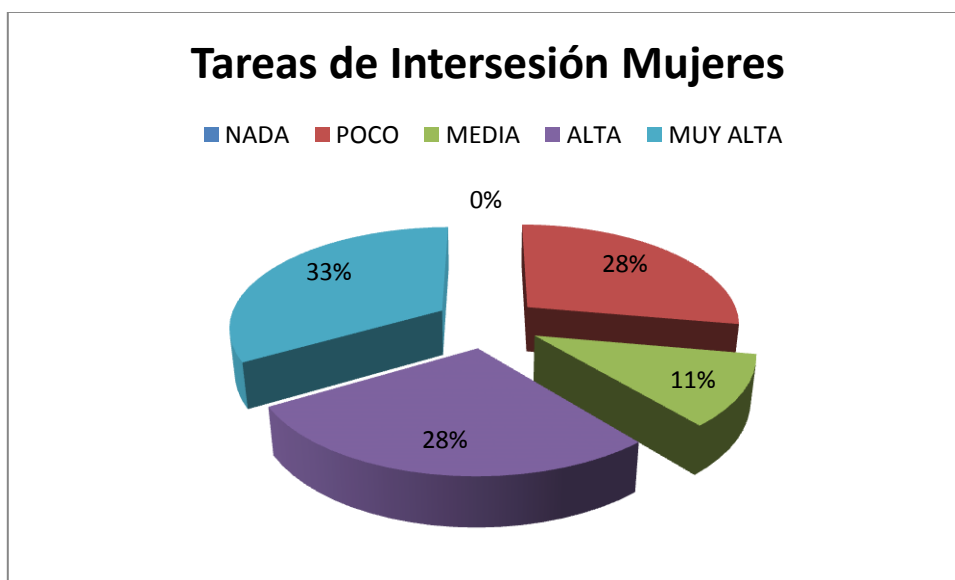


Gráfico #:4

Elaborado por: Lara, Rosario, 2013.

Análisis e Interpretación

5 madres indican poco que es igual a 28%, 2 indican media corresponde a 11%, 5 indican alta que corresponde a 28% y 6 indican muy alta que es igual a 33%.

El cumplimiento con las tareas de intercesión en la mayoría de las madres es muy alta, por lo que se puede afirmar que van logran mayor provecho en la comprensión del asesoramiento y mejorar su relación con sus hijos.

Tareas De Intercesión Hombres

Cuadro #:5

Tareas de Intercesión Hombres		
Alternativa	Frecuencia	%
NADA	0	0
POCO	5	42
MEDIA	1	8
ALTA	4	33
MUY ALTA	2	17
Total	12	100

Elaborado por: Lara, Rosario, 2013.

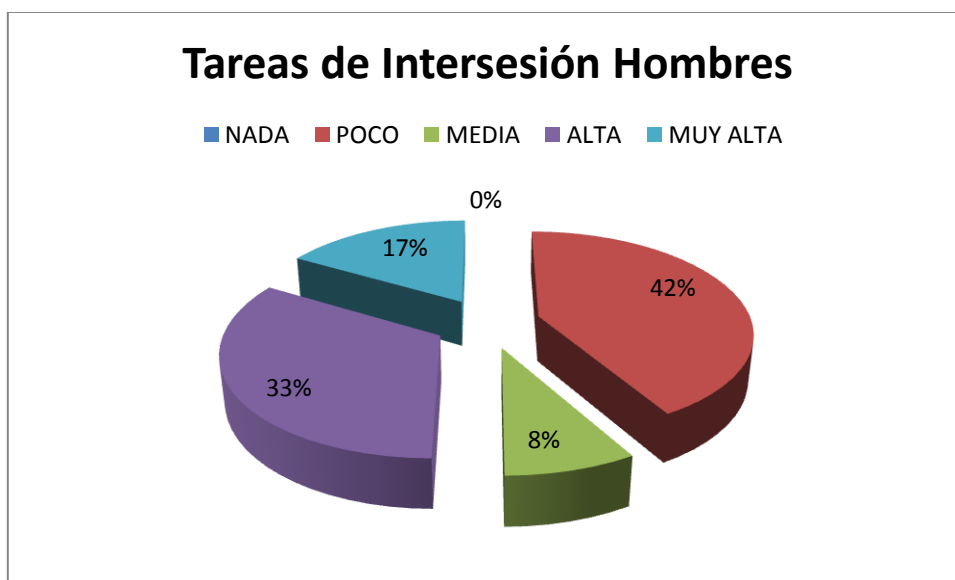


Gráfico #:5

Elaborado por: Lara, Rosario, 2013.

Análisis e Interpretación.

5 padres indican poco que es igual a 42%, 1 indica media que corresponde a 8%, 4 indican alta que corresponde a 23% y 2 indican muy alta que es igual a 17%.

La asistencia de la mayoría de los padres es poca, el nivel de cumplimiento en tareas es menor al de las mujeres, por tanto su involucramiento en el asesoramiento, nivel de comprensión y aprovechamiento del mismo es bajo.

Tipos de Personalidad en el Grupo de Estudio.

Cuadro #6

Tipo de Personalidad		
Alternativa	Frecuencia	%
Anancásticos	7	23
Histriónicos	9	30
Inestable	2	7
Evitativo	3	10
Paranoide	3	10
Dependiente	3	10
Ciclotímico	3	10
Total	30	100

Elaborado por: Lara, Rosario, 2013

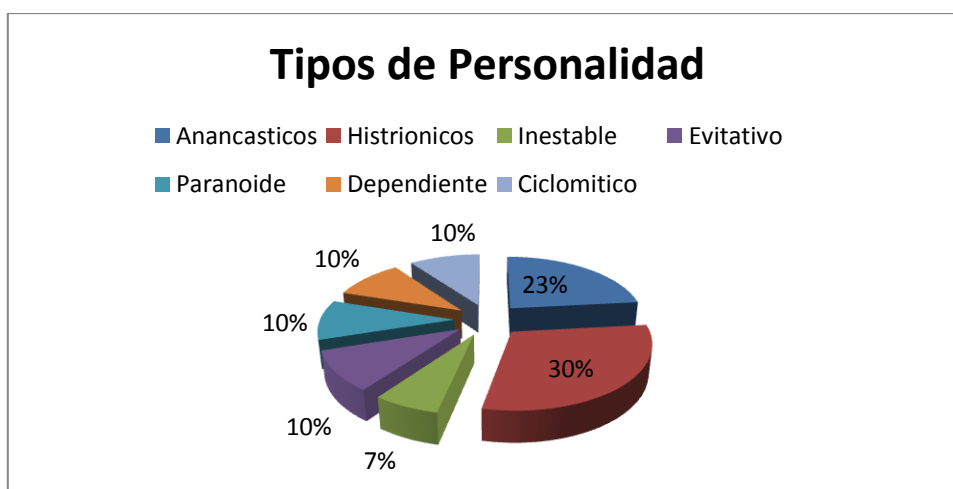


Gráfico #6

Elaborado por: Lara, Rosario, 2013.

Análisis e Interpretación.

De los padres, 7 tienen personalidad Anancastica que es igual a 33%, 9 son Histriónicos que corresponden a 30%, 2 son Inestables que es igual al 7%, mientras que el grupo Evitativo, Paranoide, Dependiente y Ciclotímico indican 3 correspondientes a 10%.

El tipo de personalidad predominante en los padres es el Histriónico, mismo que se relaciona con la hipótesis establecida y el nivel más alto de involucramiento.

Cuadro #:7

Cognitivos	
Anancásticos	7
Paranoides	3

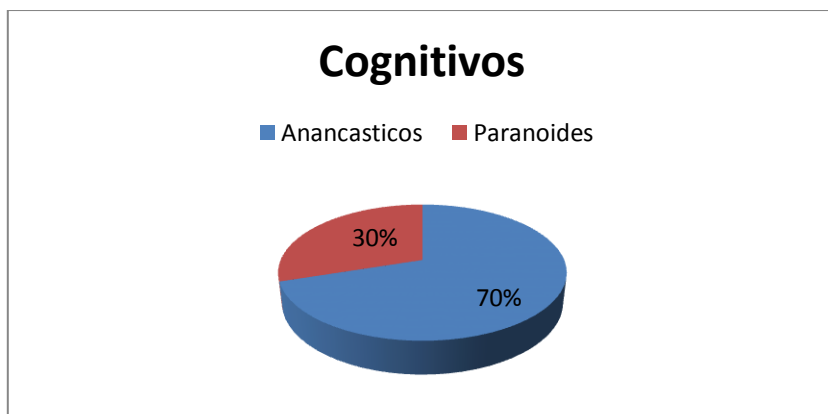


Gráfico #:7

Elaborado por: Lara, Rosario, 2013

Cuadro #:8

Afectivos	
Histriónicos	9
Ciclotímicos	3

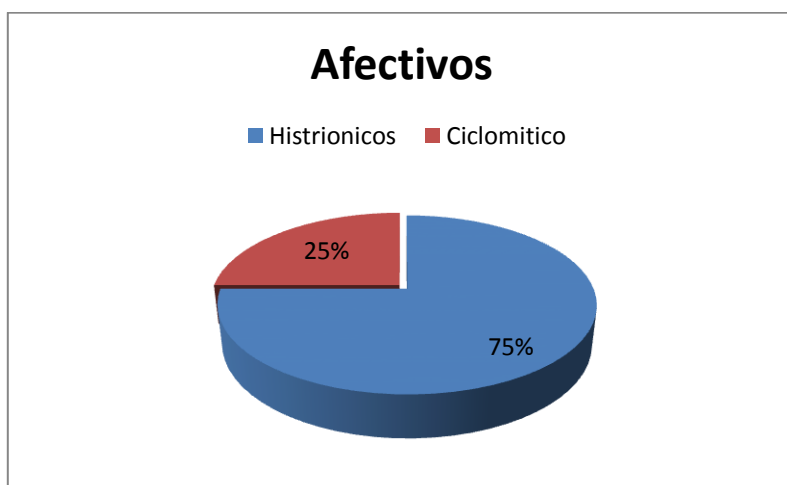


Gráfico #:8

Elaborado por: Lara, Rosario, 2013.

Cuadro #:9

Comportamental	
Inestable	2

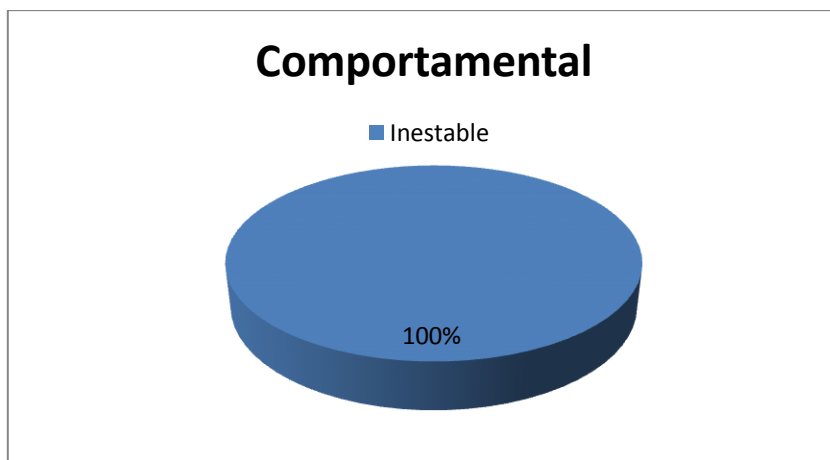


Gráfico #:9

Elaborado por: Lara, Rosario, 2013.

Cuadro #:10

Relacional	
Dependiente	3
Evitativo	3



Gráfico #:10

Elaborado por: Lara, Rosario, 2013.

INVOLUCRAMIENTO EN EL PROCESO

Cuadro #:11

	Anancásticos	Histriónicos	Inestable	Evitativo	Paranoide	Dependiente	Ciclotímico
Nada	0	0	0	0	0	0	0
Poco	0	0	1	2	1	0	0
Media	2	2	1	1	0	2	1
Alta	3	2	0	0	1	0	1
Muy alta	2	5	0	0	1	1	1

Elaborado por: Lara, Rosario, 2013.

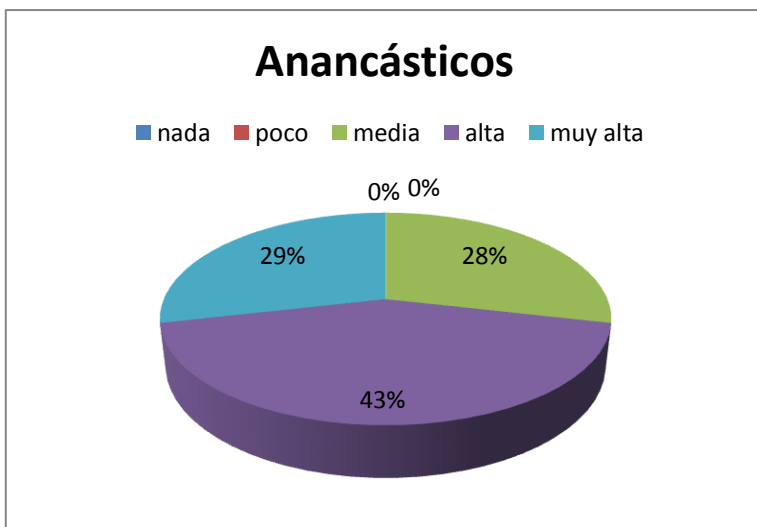


Gráfico #: 12

Elaborado por: Lara, Rosario, 2013.

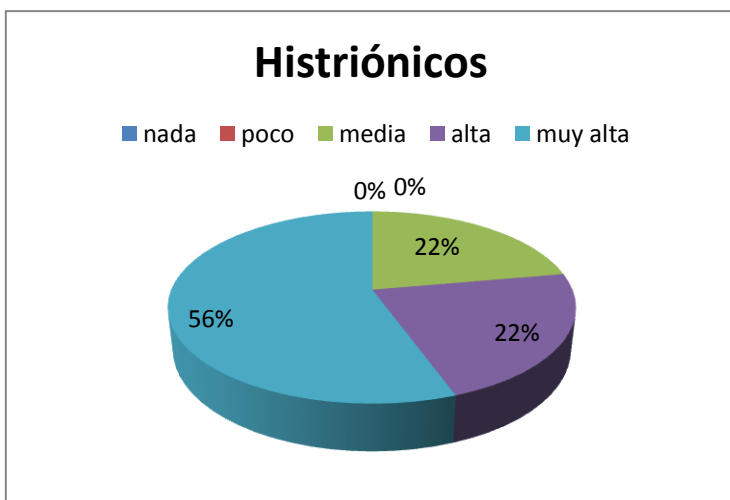


Gráfico #:13

Elaborado por: Lara, Rosario, 2013.

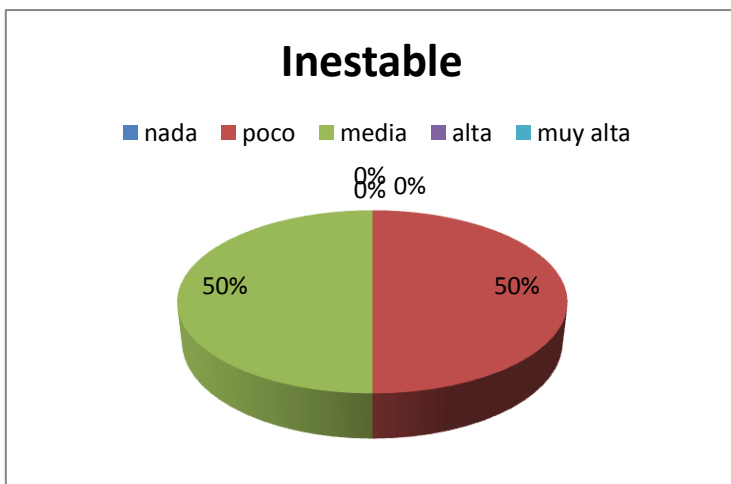


Gráfico #:14

Elaborado por: Lara, Rosario, 2013.



Gráfico #: 15

Elaborado por: Lara, Rosario, 2013.

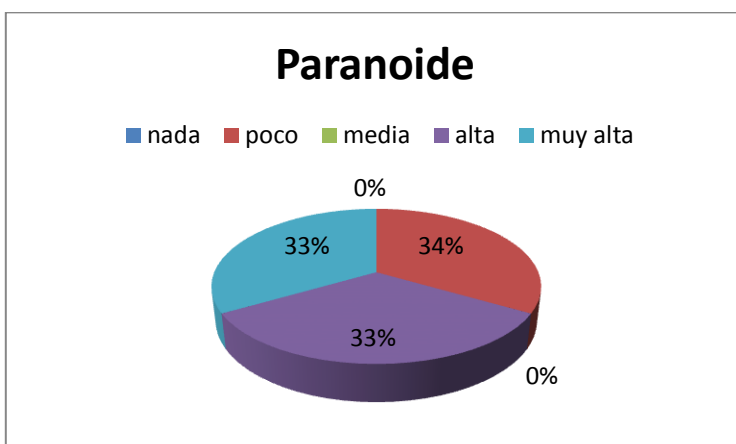


Gráfico #: 16

Elaborado por: Lara, Rosario, 2013.

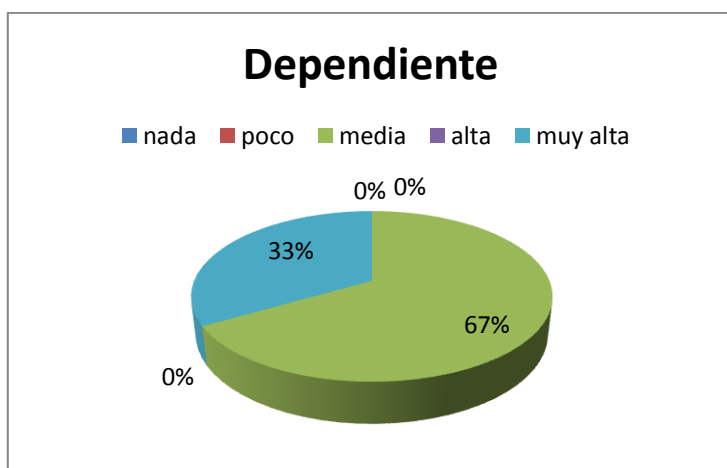


Gráfico #:17

Elaborado por: Lara, Rosario, 2013.

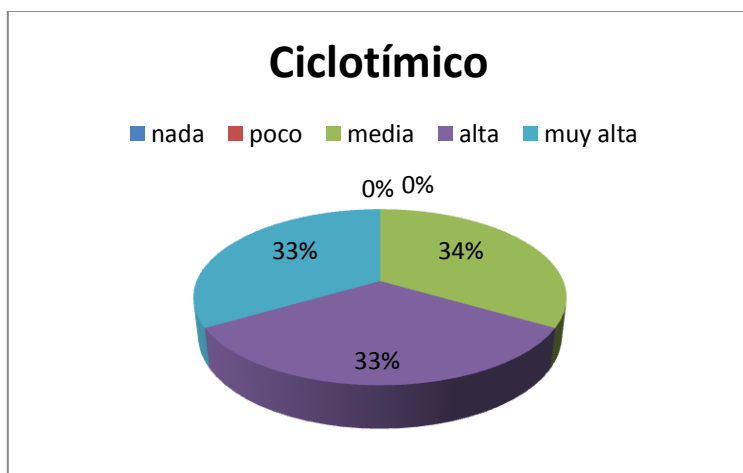


Gráfico #: 18

Elaborado por: Lara, Rosario, 2013.

Cuadro #:19

Involucramiento en el Proceso		
Alternativa	Frecuencia	%
NADA	0	0
POCO	4	13
MEDIA	9	30

ALTA	7	23
MUY ALTA	10	33
Total	30	100

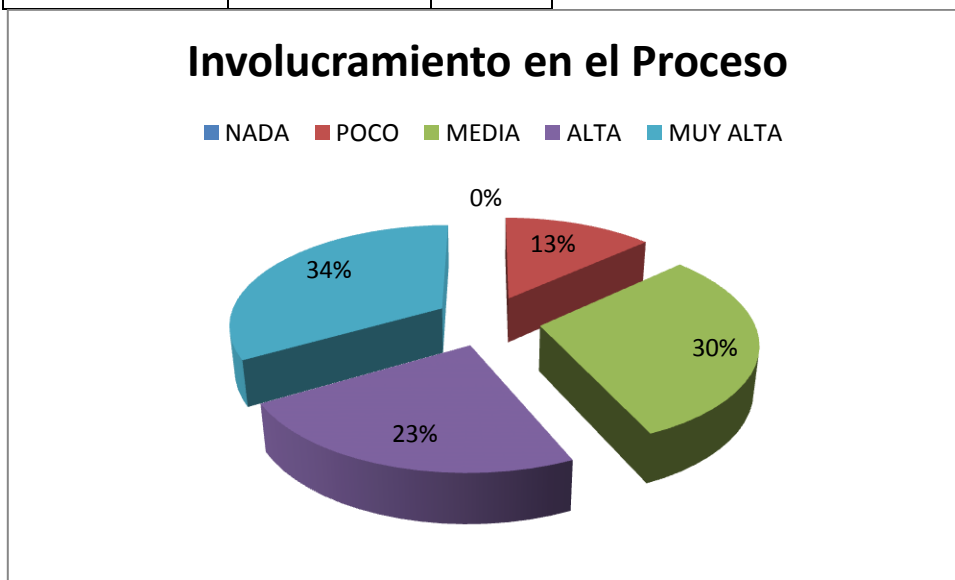


Gráfico #:19

Elaborado por: Lara, Rosario, 2013.

Análisis e Interpretación

De los padres que asistieron 4 indican poco que es igual 13%, 9 indican media corresponde al 30%, 7 indican alta que corresponde al 23% y 10 afirman muy alta que es igual al 33%.

El nivel de involucramiento de los padres en general es alto y muy alto, este dato se desprende de los resultados iniciales sobre cumplimiento de tareas y asistencia ya que se asocian entre sí.

CUESTIONARIO DE RELACIONES PADRES E HIJOS (Evaluación 1)

1. ¿Encuentra usted que su hijo es muy difícil de criar?

Cuadro #:20

Alternativa	Frecuencia	%
NADA	0	0
POCO	0	0
MEDIA	5	17
ALTA	8	27
MUY ALTA	17	57
Total	30	100

Elaborado por: Lara, Rosario, 2013.

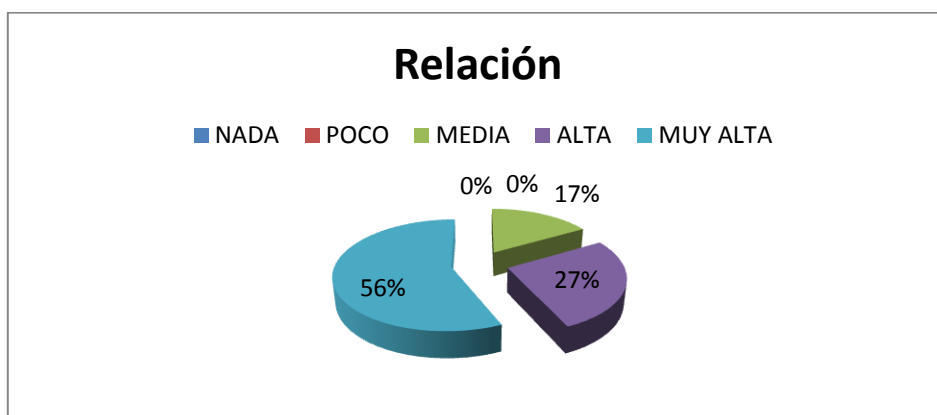


Gráfico #:20

Elaborado por: Lara, Rosario, 2013.

Análisis e Interpretación

De los padres encuestados antes del realizar el asesoramiento, 5 indican media corresponde al 17%, 8 indican alta que corresponde al 27% y 17 indican muy alta que es igual al 57%.

La mayoría de los padres encuentran que sus hijos son muy difíciles de criar, lo cual podría deberse a que no conocen sobre cómo manejar el TDAH de sus hijos

2. ¿Siente que la conducta de su hijo es muy difícil de entender?

Cuadro #:21

Alternativa	Frecuencia	%
NADA	0	0
POCO	0	0
MEDIA	1	3
ALTA	13	43
MUY ALTA	16	53
Total	30	100

Elaborado por: Lara, Rosario, 2013

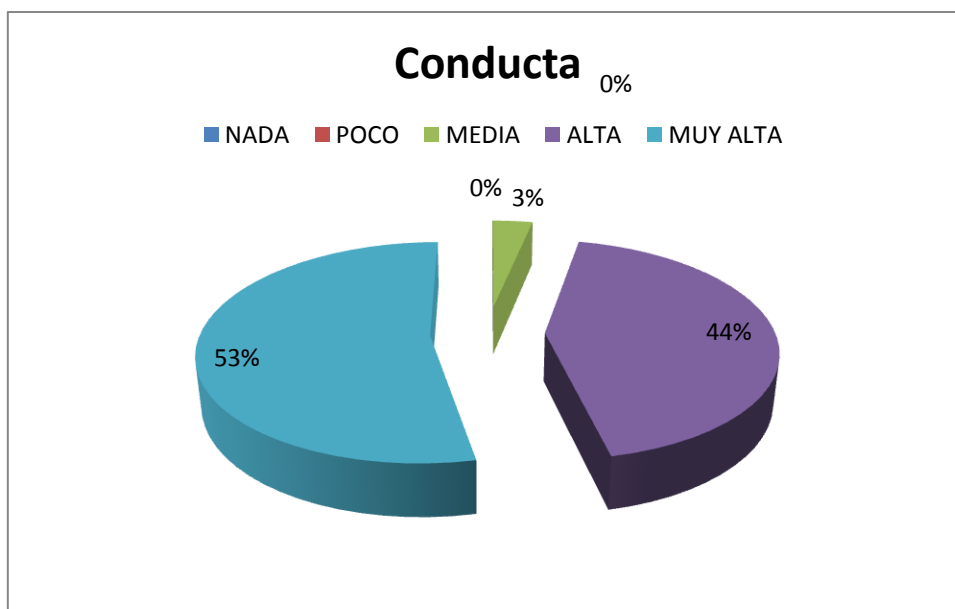


Gráfico #:21

Elaborado por: Lara, Rosario, 2013.

Análisis e Interpretación

De los padres encuestados antes del realizar el asesoramiento, 1 indican media corresponde al 3%, 13 indican alta que corresponde al 43% y 16 indican muy alta que es igual al 53%.

La mayoría de los padres encuentran que sus hijos son muy difíciles de entender, lo cual podría deberse a que no tiene un conocimiento sobre la manera que el TDAH influye en el comportamiento de sus hijos.

3. ¿Con frecuencia está peleando con su hijo?

Cuadro #:22

Alternativa	Frecuencia	%
NADA	0	0
POCO	0	0
MEDIA	2	7
ALTA	17	57
MUY ALTA	11	37
Total	30	100

Elaborado por: Lara, Rosario, 2013.



Gráfico #:22

Elaborado por: Lara, Rosario, 2013.

Análisis e Interpretación

De los padres encuestados antes del realizar en asesoramiento, 2 indican media corresponde al 7%, 17 indican alta corresponde al 57% y 11 indican muy alta que es igual al 37%.

La mayoría de los padres frecuentemente están peleando con sus hijos, lo cual podría deberse a que no tienen una buena relación padres e hijos.

4. ¿Su matrimonio se ve afectado por el comportamiento de su hijo?

Cuadro #:23

Alternativa	Frecuencia	%
NADA	3	10
POCO	0	0
MEDIA	7	23
ALTA	18	60
MUY ALTA	2	7
Total	30	100

Elaborado por: Lara, Rosario, 2013.

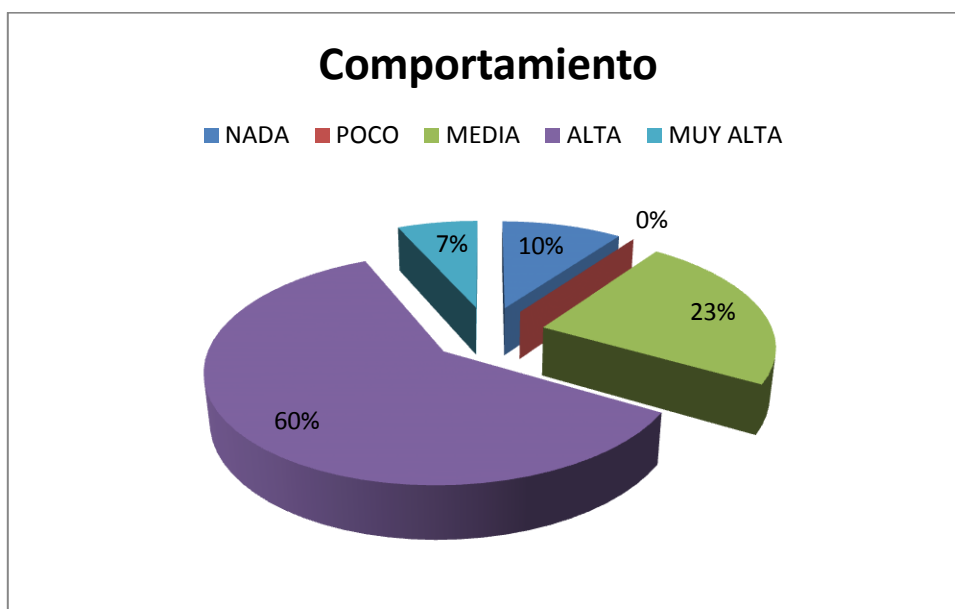


Gráfico #:23

Elaborado por: Lara, Rosario, 2013.

Análisis e Interpretación

De los padres encuestados antes del realizar en asesoramiento, 3 padres indican nada es igual 10%, 7 indican media corresponde al 23%, 18 indican alta corresponde al 60% y 2 indican muy alta que es igual al 7%.

Más de la mitad de los padres encuestados afirman que su matrimonio se ve afectado por el comportamiento de su hijo, lo cual es grave ya que indica una falta de acuerdo en la forma de manejar los problemas entre pareja y relacionalmente con el hijo que presenta TDAH.

5. ¿Existe un sistema estructurado de reglas en casa?

Cuadro #:24

Alternativa	Frecuencia	%
NADA	4	13
POCO	26	87
MEDIA	0	0
ALTA	0	0
MUY ALTA	0	0
Total	30	100

Elaborado por: Lara, Rosario, 2013.

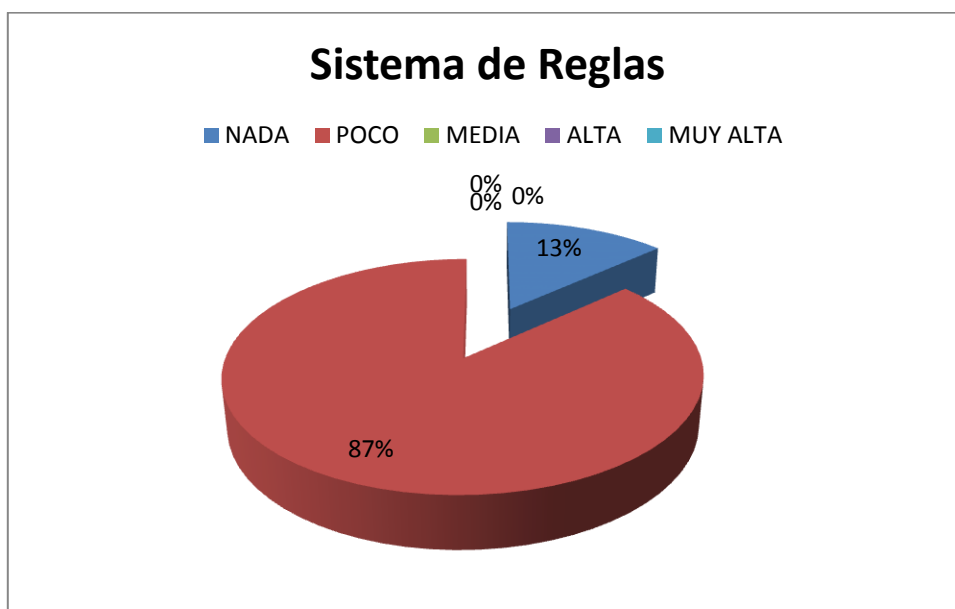


Gráfico #:24

Elaborado por: Lara, Rosario, 2013.

Análisis e Interpretación

De los padres encuestados antes del realizar en asesoramiento, 4 padres indican nada es igual 13% y 26 indican poco corresponde al 87%.

La mayoría de de los padres encuestados afirman que no existen un sistema estructurado de reglas en sus casas, lo cual implica dificultades comportamentales implícitas en el hogar y más aun con un hijo que presenta TDAH.

6. ¿Funciona el sistema actual?

Cuadro #:25

Alternativa	Frecuencia	%
NADA	13	43
POCO	17	57
MEDIA	0	0
ALTA	0	0
MUY ALTA	0	0
Total	30	100

Elaborado por: Lara, Rosario, 2013.

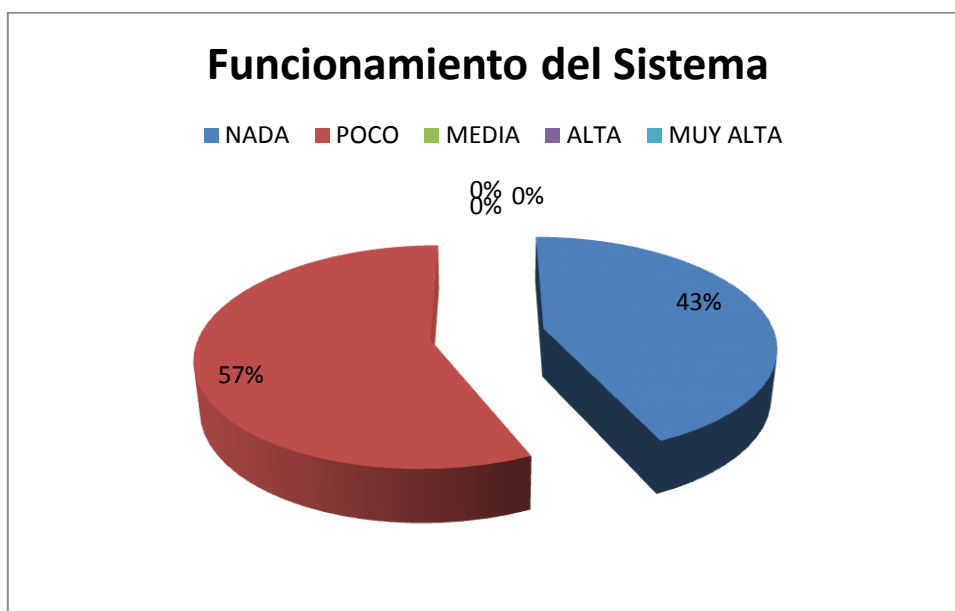


Gráfico #:25

Elaborado por: Lara, Rosario, 2013.

Análisis e Interpretación

De los padres encuestados antes del realizar en asesoramiento, 13 padres indican nada es igual 43% y 17 indican poco corresponde al 57%.

Los resultados demuestran la necesidad en modificar o establecer un sistema efectivo de normas, reglas, estructura en casa para mejorar las relaciones parentales, y el comportamiento del hijo con TDAH.

7. ¿Comparte tiempo de juego con su hijo?

Cuadro #:26

Alternativa	Frecuencia	%
NADA	26	87
POCO	4	13
MEDIA	0	0
ALTA	0	0
MUY ALTA	0	0
Total	30	100

Elaborado por: Lara, Rosario, 2013.

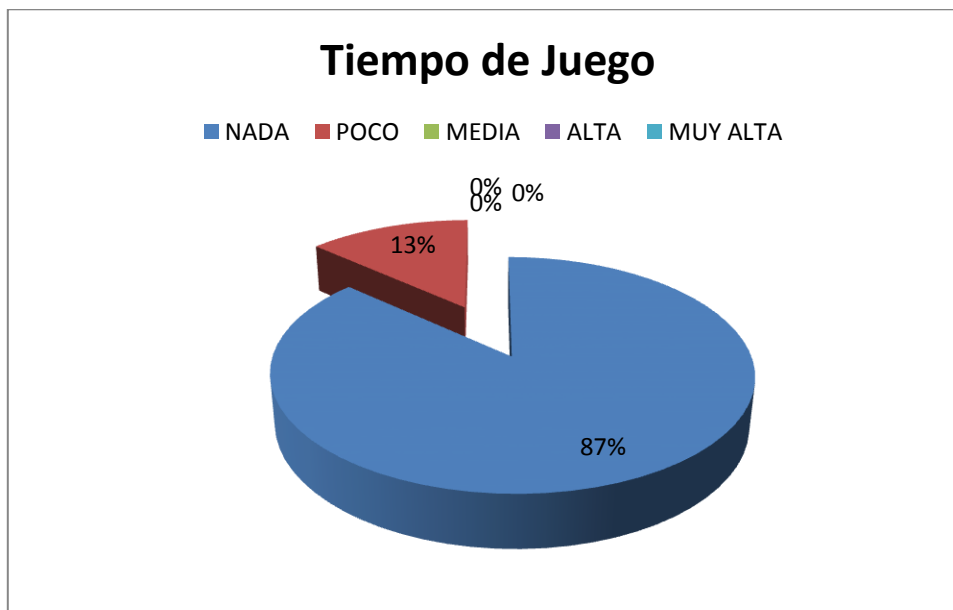


Gráfico #:26

Elaborado por: Lara, Rosario, 2013.

Análisis e Interpretación.

De los padres encuestados antes del realizar en asesoramiento, 26 padres indican nada es igual 87% y 4 indican poco corresponde al 13%.

El resultado denota la falta de tiempo compartido en el juego lo que conlleva a un alejamiento afectivo entre padres e hijos, a la vez que la falta de atención a las necesidades importantes para el niño como son el juego libre donde se establece vínculos.

8. ¿Se involucra en las tareas escolares de su hijo?

Cuadro #:27

Alternativa	Frecuencia	%
NADA	15	50
POCO	8	27
MEDIA	2	7
ALTA	2	7
MUY ALTA	3	10
Total	30	100

Elaborado por: Lara, Rosario, 2013.

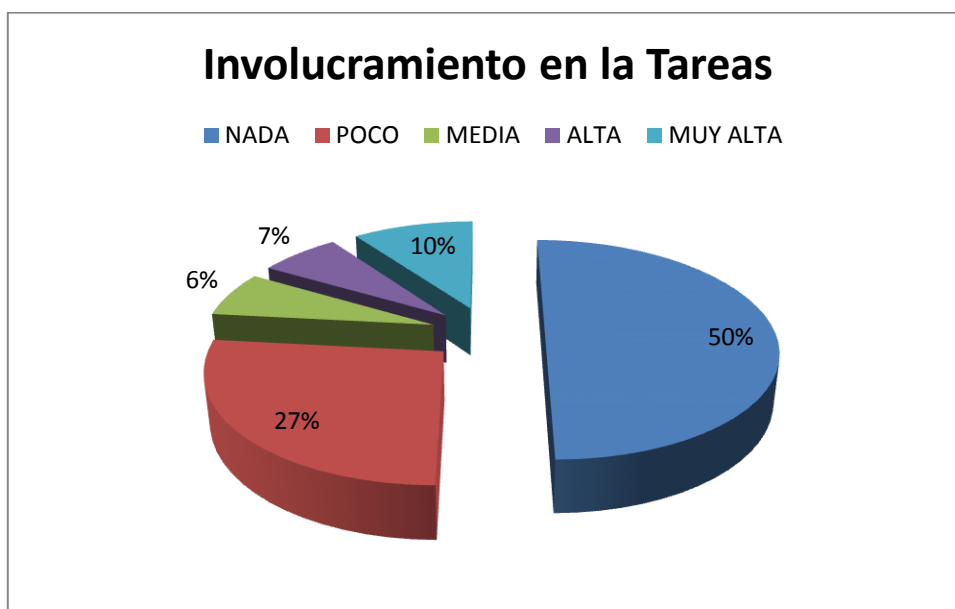


Gráfico #:27

Elaborado por: Lara, Rosario, 2013.

Análisis e Interpretación

De los padres encuestados antes del realizar en asesoramiento, 15 indican nada que corresponde al 50%, 8 indican poco que es igual al 27%, 2 media que es igual 7%, 7 indican alta corresponde al 7% y 3 indican muy alta que corresponde al 3%.

La mayoría de los padres encuestados afirman que no se involucran en las tareas escolares de sus hijos lo cual representa una falta de apoyo para los niños y una falta de compromiso de los padres para con ellos, siendo importante conocer también las razones por lo cual no lo hacen.

9. ¿Considera que sus rasgos personales influyen en su hijo?

Cuadro #28

Alternativa	Frecuencia	%
NADA	0	0
POCO	1	3
MEDIA	1	3
ALTA	15	50
MUY ALTA	13	43
Total	30	100

Elaborado por: Lara, Rosario, 2013.

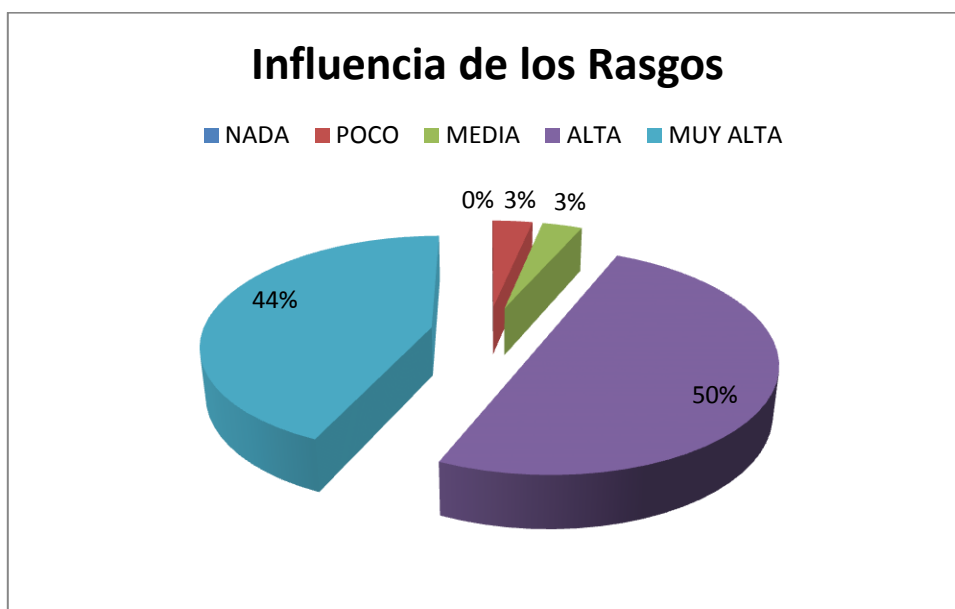


Gráfico #:28

Elaborado por: Dra. Rosario Lara

Análisis e Interpretación.

De los padres encuestados antes del realizar en asesoramiento, 1 indica poco que es igual al 3%, 1 media que corresponde al 3%, 15 indican alta que es igual 50% y 13 indican muy alta corresponde al 43%.

La mayoría de los padres encuestados consideran que sus rasgos personales influyen en sus hijos, lo que representa nivel de aceptación e involucramiento para trabajar en el asesoramiento con el objetivo de mejorarse.

10. ¿Considera que el TDAH de su hijo afecta su relación padre e hijo?

Cuadro #:29

Alternativa	Frecuencia	%
NADA	0	0
POCO	0	0
MEDIA	0	0
ALTA	20	67
MUY ALTA	10	33
Total	30	100

Elaborado por: Lara, Rosario, 2013.

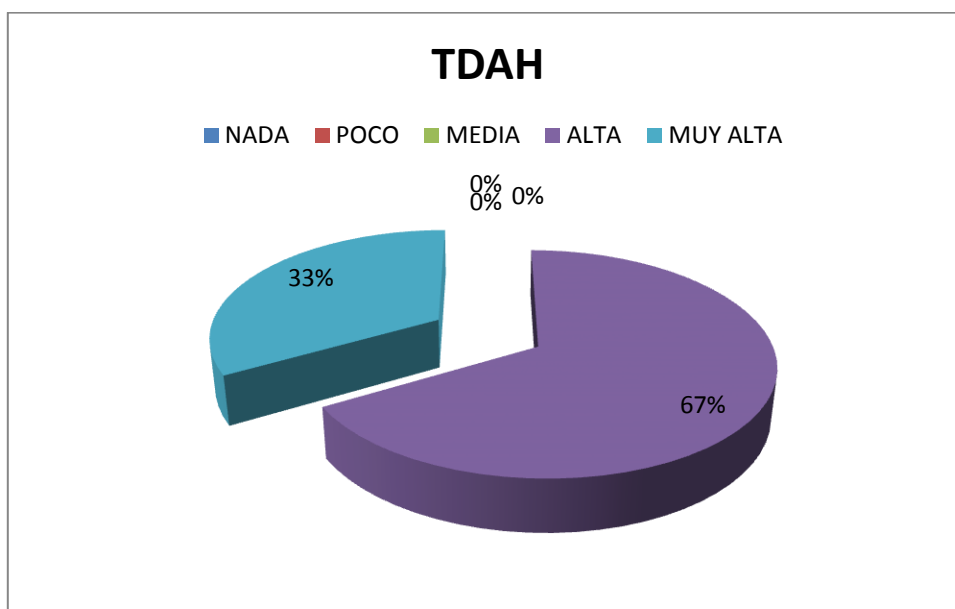


Gráfico #:29

Elaborado por: Lara, Rosario, 2013.

Análisis e Interpretación.

De los padres encuestados antes del realizar en asesoramiento, 20 padres indican nada es igual 67% y 10 indican poco corresponde al 33%.

La mayoría de de los padres encuestados afirman que el TDAH de sus hijos afecta la relación padre e hijo, lo que significa que son consientes de los problemas que tienen sus hijos al igual que la relación que existe entre los dos.

CUESTIONARIO DE RELACIONES PADRES E HIJOS (Evaluación 2)

1. ¿Encuentra usted que su hijo es muy difícil de criar?

Cuadro #:30

Alternativa	Frecuencia	%
NADA	0	0
POCO	7	23
MEDIA	17	57
ALTA	6	20
MUY ALTA	0	0
Total	30	100

Elaborado por: Lara, Rosario, 2013.

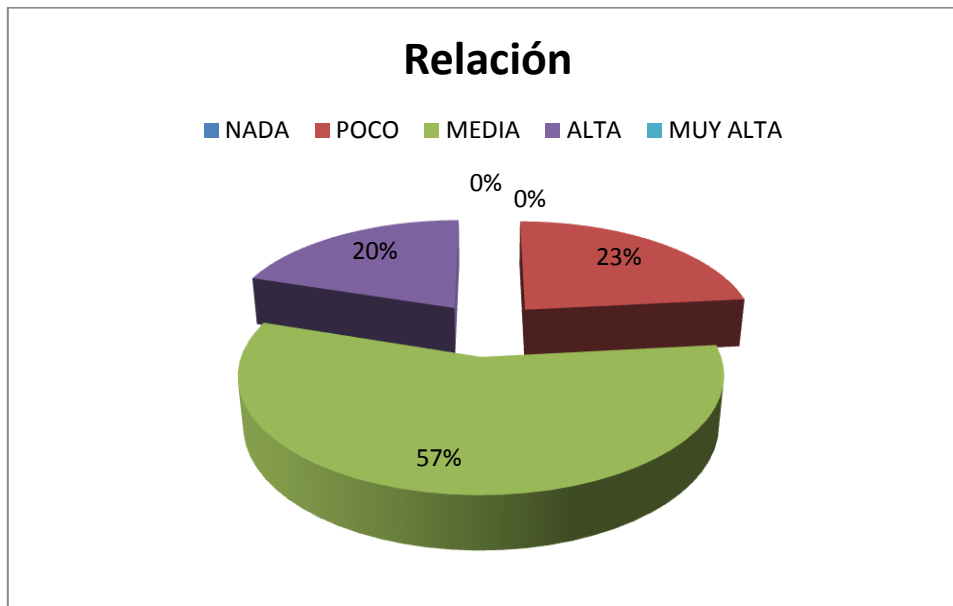


Gráfico #:30

Elaborado por: Lara, Rosario, 2013.

Análisis e Interpretación

De los padres encuestados antes del realizar en asesoramiento, 7 indican poco que es igual 23, 17 media que corresponde al 57%, 6 indican alta que corresponde al 20%.

La mayoría de los padres después del asesoramiento encuentran que sus hijos ya no son muy difíciles de criar, lo cual se debe al éxito del programa de asesoramiento y el mejoramiento de la relación con sus hijos. Las tablas de 57% inicial de Muy Alto bajaron a 0.

2. ¿Siente que la conducta de su hijo es muy difícil de entender?

Cuadro #:31

Alternativa	Frecuencia	%
NADA	1	3
POCO	12	40
MEDIA	14	47
ALTA	3	10
MUY ALTA	0	0
Total	30	100

Elaborado por: Lara, Rosario, 2013.

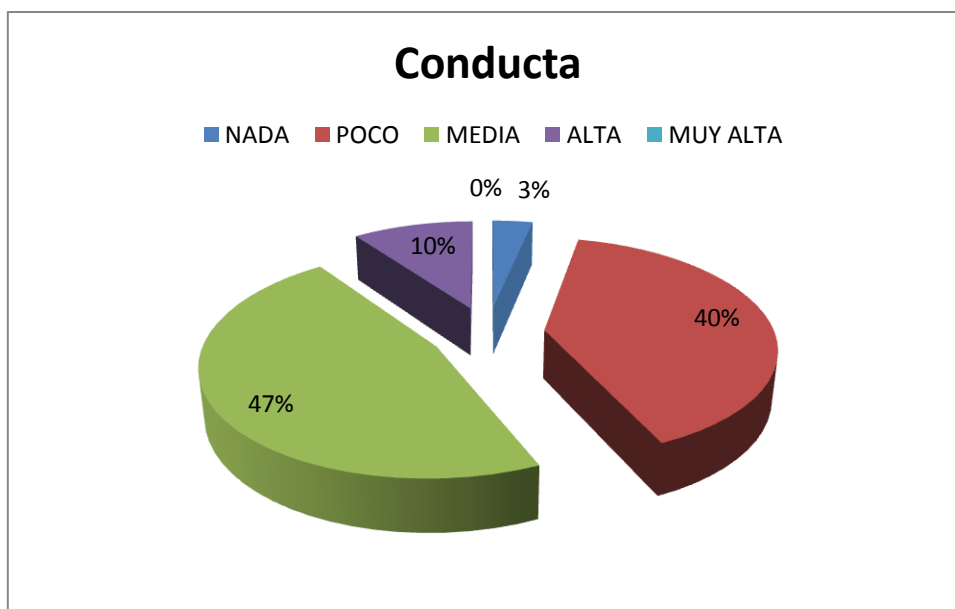


Gráfico #:31

Elaborado por: Lara, Rosario, 2013.

Análisis e Interpretación

De los padres encuestados antes del realizar en asesoramiento, 1 indican nada corresponde al 3%, 13 afirman poco corresponde al 40%, 14 indican media que corresponde al 47% y 3 afirman alta que es igual al 10%.

La mayoría de los padres después del asesoramiento encuentran que sus hijos ya no son muy difíciles de entender, lo cual podría deberse a que se mejoro la comunicación con sus hijos y existe comprensión en la relación padre e hijo.

3. ¿Con frecuencia está peleando con su hijo?

Cuadro #:32

Alternativa	Frecuencia	%
NADA	0	0
POCO	19	63
MEDIA	10	33
ALTA	1	3
MUY ALTA	0	0
Total	30	100

Elaborado por: Lara, Rosario, 2013.



Gráfico #:32

Elaborado por: Lara, Rosario, 2013.

Análisis e Interpretación

De los padres encuestados antes del realizar en asesoramiento, 19 indican poco corresponde al 63%, 10 afirman media corresponde al 33% y 1 afirman alta que es igual al 3%.

La mayoría de los padres ya no están peleando con sus hijos, lo cual podría deberse a que se tienen respeto mutuo y hay una buena comunicación con sus hijos.

4. ¿Su matrimonio se ve afectado por el comportamiento de su hijo?

Cuadro #:33

Alternativa	Frecuencia	%
NADA	6	20
POCO	15	50
MEDIA	9	30
ALTA	0	0
MUY ALTA	0	0
Total	30	100

Elaborado por: Lara, Rosario, 2013.

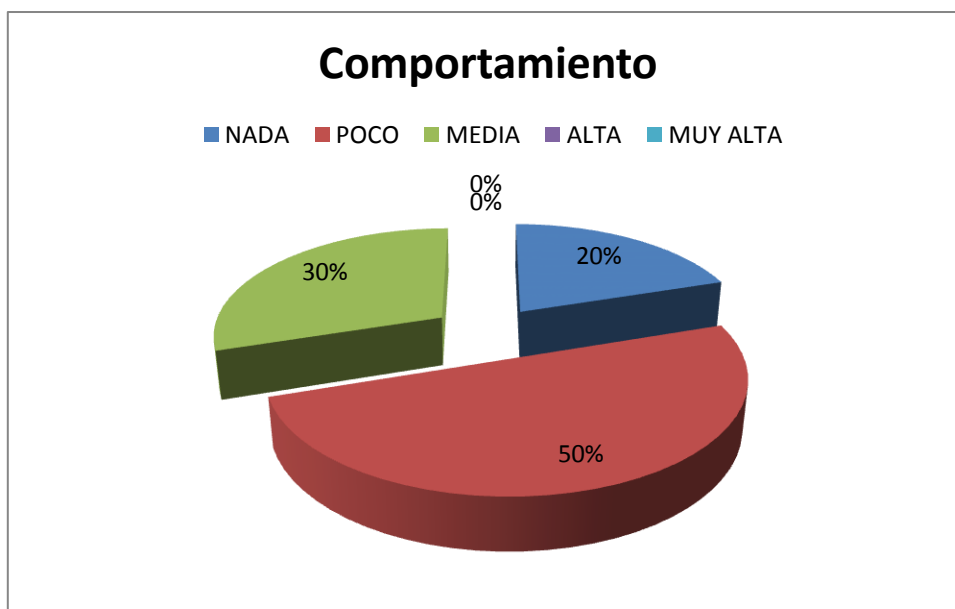


Gráfico #:33

Elaborado por: Lara, Rosario, 2013

Análisis e Interpretación.

De los padres encuestados antes del realizar en asesoramiento, 6 padres indican nada es igual 20%, 15 indican poco corresponde al 50% y 9 afirman media corresponde al 30%

Más de la mitad de los padres encuestados afirman que su matrimonio ya no se ve afectado por el comportamiento de su hijo, lo cual es bueno porque aprendieron a manejar los problemas con sus hijos.

5. ¿Existe un sistema estructurado de reglas en casa?

Cuadro #:34

Alternativa	Frecuencia	%
NADA	0	0
POCO	1	3
MEDIA	13	43
ALTA	16	53
MUY ALTA	0	0
Total	30	100

Elaborado por: Lara, Rosario, 2013.

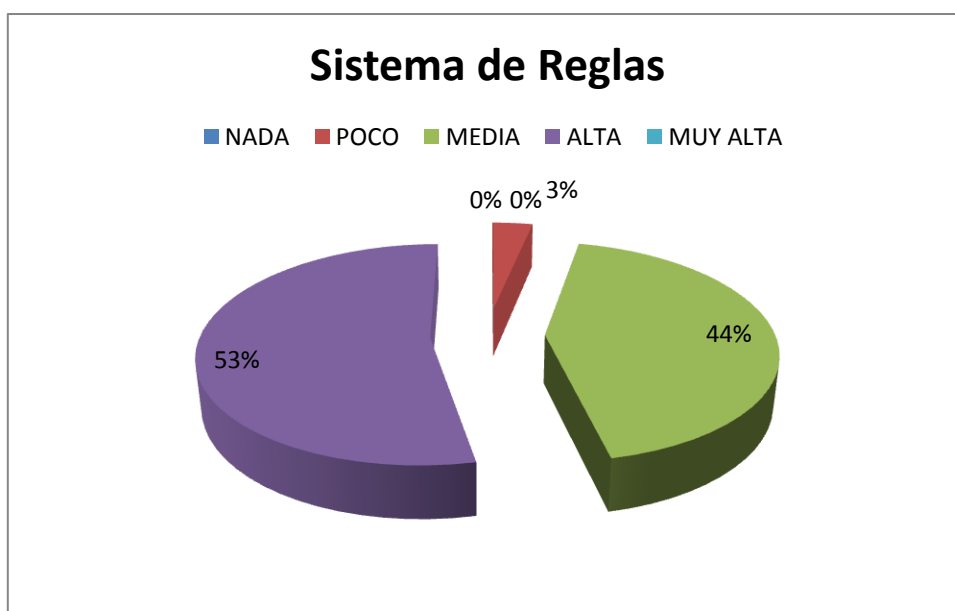


Gráfico #:34

Elaborado por: Lara, Rosario, 2013.

Análisis e Interpretación

De los padres encuestados antes del realizar en asesoramiento, 1 padres indican nada es igual 3%, 13 indican media que es igual 43% y 16 indican poco corresponde al 53%.

La mayoría de de los padres encuestados afirman que ya existe un sistema estructurado de reglas en sus casas, lo cual es un aspecto positivo ya que si existen reglas que cumplir la comunicación y los problemas en la relación padres e hijos mejora.

6. ¿Funciona el sistema actual?

Cuadro #:35

Alternativa	Frecuencia	%
NADA	0	0
POCO	1	3
MEDIA	23	77
ALTA	6	20
MUY ALTA	0	0
Total	30	100

Elaborado por: Lara, Rosario, 2013.

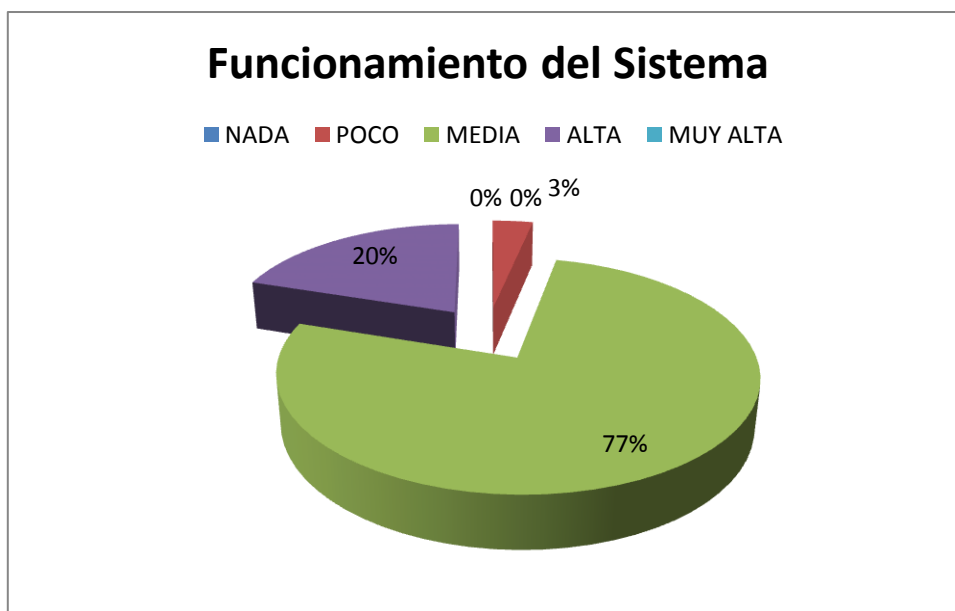


Gráfico #:35

Elaborado por: Lara, Rosario, 2013.

Análisis e Interpretación

De los padres encuestados antes del realizar en asesoramiento, 1 padres indican nada es igual 3%, 23 afirman Media que corresponde al 77% y 6 indican alta corresponde al 20%.

La mayoría de los padres encuestados afirman que ya tienen un sistema estructurado de reglas en sus casas y funciona, lo cual es un aspecto positivo porque al existir reglas que cumplir la comunicación y los problemas en la relación padres e hijos mejora.

7. ¿Comparte tiempo de juego con su hijo?

Cuadro #:36

Alternativa	Frecuencia	%
NADA	0	0
POCO	5	17
MEDIA	19	63
ALTA	6	20
MUY ALTA	0	0
Total	30	100

Elaborado por: Lara, Rosario, 2013.

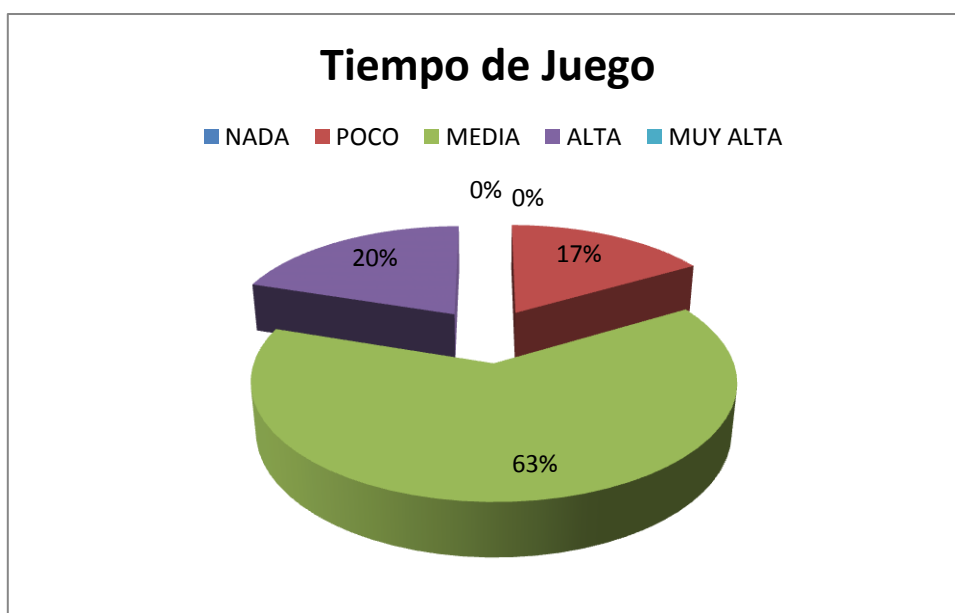


Gráfico #:36

Elaborado por: Lara, Rosario, 2013.

Análisis e Interpretación.

De los padres encuestados antes del realizar en asesoramiento, 5 padres indican poco es igual 17%, 19 afirman media que es igual 63% y 6 indican alta corresponde al 20%.

La mayoría de de los padres encuestados afirman que después del programa de asesoramiento comparten tiempo de juego con sus hijos, lo cual es algo positivo ya que los padre son consientes que el compartir tiempo con sus hijos ayuda a formar su personalidad y conocer a sus hijos mediante el juego.

8. ¿Se involucra en las tareas escolares de su hijo?

Cuadro #:37

Alternativa	Frecuencia	%
NADA	0	0
POCO	2	7
MEDIA	15	50
ALTA	9	30
MUY ALTA	4	13
Total	30	100

Elaborado por: Lara, Rosario,2013 .

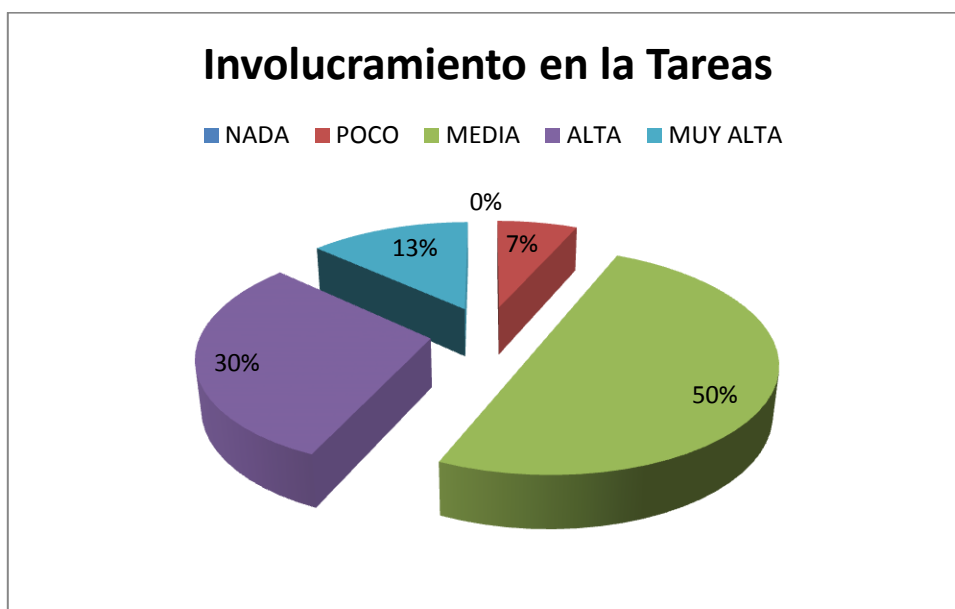


Gráfico #:37

Elaborado por: Lara, Rosario, 2013.

Análisis e Interpretación.

De los padres encuestados antes del realizar en asesoramiento, 2 indican poco que es igual al 7%, 15 media que es igual 50%, 9 indican alta corresponde al 30% y 4 afirman muy alta corresponde al 13%.

La mayoría de de los padres encuestados afirman que después del programa de asesoramiento se involucra en las tareas escolares de sus hijos, lo cual es algo positivo ya que los padres están pendientes de la labor académica que cumple su hijo y conocen sobre rendimiento académico de sus hijos.

9. ¿Considera que sus rasgos personales influyen en su hijo?

Cuadro #:38

Alternativa	Frecuencia	%
NADA	0	0
POCO	3	10
MEDIA	21	70
ALTA	4	13
MUY ALTA	2	7
Total	30	100

Elaborado por: Lara, Rosario, 2013.

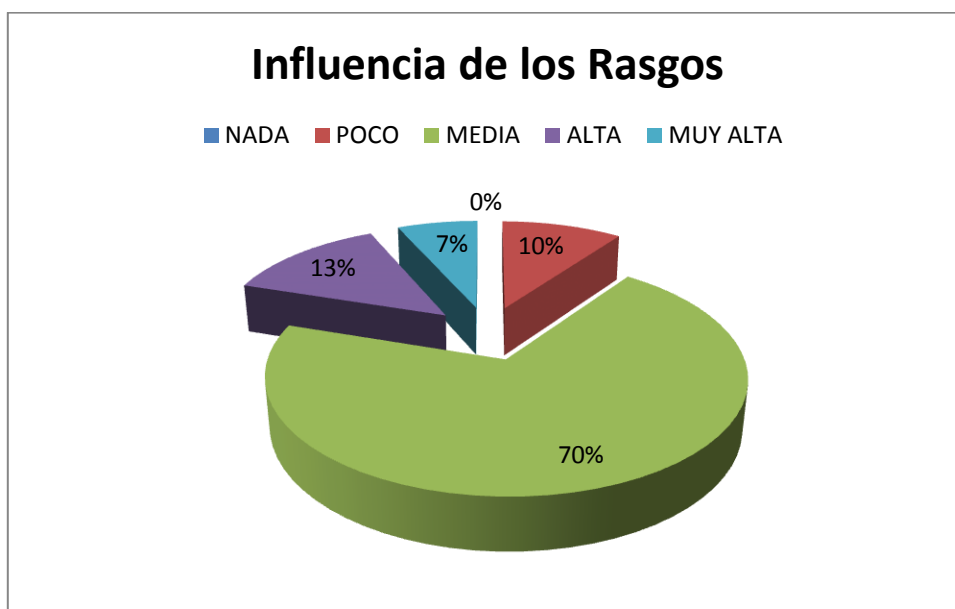


Gráfico #:38

Elaborado por: Lara, Rosario, 2013.

Análisis e Interpretación.

De los padres encuestados antes del realizar en asesoramiento, 3 indican poco que es igual al 20%, 21 media que corresponde al 70%, 4 indican alta que es igual 13% y 2 afirman muy alta corresponde al 7%.

La mayoría de de los padres encuestados consideran que sus rasgos personales influyen en sus hijos, lo cual es bueno porque son consientes que sus actitudes ya sean positivas o negativas influyen en la personalidad de sus hijos.

10. ¿Considera que el TDAH de su hijo afecta su relación?

Cuadro #:39

Alternativa	Frecuencia	%
NADA	1	3
POCO	9	30
MEDIA	18	60
ALTA	1	3
MUY ALTA	1	3
Total	30	100

Elaborado por: Lara, Rosario, 2013.

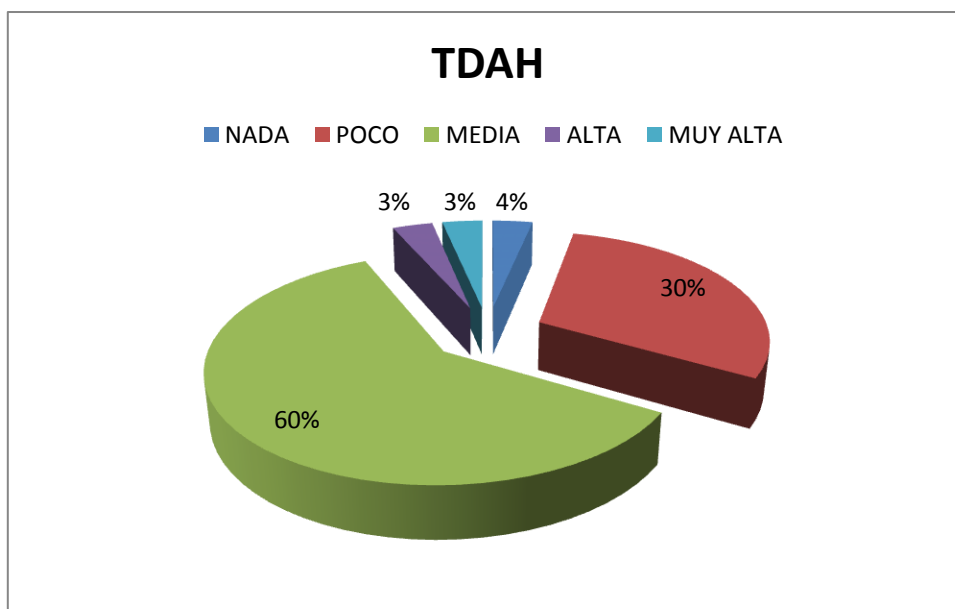


Gráfico #:39

Elaborado por: Lara, Rosario, 2013.

Análisis e Interpretación

De los padres encuestados antes del realizar en asesoramiento, 1 afirma nada que corresponde al 3%, 9 indican poco que es igual al 30%, 18 media que es igual 60%, 1 indican alta corresponde al 3% y 1 afirman muy alta corresponde al 3%.

La mayoría de de los padres encuestados afirman que el TDAH de sus hijos afectan la relación padre e hijo, lo que significa que son consientes de los problemas que tienen sus hijos al igual que la relación que existe entre los dos.

HIPOTESIS.

LOS PADRES CON PERSONALIDAD AFECTIVA (Histriónicos y/o Ciclotímicos) SE INVOLUCRAN MAS FACILMENTE EN EL TRATAMIENTO DEL TDAH DE SUS HIJOS.

4.2 Comprobación de Hipótesis

Frecuencias Observadas

Población	Indicador	ALTERNATIVAS		Media	Alta	Muy alta	TOTAL
		Nada	Poco				
V Dependiente	Tipología de personalidad e Involucramiento	0	4	9	7	10	30
V. Independiente	Asistencia	0	10	3	9	8	30
	Tareas	0	10	3	9	8	30
TOTAL		0	24	15	25	26	90

$$f_e = \frac{(Total\ o\ marginal\ de\ renglon)(total\ o\ marginal\ de\ columna)}{N}$$

Frecuencias Esperadas

Población	Indicador	ALTERNATIVAS		Media	Alta	Muy alta	TOTAL
		Nada	Poco				
V. Dependiente	Tipología de personalidad e Involucramiento	0	8	5	8,333333	8,666667	30
V. Independiente	Asistencia	0	8	5	8,333333	8,666667	30
	Tareas	0	8	5	8,333333	8,666667	30
TOTAL		0	24	15	25	26	90

Comprobación de CHI 2

$$X^2 = \sum \frac{(O - E)^2}{E}$$

	O	E	O - E	(O - E) ²	(O - E) ² E
V. Independiente/ nada	0	0,0	0	0,0	0,00
V. Independiente/Poco	4	8,0	-4	16,0	2,00
V. Independiente / Media	9	5,0	4	16,0	3,20
V. Independiente / Alta	7	8,3	-1	1,8	0,21
V. Independiente/ Muy alta	10	8,7	1	1,8	0,21
V. dependiente/ nada	0	0,0	0	0,0	0,00
V. dependiente/Poco	10	8,0	2	4,0	0,50
V. dependiente / Media	3	5,0	-2	4,0	0,80
V. dependiente / Alta	9	8,3	1	0,4	0,05
V. dependiente/ Muy alta	8	8,7	-1	0,4	0,05
V. dependiente/ nada	0	0,0	0	0,0	0,00
V. dependiente/Poco	10	8,0	2	4,0	0,50
V. dependiente / Media	3	5,0	-2	4,0	0,80
V. dependiente / Alta	9	8,3	1	0,4	0,05
V. dependiente/ Muy alta	8	8,7	-1	0,4	0,05
				x ² =	8,4277

Modelo Lógico

Hipótesis Alterna H1

Los padres con personalidad afectiva se involucran más fácilmente en el tratamiento del TDAH de sus hijos.

Hipótesis Nula H0

Los padres con personalidad afectiva no se involucran más fácilmente en el tratamiento del TDAH de sus hijos.

Nivel de Significación

El nivel de significación con el que se trabaja es del 5%.

$$X^2 = \sum \left[\frac{(O-E)^2}{E} \right]$$

En donde:

X^2 = Chi-cuadrado

Σ = Sumatoria

O = Frecuencia observada

E = frecuencia esperada o teórica

Nivel de Significación y Regla de Decisión

Grado de Libertad

Para determinar los grados de libertad se utiliza la siguiente fórmula:

$$GL = (c-1) (f-1)$$

$$GL = (2-1) (5-1)$$

$$GL = 1*4$$

$$GL = 4$$

Grado de significación

$$\alpha = 0.1$$

En donde:

O = Frecuencia Observada

E = Frecuencia Esperada

O-E = Frecuencias observada- frecuencias esperadas

$O-E^2$ = resultado de las frecuencias observadas y esperadas al cuadrado

$O-E^2 / E$ = resultado de las frecuencias observadas y esperadas al cuadrado dividido para las frecuencias esperadas

Conclusión

El valor de $X^2_t = 7.78 < X^2_c = 8.42$ de esta manera se acepta la hipótesis alterna, es decir: Los padres con personalidad afectiva se involucran más fácilmente en el tratamiento del TDAH de sus hijos

CAMPANA DE GAUS

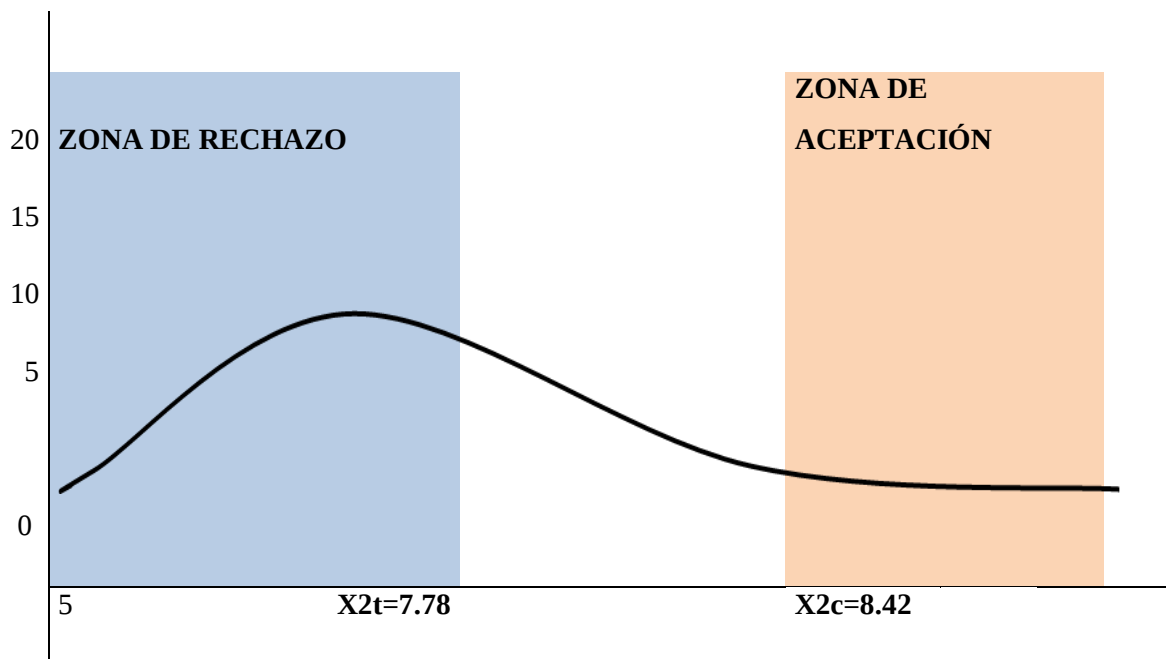


TABLA DE VERIFICACIÓN DEL CHI-CUADRADO

	Probabilidad de un valor superior - Alfa (α)				
Grados libertad	0,1	0,05	0,025	0,01	0,005
1	2,71	3,84	5,02	6,63	7,88
2	4,61	5,99	7,38	9,21	10,6
3	6,25	7,81	9,35	11,34	12,84
4	7,78	9,49	11,14	13,28	14,86
5	9,24	11,07	12,83	15,09	16,75
6	10,64	K	14,45	16,81	18,55
7	12,02	14,07	16,01	18,48	20,28
8	13,36	15,51	17,53	20,09	21,95
9	14,68	16,92	19,02	21,67	23,59
10	15,99	18,31	20,48	23,21	25,19
11	17,28	19,68	21,92	24,73	26,76
12	18,55	21,03	23,34	26,22	28,3
13	19,81	22,36	24,74	27,69	29,82
14	21,06	23,68	26,12	29,14	31,32
15	22,31	25	27,49	30,58	32,8
16	23,54	26,3	28,85	32	34,27
17	24,77	27,59	30,19	33,41	35,72
18	25,99	28,87	31,53	34,81	37,16
19	27,2	30,14	32,85	36,19	38,58
20	28,41	31,41	34,17	37,57	40

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- Se concluye que en el programa de asesoramiento, se obtuvieron mayores niveles de participación en las mujeres que en los hombres.
- Se comprueba la hipótesis establecida, donde se plantea que las personalidades afectivas, en este caso las histriónicas logran involucrarse de mejor manera en el proceso. Sin embargo también se observa que las personalidades de predominio cognitivo como es el grupo de los anancásticos también lo hace. Es recomendable trabajar bajo los parámetros del estilo de personalidad individual ya que ello permite aprovechar en mejor forma las habilidades y capacidades de cada miembro en un grupo, a la vez poder llegar a todos de manera diferente.
- Se obtuvo en general buena participación del grupo, así como el cumplimiento de tareas, asistencia, y consecuentemente un buen nivel de involucramiento en el proceso.
- Se lograron cumplir los objetivos específicos como son mejorar las relaciones padres e hijos, y el comportamiento de los niños.
- El abordaje emocional en los padres, así como la modificación y aprovechamiento de sus rasgos personales contribuyeron al cumplimiento de los objetivos específicos. Es recomendable incluir en forma activa y de manera simultánea a los padres en procesos de intervención infantil, ya que ellos también requieren apoyo para apoyar a sus hijos en una terapia.
- El involucramiento de los niños en el asesoramiento de los padres fue de utilidad, ya que al autoevaluarse sobre sus rasgos del TDAH y asignarles un tiempo de juego con sus padres permitió vincularse en forma efectiva, libres de momentos destinados para el control y la disciplina. Es recomendable mantener ese tiempo de juego como forma habitual de compartir entre los padres y el niño, para liberarse de temores, control, etc. y expresar en forma abierta sentimientos en forma física y verbal.
- El impartimiento de información sobre el TDAH, deja ver la poca promoción educativa para la sociedad, especialmente los padres de niños con TDAH quienes requieren guías en las áreas

que involucran el trastorno. Es recomendable que los profesionales de la psicología formen grupos de trabajo en equipo multidisciplinario para apoyar a este grupo de la población.

- Es importante trabajar en programas de asesoramiento en forma inicial y preventiva, generando proyectos a fin de reducir o eliminar el impacto a todo nivel.
- Se obtuvo mucha información sobre el tema de estudio, inclusive otra adicional que podría servir para orientar tanto el tema de la personalidad como el TDAH, lo que conlleva a generar interés en ambas temáticas para ampliar en el futuro información y aportar con estudios .

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- Alliende, Felipe. (2001) La lectura en niños con TDAH: Santiago de Chile. Andres Bello.
- Beck, Aaron. (1995). Terapia Cognitiva en los Trastornos de Personalidad . Paidós.
- Besten, Beate. (1997). Abusos en los niños: Barcelona. Herder.
- Balarezo, Lucio. (2010). Psicoterapia Integrativa Focalizada en la Personalidad. Unigraf.
- Dennison, Paul. (2006). Kinesiología Educativa: Barcelona. Robinbook.
- Espinosa, Ivan. (2000). El Trastorno Psicológico en la edad Escolar. Arboleda offset.
- First, Michael. (2002). DSM-IV –TR Manual diagnóstico diferencial. Masson.
- Forteza, William. (1990). Prevención y Tratamiento de maltrato a los niños. Saldaña.
- John, M Oldman. (1980). Autorretrato de la Personalidad: Girona. España. Tikal
- M. Roca, Bennasar. (2010) Trastornos de Personalidad. Lexus.
- Moreau, A. (2005). Ejercicios y Técnicas Creativas de Gestalterapia. Málaga: Siria.
- Narvarte, Mariana. (2008). Soluciones pedagógicas para el TDA/H . Lexus.
- Narvarte, Mariana. (2010). Psicopedagogía aplicada en el aula: Buenos Aires. Lesa.
- Narvarte, Mariana. (2003). Trastornos Escolares: Colombia. Lexus.
- Parmelee, Dean X. (2000). Psiquiatría del niño y del adolescente. Harcourt Brace.
- Romero, Leonardo. (2000). Promoción del Buen Trato. Barranquilla: CAC.
- Picerno, T Pablo. (2001) Los métodos y técnicas en la Investigación psicológica. Quito: Ecuador.
- Scandar, Ruben O. (2009). El niño que no podía dejar de portarse mal. Distal.
- Turecki, Stanley. (2002) El niño difícil. Norma.

ANEXO 1

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR

FACULTAD DE PSICOLOGIA

UNIVERSIDAD DEL AZUAY

INSTITUTO DE INVESTIGACION Y POSGRADO

MAESTRIA EN PSICOTERAPIA INTEGRATIVA

**“ASESORAMIENTO DESDE EL MODELO INTEGRATIVO ECUATORIANO PARA PADRES
DE NIÑOS CON TRASTORNO DE DEFICIT DE ATENCION E HIPERACTIVIDAD**

**PROYECTO DE INVESTIGACION PREVIO A LA OBTENCION DEL TITULO DE
MAGISTER EN PSICOTERAPIA INTEGRATIVA**

MAESTRANTE: ROSARIO LARA M

TUTORA: DRA. SILVIA MANCHENO. D

2013

QUITO-ECUADOR

PROYECTO DE TESIS

1.- TITULO

**ASESORAMIENTO DESDE EL MODELO INTEGRATIVO ECUATORIANO PARA
PADRES DE NIÑOS CON TRASTORNO DE DEFICIT DE ATENCION E
HIPERACTIVIDAD.**

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El desconocimiento inicial del cuadro clínico del TDAH e incluso malos diagnósticos o diagnósticos tardíos, producen cansancio físico y emocional en los padres debido a la frustración permanente que experimentan con sus hijos, en muchos casos usan métodos punitivos que exacerbaban los síntomas y complican la solución del problema.

El impacto del trastorno es igualmente significativo en los padres ya que refieren experimentar angustia, temor frente al futuro, dudan de las capacidades cognitivas de sus hijos, temen el uso farmacológico, etc.

Los pensamientos que experimentan los padres son de culpa , no aceptan la condición del niño lo que dificulta un abordaje terapéutico careciendo de motivación para seguir su rol parental.

Los padres requieren asesoramiento sobre las dificultades que atraviesan sus hijos sea a nivel escolar, social, familiar, etc. Por lo que se plantea un asesoramiento sistematizado desde el modelo integrativo, para que el manejo del TDAH.

2.1 OBJETIVOS

2.1.1 OBJETIVO GENERAL

- Asesorar a los padres de niños con TDAH desde el modelo integrativo para que las redes familiares apoyen en el tratamiento psicológico de sus hijos.

2.1.2 OBJETIVO ESPECIFICO

- Mejorar positivamente la relación padres e hijos.
- Cambiar positivamente el comportamiento del niño.

2.2 PREGUNTAS DE INVESTIGACION

¿De qué manera la personalidad de los padres influye en el apoyo y éxito del tratamiento del TDAH de sus hijos?

Existe diferencia en la participación de los padres en el tratamiento por influencia de la personalidad?

2.3 JUSTIFICACION

Si bien es cierto, el TDAH ha sido muy estudiado, ya sea desde las diferentes aristas. centraremos la atención en algunos elementos, como las dificultades sociales e (intrafamiliares).

El tener un hijo con diagnóstico de TDAH produce vergüenza socialmente en los padres ya que en muchos casos quienes no han recibido asesoramiento o terapia piensan que el trastorno se produce por divorcio, aparece de manera súbita por factores sociales de cualquier tipo. Sienten que sus hijos les hacen quedar mal en todo lado porque tocan todo, hablan a gritos, saltan, trepan, rompen, no obedecen. Los padres no saben como manejar la baja tolerancia a la frustración , reacciones impulsivas, falta de respeto a todo y todos, mentiras de los niños, etc.

Al hablar de la dificultad familiar los comportamientos perturbadores comunes en el niño con TDAH sin duda dificultan el desarrollo a nivel familiar cotidiano ya que esto conlleva el respeto por normas, reglas, compartir, resolver problemas no solamente basados en el propio interés sino la empatía por los demás .

Estas dificultades se evidencian en la relación con sus padres y es común que ellos se hayan vuelto restrictivos, críticos, y directivos ante las conductas desobedientes y argumentativas de sus hijos. A medida que el niño crece los padres observan su escasa colaboración, actitud negativa, egocéntrica, y reaccionan frente al niño con críticas excesivas, castigos. Es decir que en vez de desarrollar una actitud positiva, de recompensas y alentar el comportamiento correcto se vuelven agresivos y rechazantes, y menos receptivos a las necesidades del niño

El incremento de los síntomas se relacionan directamente con la situación familiar, en parámetros de estabilidad, expresión de afecto, manejo de normas, reglas, etc.

No se diga de las dificultades a nivel escolar. Los niños requieren más tiempo con sus padres ya que no pueden trabajar en forma independiente, olvidan copiar el diario por tanto no logran realizar tareas completas en casa, les toma mayor tiempo culminarlas y eso implica mas tiempo de los padres con ellos. Adicionalmente por la distracción les lleva mayor esfuerzo realizar las tareas.

Los padres tienen una atribución negativa y herrada al pensar que es un niño que desea llamar simplemente la atención, es malcriado y hace berrinches, es vago, lo hace a propósito, etc, dificulta el abordaje correcto y trato adecuado ya que se convierten en etiquetas asignadas al niño, difíciles de cambiar.

Los niños con hiperactividad e impulsividad por su falta de autocontrol lo acaban todo de prisa, les cuesta retomar el trabajo, habla en voz alta en clase, no se sienta, altera a sus compañeros ,pierde los materiales de trabajo, tiene en desorden su mochila, quiere salir al recreo antes de hora y se tarda en regresar de él, no sabe cuales son las tareas requiere atención individualizada.

Los padres deben aprender a lidiar con los continuos e incansables llamados de atención de los maestros , quejas de compañeros y otros padres por agresión a sus hijos; también los padres dependen del apoyo de los maestros para facilitar el mejoramiento del hijo .

2.3.1 Originalidad: Este proyecto es original ya que en nuestra realidad actualmente no existe investigaciones similares respecto a la influencia de la personalidad de los padres en la presentación del TDAH de sus hijos.

2.3.2 Utilidad: El objetivo principal del programa de intervención se orienta a ayudar a los padres cuyos hijos presentan TDAH por los argumentos expuestos anteriormente en el planteamiento del problema.

2.3.3 Factibilidad: Es aplicable ya que está estructurado para nuestra cultura y realidad , adicionalmente es factible ya que cuenta con el aporte institucional ,familiar, padres, niños , adicionalmente existen los recursos económicos, infraestructura , y aporte técnico para la ejecución del mismo.

Esta investigación esta dirigida a conocer y relacionar la forma en que los rasgos de personalidad de los padres interactúan en la evolución del déficit de atención.

La propuesta tipologica del enfoque integrativo de personalidad permitirá hacerlo.

3. IMPACTOS

3.1 Impacto Científico

Esta investigación contribuirá a la ciencia afianzando técnicas, métodos ya existentes para la aplicación del tema en estudio, o a su vez contribuirá para demostrar

posibles variaciones que se han de producir debido al paso del tiempo, cambio generacional, influencia social, nivel económico, cultural , étnico, etc.

3.2 Impacto Social

El tema de estudio es netamente social ya que se relaciona con los cambios que se observan en los niños pertenecientes a las nuevas generaciones, así también el interés que se produce a nivel

institucional, familiar , profesional por descubrir nuevos aportes a fin de lograr progresos significativos y alivio sintomático, todo ello posterior a una identificación temprana y un diagnóstico acertado ; así reducir el impacto social en el grupo de pares con los que el niño comparte diariamente. Adicionalmente el presente proyecto servirá de aporte para realizar asesoramiento a nivel institucional, padres, maestros, incrementar programas de intervención con el fin de mantener la estabilidad y funcionalidad del niño con TDAH en todos sus entornos.

3.3 Impacto Bioético.

La identidad de niños, padres de familia, se mantendrá en el anonimato, previo el estudio se pedirá la autorización respectiva. Se informara oportunamente a las personas involucradas sobre los procedimientos. La investigación es viable ya que cuenta con el apoyo técnico y recursos necesarios disponibles.

4. MARCO TEORICO

El modelo Integrativo basado en la personalidad valora la importancia de la relación terapeuta-paciente como parte del manejo técnico en el asesoramiento , ya que es condición básica para el éxito del mismo.

Desde el modelo Integrativo el asesoramiento tiene por objeto ayudarle a la persona o grupo a resolver dificultades inter e intrapersonales facilitando el desarrollo personal, así se conjuga como a través de los rasgos personales de los padres se puede mejorar la relación padres-hijo en niños con TDAH . A través de la identificación y modificación de conductas inadaptativas propias de la personalidad de los padres se busca mejorar en forma positiva la conducta de los niños con TDAH.

En las bases filosóficas y epistemológicas del modelo del modelo integrativo de la personalidad se toma a Bugental (1946) con sus principios básicos de humanismo donde se valora al ser humano con su capacidad de autodirección, la experiencia subjetiva, rechazando la monocausalidad, por ello el objetivo de este programa se basa en complementar el asesoramiento para niños con TDAH con ayuda de sus padres desde los rasgos personales que influyen directamente en el vínculo, relación y comportamientos del hijo.

Acogiendo las bases del constructivismo moderado que valida la percepción de cada individuo con características propias nos posibilita entrar en contacto con la persona en forma directa , cálida y cercana a la realidad, misma que resulta difícil por la complejidad de intervención con un hijo quien tenga TDAH, ya que comúnmente se concentra la intervención en el niño exclusivamente, dejando a un lado las necesidades de los padres .

Al mencionar las bases teóricas del modelo integrativo focalizado en la personalidad, naturalmente la personalidad es el eje fundamental, así Allport (1986) se refiere a la personalidad como “ **la organización dinámica, dentro del individuo, de aquellos sistemas psicofísicos que determinan sus ajustes únicos a su ambiente**”.

En el modelo integrativo se asume la definición de personalidad como “ **una estructura dinámicamente integrada de factores biológicos, psicológicos y socioculturales que establecen en el ser humano, un modo de percibir, pensar, sentir, y actuar singular e individual**” (Balarezo 2008) El modelo toma en cuenta los factores ideográficos u Nomotéticos y se propone la siguiente tipología con los siguientes grupos con características de predominio:

AFFECTIVO

- Histriónicas
- Ciclotímicas

Las personalidades afectivas tienen como características fundamentales, expresión fácil de las emociones, acercamiento social cómodo, cogniciones y conductas invadidas por el afecto, extroversión con búsqueda permanente de estimulación externa, desinhibición y rápida movilización de sus sentimientos y comportamientos. Mientras las histriónicas esperan mayormente aprobación social, las ciclotímicas mantienen una tendencia más interna.

COGNITIVAS

- Anancásticas
- Paranoides

Prevalencia de juicios, razonamiento y lógica en su conducta y en la expresión afectiva , al igual que los contactos sociales, adherentes en sus comportamientos, cogniciones, afectos, actitud de control externo en los paranoides y control interno en los anancásticos.

COMPORTAMENTAL

- Impulsivo
- Trastorno Disocial de la Personalidad

Activación conductual inmediata , sin reparo suficiente en los componente afectivos y cognitivos , acción enérgica y primaria en las relaciones interpersonales, afectos, cogniciones, en los impulsivos existe control sobre sus acciones pero los antisociales carecen de ley y autocontrol.

RELACIONAL

- Esquizoides
- Dependientes
- Evitativas
- Trastorno Esquizotípico

Este grupo conserva tendencia a la intimidad personal y retraimiento social con dificultad en la expresión afectiva externa. La conducta suele ser medida y escasa . la cognición se desvincula del otro y se retrae hacia sí mismo, los esquizoides se desinteresan en el contacto, los dependientes requieren del otro, los evitativos no se sienten bien en su participación social, los esquizotípicos se apartan de los demás con sus extravagancias.

Se valora adicionalmente al tipo de personalidad el **ajuste** , si sufre **alteraciones, hace sufrir a otros**, si existe o no **trastornos de personalidad** .

Es importante mencionar la Psicoeducación y el Entrenamiento Parental que nos proporcionara los diferentes niveles de Asesoramiento para lograr objetivos de intervención en el TDAH, en suma se atraviesa por la siguiente organización y la comprensión de la demanda que será diferente según la personalidad de los padres. Es necesario hacer el siguiente camino:

- Evaluar la personalidad de los padres
- Psicoeducación sobre el TDAH
- Solución de problemas relacionados con el manejo de las tareas inter-sesión
- Dar información a los padres.

- Retroalimentar a los niños

PLAN ANALITICO

CAPITULO 1. El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad

- 1.1 Definición
- 1.2 Tipologías del TDAH
- 1.3 Sintomatología Secundaria del TDAH
- 1.4 Trastornos Comórbidos del TDAH
- 1.6 Criterios Diagnósticos DSM_IV_TR y CIE_10

CAPITULO 2. La Personalidad (Modelo Integrativo Ecuatoriano)

- 2.1. Generalidades del Integracionismo.
- 2.2. Bases Filosóficas y Epistemológicas del Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad.
- 2.3 Bases Teóricas del Modelo Integrativo focalizado en la Personalidad.
- 2.4 Bases Metodológicas del Modelo Integrativo en la Personalidad (Etapas del Proceso)
- 2.5. Bases Metodológicas del Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad (Relación Psicoterapéutica)

CAPITULO 3 Asesoramiento desde el Modelo Integrativo

- Evaluación de Personalidad y relación con los hijos.
- Identificación de Problemas frecuentes en niños y padres.
- Intervenciones específicas para los niños y los padres.
- Revisión de avances progresos, dificultades.
- Re-estructuraciones
- Evaluaciones finales.
- Cierre de asesoramiento.

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Cuantitativa.

HIPOTESIS

LOS PADRES CON PERSONALIDAD AFECTIVA SE INVOLUCRAN MAS FACILMENTE EN EL TRATAMIENTO DEL TDAH DE SUS HIJOS.

HIPÓTESIS	VARIABLES	INDICADORES	MEDIDAS	INSTRUMENTO
LOS PADRES CON PERSONALIDAD AFECTIVA SE INVOLUCRAN MAS FACILMENTE EL TRATAMIENTO DEL TDAH	V. <u>INDEPENDIENTE</u> Asesoramiento del TDAH a padres	• <i>Asistencia al Asesoramiento.</i> • <i>Cumplimiento de las tareas inter-sesión</i>		• Cuestionario • Cuestionario
	V. <u>DEPENDIENTE</u> Involucramiento de los padres según el tipología de personalidad:	<u>Afectivo:</u> • Histriónico • Ciclotímico <u>Cognitivo</u> • <i>Paranoide</i>		• Cuestionario FIEPS • Cuestionario

	Afectivo	Anancastico		
	Cognitivo	<u>Comportamental</u>		
	Comportamental	Impulsivo		
	Relacional	<u>Relacional</u>		
		- Dependiente. - Evitativo. - Esquizoide.		

DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS METODOLOGICOS

Población:

- Ciudad de Ambato.
- Escuela de tipo particular.
- Niños y Niñas..

Universo:

- Escuela Particular “La Granja” 450 niños y niñas.

Muestra:

- . Se informa sobre el proyecto a las autoridades de la institución, quienes seguidamente autorizan la ejecución del mismo.
- A continuación los maestros de aula, quienes han sido asesorados previamente y conocen los parámetros generales sobre el TDAH reportan al Departamento Psicológico de la Institución aquellos casos que presumen corresponden al objeto de estudio.

- A continuación se aplica la Observación Directa Estructurada en el aula de aquellos niños reportados por los maestros, a fin de validar o descartar clínicamente el TDAH a través de los parámetros del DSM_IV_TR
- Con los padres de niños quienes han sido validados , se los integra en una reunión general para aplicar la encuesta (Cuestionario SEAPSI, Cuestionario de relaciones padres e hijo)
- En la encuesta final se aplica nuevamente a los padres el Cuestionario sobre las relaciones padres e hijos para medir resultados del proceso de asesoramiento y el cumplimiento de los objetivos general y específico del programa.
- **CRITERIOS DE INCLUSION PADRES**
- 4. Padres de familia del Centro Educativo Bilingüe “La Granja” exclusivamente.
- 5. Padres cuyos hijos se han confirmado clínicamente el diagnóstico de TDAH exclusivamente.
- 6. Padres que deseen participar en el asesoramiento
- **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN PADRES**
- 3. Padres que presenten enfermedades psiquiátricas.
- 4. Padres que presenten Trastornos de Personalidad de Tipo Antisocial o Esquizotípica.
- **CRITERIOS DE INCLUSIÓN NIÑOS**
- 3. Niños con diagnóstico clínico de TDAH confirmado.
- 4. Niños de todas las edades desde Prekinder hasta Séptimo Año de Educación Básica de la Institución. (de 4 años a 11 años)
- **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN NIÑOS.**
- 2. Niños que reciban tratamiento farmacológico para el TDAH .

Métodos:

- **Clínico**
- 3. Exploración, identificación ,análisis de síntomas del TDAH en los niños y análisis de rasgos de personalidad, discriminación e identificación entre rasgos y trastorno de personalidad en los perfiles de los padres.
- 4. Recolección de datos con padres y niños.
- **Comparativo**
- 3. Comparación de información y datos desde la personalidad de los padres con el TDAH de los niños antes, durante y al termino del programa de asesoramiento.
- 4. Comparación de datos del cuestionario de relación padres e hijo con los objetivos de la investigación antes de la aplicación del programa y al termino del mismo.

Técnicas

1. Observación (Inicial) .

- Primer paso consiste en asesorar a todos los maestros de la institución sobre los criterios diagnósticos del TDAH para que posteriormente reporten al departamento psicológico los posibles niños para el estudio. Posterior a ello se realiza la observación en el aula.
- Observación: Individual, estructurada, directa , en el aula , a los niños para confirmar el diagnóstico de TDAH . A través de Criterios Diagnósticos de DSM_IV_TR.

2. Encuesta (Inicial)

- A través de cuestionario de personalidad SEAPSI para los padres para conocer predominancia en rasgos y rangos.
- Aplicación de test para medir el tipo de relación y calidad de la misma con los hijos.

3. Encuesta (Final)

- Aplicación de re-test para medir el tipo de relación y calidad de la misma con los hijos.
- Aplicación de re-test para medir adherencia a el asesoramiento .

Actividades	1er mes	2do mes	3er mes	4to mes	5to mes	6to mes	7mo mes	8 vo mes
--------------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	-------------

Elaboración de Plan de tesis	+	+						
Aprobación del plan de tesis			+	+				
Investigación bibliográfica	+	+	+	+	+			
Desarrollo del marco Teórico	+	+	+	+	+	+		
Investigación de campo				+	+	+	+	
Análisis de Resultados							+	+
Comprobación de proposiciones teóricas							+	+
Elaboración del Informe final								+

RECURSOS

Talento Humano

- Tutora
- Investigadora
- Miembros Comité Lector.

- Padres de familia de niños con TDAH
- Niños con TDAH de la escuela “La Granja”

Económico:

- Autofinanciado por el investigadora.

RECURSOS

Materiales

- Equipos
- Espacio físico adecuado con independencia y privacidad.
- Servicio de Internet. Etc.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Que se elaborarán una vez ejecutado el proyecto.

BIBLIOGRAFIA

- Allende, Felipe. (2001) La lectura en niños con TDAH: Santiago de Chile. Andres Bello.
- Beck, Aaron. (1995). Terapia Cognitiva en los Trastornos de Personalidad . Paidos.
- Besten, Beate. (1997). Abusos en los niños: Barcelona. Herder.
- Balarezo, Lucio. (2010). Psicoterapia Integrativa Focalizada en la Personalidad. Unigraf.
- Dennison, Paul. (2006). Kinesiología Educativa: Barcelona. Robinbook.
- Espinosa, Ivan. (2000). El Trastorno Psicologico en la edad Escolar. Arboleda offset.
- First, Michael. (2002). DSM-IV –TR Manual diagnostico diferencial. Masson.
- Forteza,William. (1990). Prevención y Tratamiento de maltrato a los niños.Saldaña.
- John, M Oldmam.(1980). Autorretrato de la Personalidad: Girona.España. Tikal
- M. Roca, Bennasar.(2010) Trastornos de Personalidad. Lexus.
- Moreau, A. (2005). Ejercicios y Técnicas Creativas de Gestalterapia. Malaga: Siria.
- Narvarte, Mariana. (2008). Soluciones pedagógicas para el TDA/H . Lexus.
- Narvarte, Mariana. (2010). Psicopedagogía aplicada en el aula: Buenos Aires. Lesa.
- Narvarte, Mariana. (2003). Trastornos Escolares: Colombia.Lexus.

- Parmelee, Dean X. (2000). Psiquiatría del niño y del adolescente. Harcourt Brace.
- Romero, Leonardo. (2000). Promoción del Buen Trato. Barranquilla: CAC.
- Picerno, T Pablo. (2001) Los métodos y técnicas en la Investigación psicológica. Quito: Ecuador.
- Scandar, Ruben O.(2009). El niño que no podía dejar de portarse mal. Distal.
- Turecki, Stanley. (2002) El niño difícil. Norma.

ANEXOS 2

1. CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD “SEAPSI”

CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD “SEAPSI”

NOMBRE-----FECHA-----

Señale la frase con la que mas se identifique. Finalmente sume los puntos de cada bloque.

A

Al realizar alguna actividad o tarea voy en busca de la perfección.	
Tengo programado todo y salirme del esquema me genera una excesiva ansiedad	
Expresar mis emociones y mis sentimientos a los demás no es muy natural en mi	
Soy inflexible en temas de ética, moral, o valores.	
Cuando quiero demostrar algo me preocupa la posibilidad de tener alguna falla que contradiga lo que quiero demostrar.	
Soy sensible al escuchar críticas en mi contra.	
Cuando realizo alguna actividad espero que las personas se adapten a mi forma de hacer las cosas.	
En las situaciones que están a mi cargo soy organizado/a y me preocupo de todos los detalles.	
En las tareas laborales, domésticas busco que todo tenga un orden ideal.	
Tengo ideas o pensamientos que me invaden todo el tiempo.	

P

Cuando veo un grupo de amigos reunidos tengo la sospecha que pueden estar hablando de mi.	
Para confiar en los demás tiene que pasar algún tiempo para conocerlos .	
Me molesta mucho cuando me interrumpen lo que estoy haciendo.	

Al ver a mi pareja en compañía de otra persona siento ira.	
Tengo una cierta autoridad natural.	
Prefiero saber de antemano que hacer ante las circunstancias para no perder el control de la situación.	
No dudo en imponer mi punto de vista.	
Busco superar mis capacidades.	
Mi vida privada prefiero mantenerla en reserva.	
Cuando las personas en las que confío me fallan me resulta difícil perdonar.	

C

Hay días en los que mi estado de ánimo es muy variable	
Por momentos me siento muy alegre y otros sin causa estoy triste.	
A veces miro el futuro con gran optimismo y en ocasiones lo veo negro.	
Cuando me siento bien me torno excesivamente generoso.	
Por las mañanas siento optimismo y parecería que todo me saldrá bien.	
Me impresiono fácilmente ante las situaciones de sufrimiento humano.	
Soy sensible ante las circunstancias de malestar ajeno.	
En mi vida diaria repentinamente aparecen periodos de tristeza sin motivo.	
Considero las relaciones afectivas más de lo que son en realidad.	
Soy bromista , agradable con las personas que conozco.	

H

En la mayoría de ocasiones me gusta salirme con la mía.	
Me gusta ayudar a la gente todo el tiempo.	
Reacciono con gran emotividad ante las circunstancias que ocurren a mi alrededor.	
Para salir de casa mi aspecto físico debe ser impecable.	
Para darle emoción a una situación a veces exagero y dramatizo.	
Mi vida social es muy amplia, tengo facilidad para conseguir amigos.	
En una reunión social soy muy alegre y extrovertido/a soy el alma de la fiesta	
Creo fácilmente lo que me dicen o lo que leo, llegando a sugestionarme.	
Me encanta ser reconocido por lo que hago y si me aplauden mejor.	
Siempre haré algo para que los demás me tomen en cuenta.	

EV

Prefiero evitar actividades que involucren contacto con los demás.	
Me preocupa la crítica, desaprobación o rechazo de las personas que conozco.	
En una reunión social prefiero estar alejado de la algarabía.	
Debo estar seguro de agradar a los demás para poder relacionarme .	
Me cuesta simpatizar con los demás, tengo miedo a ser ridiculizado o avergonzado.	
Mi vida social es reducida me preocupa ser rechazado.	

Cuando conozco gente nueva me inunda el temor de que no podré iniciar una conversación.	
Me gustaría mejorar mis relaciones interpersonales pero pienso que no seré aceptado.	
Tengo dificultades para hablar de mi mismo pienso que quedaré en ridículo	
Si alguien se muestra crítico o levemente en mi contra en una conversación me siento ofendido/a	

D

Cuando encuentro dificultades en el camino prefiero pasar a otra actividad .	
Cuando he terminado una relación afectiva busco que alguien me proporcione cuidado y apoyo.	
Ante los problemas recorro a la mayor cantidad de personas para que me aconsejen.	
Si una persona ha realizado un acto que yo no apruebo me cuesta expresar mi desacuerdo.	
A veces pienso que solo tiene sentido recurrir a las ideas que ya están demostradas.	
Soy pacífico por lo que evito las discusiones.	
Cuando un superior me da una orden cumplo obedientemente así no esté de acuerdo.	
Cuando estoy solo /a me siento indefenso /a	
Cuando hay que tomar decisiones prefiero que lo hagan por mi, así me siento seguro.	

E

Me resulta difícil disfrutar de las relaciones personales y sociales.	
Cuando me quedo solo en casa me siento bien.	
Son pocas las actividades que me hacen sentir complacido.	
Me relaciono con pocas personas por lo que no tengo amigos íntimos o de confianza.	
No le doy mucha importancia a mi vida sentimental.	
Me conmuevo ante muy pocas situaciones, a veces pienso que soy insensible.	
No experimento emociones fuertes como la ira o la alegría..	
Prefiero las tareas abstractas.	
Si me hacen halagos o críticas me es indiferente.	
Prefiero mantenerme distanciado de las personas que me rodean.	

EZ

No busco llamar la atención pero mi comportamiento es excéntrico.	
Tengo un poder especial para saber que es lo que sucederá.	
Mi apariencia es peculiar, diferente , rara.	
No tengo amigos/as íntimos o de confianza , mi vida social es mínima.	
Soy supersticioso, me preocupo por los fenómenos paranormales.	
Con los demás son inflexible, me cuesta ceder a sus peticiones.	
Siento que soy diferente y que no encajo con los demás.	
Me siento muy ansioso ante personas que son desconocidas.	
Cuando veo a personas reunidas pienso que los demás quieren hacerme daño.	
A veces creo ver, sentir, oír.	

Las reglas sociales o legales no se hicieron para mí.	
A veces hago trampa para obtener beneficios personales.	
Si encuentro una solución que para mí está bien, avanzo, sin fijarme si estas pueden causar problemas a otras personas .	
Hay ocasiones en las que me imagino lastimando animales.	
No puedo planificar el futuro, prefiero vivir el presente sin complicaciones.	
Cuando las personas me contradicen puede ser irritable y agresivo.	
Me encanta mantener mi adrenalina al máximo	
Mi situación laboral cambia permanente mente, no tengo obligaciones económicas.	
Cuando he cometido algún error no tengo remordimiento, se que después lo haré bien.	

I

Cuando alguien me provoca me cuesta controlar mi ira	
A veces soy impulsivo y no mido las consecuencias.	
Mis relaciones afectivas son muy intensas , casi siempre terminan al poco tiempo de iniciadas.	
Para las personas que estén conmigo, a veces me veo obligado a manipularlas.	
Cuando las situaciones se salen de mi control reacciono sin pensar, solo actuó.	
A las personas que están conmigo las idealizo por eso no pueden fallar.	
La rutina me molesta por eso casi siempre busco algo diferente que hacer.	
Mi carácter es fuerte pero temo ser abandonado , no tolero estar solo.	
Cuando tengo dinero en mis manos lo gasto en lo que primero se pueda	
Cambio bruscamente de opinión con respecto al futuro , amistades, profesión.	

2. TEST EDAH

HOJA DE ANOTACION

Nombre: Centro..... Nivel.....

Edad..... Sexo..... Fecha.....

Responda a cada cuestión rodeando con un círculo el grado en el que se 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 satisfacción 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 hecha 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 y 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, es inconstante	0	1	2	3	DA
20	Acepta mal las indicaciones del profesor	0	1	2	3	TC

RESUMEN DE PUNTUACIONES	H	DA	TC	H+ DA	H+DA+TC
PD					
CEN					

3. HOJA DE ASISTENCIA

ASESORAMIENTO PARA PADRES DE NIÑOS CON TDAH

MODELO INTEGRATIVO EN PERSONALIDAD

HOJA DE ASISTENCIA

EQUIVALENCIAS:

1 (Nada)

2 (Poco)

3 (Media)

4 (Alta)

5 (Muy Alta)

Nº	NOMBRES	DIA 1 1,2,3,4,5	DIA 2 1,2,3,4,5	DIA 3 1,2,3,4,5	DIA 4 1,2,3,4,5	DIA 5 1,2,3,4,5	DIA 6 1,2,3,4,5	DIA 7 1,2,3,4,5	DIA 8 1,2,3,4,5	DIA 9 1,2,3,4,5	DIA 10 1,2,3,4,5
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
21											
22											
23											
24											
25											
26											
27											
28											
29											
30											

4. TAREAS DE INTERSESION

ASESORAMIENTO PARA PADRES DE NIÑOS CON TDAH

MODELO INTEGRATIVO EN PERSONALIDAD

EQUIVALENCIAS:

1 (Nada)

2 (Poco)

3 (Media)

4 (Alta)

5 (Muy Alta)

No	NOMBRES	DIA 1 1,2,3,4,5	DIA 2 1,2,3,4,5	DIA 3 1,2,3,4,5	DIA 4 1,2,3,4,5	DIA 5 1,2,3,4,5	DIA 6 1,2,3,4,5	DIA 7 1,2,3,4,5	DIA 8 1,2,3,4,5	DIA 9 1,2,3,4,5	DIA 10 1,2,3,4,5
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
21											
22											

23											
24											
25											
26											
27											
28											
29											
30											

5. Primera y Segunda Evaluación Padres e Hijos

ASESORAMIENTO PARA PADRES DE NIÑOS CON

TRASTORNO DE DEFICIT DE ATENCION E HIPERACTIVIDAD

MODELO INTEGRATIVO EN PERSONALIDAD

CUESTIONARIO DE RELACIONES PADRES E HIJOS (Evaluación 1)

No	NOMBRES	P. 1 1,2,3,4,5	P 2 1,2,3,4,5	P 3 1,2,3,4,5	P 4 1,2,3,4,5	P 5 1,2,3,4,5	P 6 1,2,3,4,5	P 7 1,2,3,4,5	P 8 1,2,3,4,5	P 9 1,2,3,4,5	P 10 1,2,3,4,5
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

16											
17											
18											
19											
20											
21											
22											
23											
24											
25											
26											
27											
28											
29											
30											

EQUIVALENCIAS

1(NADA)

2(POCO)

3(MEDIA)

4(ALTA)

5 (MUY ALTA)

PREGUNTAS SOBRE LA RELACION PADRES/HIJO						
1.	¿Encuentra usted que su hijo es muy difícil de criar?					
2.	¿Siente que la conducta de su hijo es muy difícil de entender?					
3.	¿ Con frecuencia esta peleando con su hijo?					
4.	¿ Su matrimonio se ve afectado por el comportamiento de su hijo?					
5.	¿ Existe un sistema estructurado de reglas en casa?					
6.	¿ Funciona el sistema actual?					
7.	¿Comparte tiempo de juego con su hijo?					
8.	¿ Se involucra en las tareas escolares de su hijo?					
9.	¿ Considera que sus rasgos personales influyen en su hijo?					
10	¿ Considera que el TDAH de su hijo afecta su relación?					

6.- Nivel de Involucramiento de los Padres.

ASESORAMIENTO PARA PADRES DE NIÑOS CON

TRASTORNO DE DEFICIT DE ATENCION E HIPERACTIVIDAD

MODELO INTEGRATIVO EN PERSONALIDAD

INVOLUCRAMIENTO EN EL PROCESO SEGÚN EL TIPO DE PERSONALIDAD

EQUIVALENCIA: 1(nada) 2(poco) 3 (media) 4(alta) 5 (muy alta)

[illegible]

GLOSARIO

AUTOEFICACIA: Bienestar psicológico y de superación, capacidad de desempeño.

ADHD: Siglas en ingles de TDAH, Trastorno en Déficit de Atención e Hiperactividad.

AUTOREPRESENTACION: Proyección, de sus propios sentimientos, emociones, conductas.

COMORBIDO: Presencia de uno o mas trastornos clínicos que coexisten simultáneamente, cada uno con sus características propias.

CONSTRUCTIVISMO: De la cognición, que interactúa con la realidad, que construye su propio significado.

CICLOTIMIA: Cambios frecuentes de humor , caracterizados por exaltación y depresión en el humor.

DISPRAXIA: Trastorno del desarrollo de la Coordinación, discapacidad que afecta los movimientos corporales.

DOGMATICO: Expresión u opinión en forma concluyente.

ECLECTICO: En su forma de actuar adopta una postura intermedia, alejado de soluciones extremas.

DSM-IV- TR: Manual Diagnostico y Estadístico de Enfermedades Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría, versión revisada.

METACONOCIMIENTO. Conocimiento sobre el propio funcionamiento psicológico.

PSICOMOTRIZ: Desarrollo y adquisición de la expresión corporal del niño.

PARADIGMA: Esquema o modelo a seguir.

PNIE: Psico-neuro-inmunoendocrino.

RECURSIVIDAD: Capacidad de repetirse indefinidamente

RETROACTIVO: Que tiene efecto sobre el pasado.

TDAH: Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad.

TDA: Trastorno de Déficit de Atención.

.

