

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES,  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA



**Universidad de El Salvador**  
*Hacia la libertad por la cultura*

“DISEÑO DE PROPUESTA DE UN PROGRAMA PREVENTIVO DE LAS ALTERACIONES PSICOLÓGICAS, DIRIGIDO A PADRES, TUTORES FAMILIARES Y MAESTROS CON NIÑOS/AS CON DÉFICIT ATENCIONAL DE ESCUELAS ESPECIALES Y ORGANIZACIONES”

**TRABAJO DE GRADO PRESENTADO POR:**

LARA COTO, MARGARITA ESTHER. LC13041

LINARES CALVO, KARLA JASMÍN. LC14038

LÚE JURADO, LEONELA PATRICIA LJ12007

**PARA OPTAR AL GRADO DE:**

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

**DOCENTE DIRECTOR/A:** LICDA. MARIELA VELASCO DE ÁVALOS

CIUDAD UNIVERSITARIA,  
EL SALVADOR, CENTRO AMÉRICA

**AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR:**

**RECTOR:** MSC. ROGER ARMANDO ARIAS

**VICERRECTOR:** PHD. RAÚL ERNESTO AZCÚNAGA LÓPEZ

**SECRETARIA GENERAL:** ING. FRANCISCO ALARCÓN

**DECANO:** MSC. ÓSCAR WUILMAN HERRERA RAMOS

**VICE-DECANO/A:** LICENCIADA SANDRA LORENA BENAVIDES DE SERRANO

**SECRETARIO DE LA FACULTAD:** MAESTRO JUAN CARLOS CRUZ CUBÍAS

**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA**

**JEFE DE DEPARTAMENTO:** MTR. BARTOLO ATILIO CASTELLANOS ARIAS

**COORDINADOR GENERAL DE PROCESO DE GRADUACIÓN:**

LIC. ISRAEL RIVAS

**DOCENTE DIRECTOR:** LICDA. MARIELA VELASCO DE ÁVALOS

## **DEDICATORIA**

El siguiente trabajo de grado, está dedicado primeramente a las personas a las cuales va dirigido, tanto a padres, maestros o tutores familiares, pero sobre todo a todos aquellos niños/as que, en la actualidad, tienen dificultades y se sienten diferentes a los demás, que no comprenden ciertos aspectos y que aún tienen la esperanza de encontrar a un adulto que los comprenda y los guíe.

Además, está dedicado a todas aquellas personas que de una manera u otra influyeron en el inicio y finalización de esta propuesta, como mis familiares, amigos, mi persona favorita, nuestra asesora de grado y mis compañeras de tesis, Leonela y Karla, en donde a lo largo del proceso, de una manera u otra, aprendimos un poco más y nos ayudamos mutuamente.

Finalmente, este trabajo de grado está dedicado, a todos aquellos profesionales de la salud mental que quieran aprender un poco más, sobre el trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad, y que tengan la motivación de poner en práctica lo leído, para transformar la vida de un niño/a y que su futuro este lleno de oportunidades.

**Margarita Esther Lara Coto**

## **DEDICATORIA**

Este trabajo de grado está dedicado a mis padres quiénes me apoyaron y creyeron en mí en el transcurso de mi formación académica, impulsándome siempre en ser quién soy. Además de transmitirme principios y valores que ahora forman parte de mi constructo personal, y que me han hecho una mujer independiente, fuerte, capaz y visionaria.

**Karla Jasmín Linares Calvo.**

## DEDICATORIA

La presente propuesta está dedicada a Dios, ya que gracias a él he logrado concluir mi carrera, quien no ha tenido límite para sus bendiciones en mi vida y hoy me da un nuevo comienzo, un nuevo amanecer y una nueva oportunidad.

Por todas las veces que le dije “yo no puedo más”, por todas las veces que me levanto, me empujo, me enseñó lo que hoy soy, por ser mi mayor inspiración, la persona “que quiero ser cuando sea grande” desde el día uno. Por darme el amor más puro del mundo, por ser mi mayor ejemplo; porque día a día encuentro mucho de usted en mí, en el momento más duro de mi vida me enseñó a ser valiente. Le dedico esta tesis por ser mi más grande amor y por dejarme ser yo misma sin soltarme la mano. La amo mucho mamita.

A mi papi ese hombre luchador, que nada lo ha detenido para sacarme adelante, porque de su mano hoy cumplo uno de mis sueños más anhelados, al igual que mis hermanos Stanley, Johanna y Leonel Lúe, que me han tendido su mano sin condición alguna, han sido ustedes mi mayor motivación para seguir adelante, durante este largo camino han sido ustedes mis ángeles de la guarda.

Quiero dedicar esta tesis a una persona muy importante en mi vida que, gracias a su apoyo incondicional, hoy he logrado este paso, porque su compañía y ayuda ha sido fundamental, ha estado conmigo en momentos muy difíciles, este proyecto no fue fácil, pero siempre estuvo motivándome y dándome su amor. Ha sido el ingrediente perfecto para poder alcanzar este sueño, y solo espero que siga iluminando mi vida. Carlos López.

De igual manera quiero dedicar esta tesis a Margarita Lara y Samuel Regalado, que han sido seres maravillosos en mi vida, que en este camino me han dado un antes y un después, personas increíbles que siempre me guían con su luz, su comprensión y cariño. Solo espero que a pesar del tiempo las memorias vividas y las que faltan siempre queden guardadas y recordadas con amor en esta vida. Los quiero mucho.

Así también quiero dedicar esta tesis a una persona muy especial, que con su profesionalismo y ética me formó dándome la oportunidad de aprender de ella. Brindándome su confianza y amistad, siempre siendo cálida, amable, un ángel para mí. Que en todo momento me apoya, dándome ánimos y confiando en mis aptitudes y capacidades. La quiero mucho Claudia Ramos.

“Amar es la confianza plena de que pase lo que pase vas a estar, no porque me debas nada, no con posesión egoísta, si no estar, en silenciosa compañía. Amar es saber que no te cambia el tiempo, ni las tempestades, ni mis inviernos”. El principito- Antoine de Saint-Exupéry.

**Leonela Patricia Lúe Jurado.**

## AGRADECIMIENTOS

*“La gratitud da sentido a nuestro pasado, trae la paz en el día de hoy y crea una visión hacia el mañana”- Melody Beattie<sup>1</sup>*

Primeramente, agradezco a la vida por enseñarme de la manera más justa sobre, las decepciones, frustraciones, logros, felicidad y amistad. También por permitirme encontrar en mi camino a las personas correctas. A mi familia, sobre todo a mis padres, por apoyarme en momentos felices y difíciles, porque a pesar de todo me guiaron y no dejaron de creer en mí. Sin ellos muy difícilmente estaría superando esta etapa de la vida.

A mis amigos y mi persona favorita por llenarme de perseverancia, amor y de entrega por mis sueños. Por otra parte, también tengo que agradecer, a todas aquellas personas que, estuvieron en un momento dado en mi vida. Cada nueva experiencia, retos superados, miedos olvidados y el descubrimiento de mis habilidades y potencial, fue dado por la influencia en cierta medida de mi carrera.

Por último, y lo más importante doy las más sinceras gracias a mi persona, porque a pesar de todas las dificultades, miedos, incertidumbres, momentos malos y buenos, se logró seguir el camino y estar a solo un paso de cumplir un sueño que al principio se veía lejano y distante. Gracias por nunca rendirte.

**Margarita Esther Lara Coto**

---

<sup>1</sup> Melody Beattie es una escritora estadounidense de superventas y periodista. Ha publicado catorce libros y muchos artículos en periódicos y revistas durante sus más de 20 años de carrera como escritora.

## **AGRADECIMIENTOS**

### **A Dios.**

Por estar en los momentos más significativos de mi vida; demostrándome todos los días su presencia en las distintas situaciones que necesité su amor y su ayuda divina, incluso sin habérselo pedido abiertamente. Colocó a las personas idóneas en mi vida.

### **A mis padres.**

Por formar quién soy ahora, por demostrarme su amor en todo momento y por armarme de tenacidad y valentía, inspirándome en cumplir mis objetivos y metas; y que, a pesar de todas las dificultades, prevalecieron mi bienestar personal y académico.

### **A mis hermanas.**

Por llenarme de amor, alegría y diversión, quiénes me impulsaron en ser mejor modelo a seguir.

### **Amigos y amigas.**

Por ser mis confidentes, por creer y confiar en mí en cada momento. Por enseñarme lo que es la verdadera amistad; la cuál ha sido perdurable en el tiempo y fuerte a pesar de las adversidades.

### **A mis compañeras de tesis.**

Por brindarme su comprensión, su empatía y escucha; así como también por ser uno de los motivos que me impulsó continuar y culminar con entusiasmo nuestra tesis, pese a las dificultades.

### **Docente tutor.**

Por orientarnos en este proceso de manera profesional y por permitirme trabajar junto con ella; siendo una de mis principales modelos a seguir porque me enseñó de la ética, la dedicación y el amor por la carrera.

### **Mis compañeros de clase y docentes.**

Porque cada uno de ellos fueron parte de mi formación académica y personal. Por crear un ambiente ameno, cómodo y disfrutable en la universidad; de la cual me siento y me sentiré orgullosa de haberme formado. Guardaré cada recuerdo con mucho amor y melancolía.

### **Personas especiales.**

Por las personas que me enseñaron del verdadero amor, por ser la casualidad más hermosa de mi vida, aceptándome y amándome tal cual soy.

### **A mí misma.**

Por tener siempre presente mis objetivos y metas, por exigirme en crecer y mejorar no solo académicamente; sino que principalmente como persona, enfocándome en cambiar y mejorar mis debilidades y defectos utilizando mis cualidades y fortalezas para enfrentarme contra ellas.

**Karla Jasmín Linares Calvo.**

## AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a Dios todo poderoso que me ha dado la oportunidad de culminar mis estudios superiores, a pesar de todos los obstáculos que he atravesado, pero a lo largo del camino con fervor creí y mantuve más fe de su palabra que me ayudo a seguir adelante: *“Nadie te podrá hacer frente en todos los días de tu vida: como estuve con Moisés estaré contigo: no te dejaré, ni te desampararé”.* (Josué 1:5).

De igual manera quiero agradecer a mis padres María del Carmen Jurado y Leonel Lúe y a mis hermanos Johanna, Stanley y Leonel Lúe, porque siempre estuvieron a mi lado brindándome su apoyo y sus consejos para hacer de mí una mejor persona, porque en cada batalla que enfrente de este camino siempre estuvieron sosteniendo mi mano, sin importar las circunstancias me apoyaron hasta el final de todas las formas posibles. Gracias por ser mi ejemplo de lucha, valores y superación los amo.

Quiero agradecer de una manera muy especial a mi mejor amiga Margarita Lara, porque ella además de ser mi compañera es como una hermana, desde el día uno ha sido un ángel guardián para mí, decidió embarcarse junto a mí en esta aventura, tendiéndome su mano incondicionalmente, me ha apoyado de una manera increíble, le doy gracias a Dios por ponerla en mi camino, y ahora juntas damos este paso muy importante, te quiero amiga.

También quiero dar las infinitas gracias a mi otro ángel guardián, que en este camino ha sido una luz, me ha apoyado dándome su tiempo, motivándome para seguir adelante, sobre todo en este año que ha sido muy difícil, porque cuando ya quería darme por vencida dándome su mano me hizo saber lo fuerte que soy y que siempre podré contar con él, gracias por su cariño y

compañía que han hecho mis días más felices, le doy gracias a Dios por conocerlo lo quiero mucho Carlos López.

Quiero agradecer a mi equipo de tesis Margarita y Karla, por el sacrificio que hemos realizado, a pesar de las circunstancias lo hemos logrado, juntas damos este último paso, ha sido un honor trabajar junto a ustedes, las quiero niñas. Así mismo quiero agradecer a nuestra asesora de tesis Licda. Mariela de Ávalos, por su tiempo, apoyo y entrega a este trabajo maravilloso, que nos hace amar aún más nuestra profesión.

**Leonela Patricia Lúe Jurado**

## INDICE

Presentación .....	1
Título de la propuesta. ....	3
Resumen .....	4
Introducción .....	5
I. Descripción de la propuesta.....	8
Capítulo I .....	11
II. Planteamiento del problema.....	11
a. Situación actual:.....	11
Prevalencia del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad .....	20
Creencias o Mitos que se tienen sobre el Trastorno de Déficit Atencional. ....	22
III. Justificación de la propuesta.....	25
IV. Objetivos de la propuesta .....	27
V. Metas.....	29
Capítulo II .....	31
1) Fundamentación teórica del trastorno de déficit de atención con hiperactividad. ....	31
a) Antecedentes.....	31
b) Base teórica.....	36
Concepto. ....	36
Características de la conducta de los/as niño/as con TDAH. ....	37
Subtipos del trastorno por déficit atencional.....	42
2) Consecuencias y secuelas del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad...43	
Consecuencias del trastorno por déficit de atención e hiperactividad.....	43
Desarrollo Socio-emocional en alumnos con trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. 55	
➤ Aprendizaje Socioemocional. ....	56
➤ Aprendizaje Socioemocional y Escuela.....	59
➤ Desarrollo Socioemocional y Familia. ....	61
El TDA en la infancia y su persistencia hasta la adultez.....	64
Consecuencias de brindar un diagnóstico tardío de TDAH. ....	67
TDAH, la base para trastornos psicológicos en la adultez.....	73
Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad con Trastorno por Uso de Sustancias (TUS): .....	75
Trastornos del estado de ánimo.....	82
Trastornos de Ansiedad.....	87

Trastornos de personalidad.....	91
Relación entre el trastorno por déficit de atención e hiperactividad y el suicidio.....	95
3) Modelo a implementar en la propuesta .....	101
Modelo biopsicosocial: Factores biológicos, psicológicos y psicosociales implicados en el TDA. .....	101
4) Prevención de las alteraciones psicológicas y áreas más propensas a psicoeducar.....	114
Prevención de las alteraciones psicológicas y su importancia.....	114
Áreas de prevención psicológica para TDA.....	116
Prevención primaria.....	118
Técnicas dirigidas en la prevención primaria.....	120
Áreas a sensibilizar en el programa de prevención.....	128
Capítulo III.....	133
VI. Contenido de la intervención.....	133
VII. Beneficiarios de la propuesta de intervención .....	134
VIII. Metodología .....	135
IX. Localización Física y cobertura espacial .....	141
X. Planes operativos o de actividades.....	142
Referencias bibliográficas: .....	189
Anexos.....	197

## Presentación

La presente propuesta es acerca de un programa de prevención que está dirigido a padres, tutores familiares y maestros con niños/as con déficit atencional, el cual se deberá realizar en aquellas instituciones especiales que atiendan esta población como, por ejemplo: Escuelas u organizaciones.

Cabe señalar que con este programa preventivo se utilizará el nivel de prevención primaria, debido a que se busca reducir las incidencias que probablemente este trastorno provocará en los niños/as en su edad adulta, sino se toman acciones inmediatas para su abordaje. Esto se logrará orientando a los adultos que conforman el círculo afectivo y de aprendizaje más cercano de los niños/as; para que logren crear una sana convivencia con ellos, siendo precursores en desarrollar una autoestima saludable, una mejor gestión emocional y mejores relaciones interpersonales.

Ahora bien, este programa será de utilidad para mejorar la calidad de vida de los niños/as que manifiestan déficit atencional, debido a que en estudios anteriores se ha demostrado que al no recibir un adecuado desarrollo socio-emocional, los niños en la edad adulta son propensos/as a manifestar experiencias con sustancias tóxicas y bebidas alcohólicas, a tener accidentes de tránsito, a presentar dificultades en sus relaciones sociales, matrimoniales, académicos y de trabajo.

Por esta razón, la planificación del mismo consistirá en sesiones diseñadas para orientar a los adultos que están acompañando a estos niños/as en su crecimiento y desarrollo, a través

de técnicas y estrategias que tienen como objetivo informar, educar, concientizar y sensibilizar a los involucrados para disminuir el desarrollo de problemas psicológicos en estos niños/as como se dijo anteriormente. Por lo tanto, dicho programa está centrado en fomentar un adecuado desarrollo de las habilidades socioemocionales en los niños/as con déficit atencional.

De la misma manera esta propuesta contribuirá al trabajo de los psicólogo/as, ya que será una herramienta innovadora para la prevención, debido a que en estudios anteriores no se ha mencionado una propuesta específica para el desarrollo socioemocional en niños/as con déficit atencional y así evitar que esta población en riesgo experimente las problemáticas mencionadas con anterioridad, ya que son más vulnerables a manifestarlas.

Finalmente, para recalcar, el programa de prevención que se ha descrito de manera general, es un instrumento para que profesionales únicamente de psicología lo puedan retomar y aplicar con esta misma población. Lo más conveniente es que se ejecute una vez la pandemia del nuevo coronavirus (COVID-19), sea neutralizado en El Salvador, dado a su importancia para esta población, ya que los niños/as se encuentran en una etapa de crecimiento y es fundamental que los padres, maestros o tutores a cargo tengan las herramientas y estrategias para poder fomentar las habilidades socioemocionales.

**Título de la propuesta.**

“DISEÑO DE PROPUESTA DE UN PROGRAMA PREVENTIVO DE LAS ALTERACIONES PSICOLÓGICAS, DIRIGIDO A PADRES, TUTORES FAMILIARES Y MAESTROS CON NIÑOS/AS CON DÉFICIT ATENCIONAL DE ESCUELAS ESPECIALES Y ORGANIZACIONES”

## Resumen

La propuesta preventiva presentada a continuación ha sido diseñada para padres, maestros y/o tutores familiares con niños y niñas entre las edades de 8 a 12 años de edad diagnosticados con déficit atencional; que tiene como objetivo disminuir las alteraciones psicológicas que se desarrollan en la adultez.

La base de dicha propuesta está constituida por programas e investigaciones científicas que se realizaron alrededor de este trastorno; detectando en cada una de ellas las áreas y necesidades psicológicas que sugieren que son importantes de abordar para prevenir problemas psicológicos futuros, entre los cuales se destacan: Trastornos del estado de ánimo, trastornos de personalidad, trastorno por uso de sustancia y suicidio.

Por otro lado, se encuentran puntos específicos de las investigaciones recolectadas que figuraron la base para el diseño de este programa. Primeramente la importancia de crear programas preventivos que generen a largo plazo la disminución de problemas psicológicos en la adultez ; seguidamente desarrollar y aplicar estos programas con padres y maestros quiénes conforman el círculo emocional y de aprendizaje más inmediato del niño/a, y finalmente se recalca la importancia de trabajar diversas áreas para desarrollar en los niños/as habilidades que les ayuden a enfrentar las diferentes situaciones de la vida cotidiana bajo el acogimiento y orientación de los padres y maestros que comprenden y ayudan a sus niños/as con TDA.

Este programa psicoeducativo y de atención primaria denomina “LA AVENTURA DE AMAR, COMPRENDER Y ENSEÑAR A UN NIÑO/A CON TDAH” está compuesto por una diversidad de técnicas, herramientas y estrategias psicológicas que permiten abordar las siguientes áreas: Sensibilización hacia el niño/a con déficit de atención con Hiperactividad,

Autocontrol Emocional enfocado en los padres, maestros y tutores familiares, Desarrollo de habilidades personales y Desarrollo de habilidades sociales.

## **Introducción**

La siguiente propuesta es realizada como parte del proceso de trabajo de grado de la formación profesional de la Carrera de Psicología en la Universidad de El Salvador; el cual pretende aportar un programa de carácter preventivo de las alteraciones psicológicas en niños/as con déficit atencional, dirigido a padres, tutores y maestros. Dicha propuesta beneficiará proporcionando técnicas y estrategias psicoeducativas que los padres, tutores y maestros podrán entrenar y aplicar con los niños/as con déficit atencional, para construirles de forma adecuada y saludable un desarrollo socioemocional, ayudándoles a desenvolverse en las distintas áreas de su vida; como en el ámbito académico, familiar, emocional y social; esto logrará prevenir que los niños/as con dicho trastorno desarrollen problemas psicológicos en la adultez.

Por consiguiente, esta propuesta está compuesta inicialmente por una descripción del programa psicoeducativo, especificando las características generales que la compondrán, la modalidad y las herramientas psicológicas que se implementarán.

Luego se plantean aspectos relevantes y significativos de la situación actual del problema a abordar; incluyendo elementos que permitan comprender la contextualización teórica y psicológica de la misma.

Seguidamente se revela las razones que justificaron el interés en abordar la problemática a tratar, explicando la relevancia, utilidad y el nivel de impacto que tendrá la propuesta del programa preventivo y psicoeducativo; recalcando que este será de beneficio a una amplia gama de población y les ayudará en las distintas áreas en el cual se desenvuelven.

Posteriormente se presentan los objetivos que orientarán y conducirán las acciones en el proceso de diseño del Programa Preventivo. Subsecuentemente se describen cada una de las metas que permiten cuantificar y calificar cada uno de los objetivos planteados y admiten un panorama minucioso de los resultados.

Consecutivamente se presenta la fundamentación teórica que ayudará de base para el diseño de la propuesta. En dicho apartado, se valida teóricamente a partir de distintas investigaciones, argumentos teóricos, la construcción y la finalidad del programa preventivo en cuestión.

Luego se presenta el contenido de la intervención; el cual consiste en resumir brevemente todo lo plasmado en el apartado anterior, con la finalidad de describir las áreas, contenidos y temas a tratar en la propuesta de prevención. Esto permite clarificar de manera genérica lo que trata dicho programa en cuestión.

Continuamente se especifica los principales protagonistas o beneficiarios del programa, quiénes han sido la motivación para el diseño de la misma; explicando brevemente los beneficios que obtendrán al formar parte de ella.

Posteriormente se describe la parte central de la propuesta diseñada; donde se explica el procedimiento, las técnicas, instrumentos, el tiempo y espacio de las jornadas y el diseño de las mismas. De esta manera, se resume y se clarifica las acciones a tomar para el desarrollo de inicio a fin de la propuesta de prevención.

Seguidamente se hace referencia de los lugares donde es aplicable el programa preventivo; esto de acuerdo a la población y las necesidades que se relacionen con la propuesta.

En seguida se esbozan todos los planes operativos de la propuesta de prevención de acuerdo al número de sesiones, abordando diferentes temáticas en sus respectivas áreas. En estos planes operativos se plantean los objetivos generales y específicos, actividades y técnicas con sus procedimientos, recursos humanos y materiales, y el tiempo de cada actividad.

Luego se enlistan todas las referencias bibliográficas consultadas para la creación de la fundamentación teórica y el diseño de la propuesta de prevención.

Finalmente se anexan todos los materiales y recursos didácticos que se necesitan para el desarrollo y aplicación del programa. Dichos anexos serán de utilidad para los profesionales psicológicos dirigentes de la propuesta y los participantes receptores.

## **I. Descripción de la propuesta.**

Actualmente existe suficiente evidencia para demostrar que los programas de prevención de la salud mental no sólo funcionan, sino que además contribuyen a un mayor bienestar mental y aumentan la calidad de vida a nivel individual y comunitario. La integración de los resultados de varios estudios recientes revela, que la prevención es igualmente eficaz cuando es aplicada a distintas edades y grupos con niveles de riesgo diferentes (Santacreu, Márquez y Rubio, 1997).

Es muy importante tomar en cuenta lo siguiente, debido a que la base de esta propuesta es la prevención primaria que según Caplan (1980, p.43) se refiere a la disminución de la proporción de casos nuevos de trastornos mentales en una población durante cierto periodo de tiempo, contrarrestando las circunstancias perniciosas antes de que tengan ocasiones de producir enfermedad. Es decir, disminuir la probabilidad que los niños/as con déficit atencional manifiesten una alteración psicológica dando una orientación diferente al centrarse en los ambientes que tienen mayor influencia en estos.

De este modo esta propuesta de prevención primaria tiene una modalidad psicoeducativa, ya que es la aproximación terapéutica en la cual se proporciona a los familiares de un paciente información específica acerca de la enfermedad, y entrenamiento en técnicas para afrontar el problema (Díaz, González y Varela, 2001).

Por lo tanto, es un proceso educativo mediante el cual el facilitador detalla información científica actual y relevante para responder preguntas acerca del origen, evolución y óptimo abordaje de un padecimiento desde su entorno, e implica también consejería y entrenamiento en técnicas para afrontar el problema anteriormente mencionado (Anderson, Douglas y Hogarty, 1988).

Por ende, en este caso el profesional de la salud mental que impartirá un enfoque psicoeducacional tiene por objeto orientar y ayudar a identificar con mayor entendimiento y claridad el problema o la patología para enfocar adecuadamente, en forma conjunta, su resolución o tratamiento y favorecer, una mejora en la calidad de vida. En este sentido se les ayudará a los profesores, padres y tutores familiares a identificar y desarrollar en los niños con déficit atencional aquellas habilidades socioemocionales que mejoraran su calidad de vida, previniendo aquellas alteraciones que puedan presentar en una edad adulta (Bulacio, Vieyra y Mongiello, 2004).

En síntesis, con la utilización de un enfoque psicoeducativo, se pretende procurar establecer los siguientes principios: El trastorno es una enfermedad cerebral, el involucramiento de la familia y en este caso los profesores como el principal agente rehabilitador, procurando que en el hogar y en la escuela se mantenga una temperatura emocional tibia, buscando que estos tengan una forma de comportamiento basada en la información proporcionada, lo que favorecería una baja en el nivel de exigencias del niño/a con déficit atencional, al permitirle la libre expresión, facilitando la reinserción al medio social ( Parrado, Aguado y Pérez, 1998).

Por lo que este enfoque psicoeducativo en este programa de prevención abarcará:

- a) **Contenidos “psicológicos”:** Esto implica un conocimiento teórico general para el conocimiento tanto racional como emocional y conductual de la población en cuestión, es decir los niños/as con déficit atencional.
  
- b) **Procedimientos:** Herramientas y estrategias psicológicas aplicables.
  
- c) **Destinatarios:** El psicoeducando que aprende a través de la observación (teórica) y a través de la ejecución de lo aprendido. Es decir, los padres, tutores familiares y maestros. (Bulacio et al., 2004).

En efecto de un modo más amplio se puede agregar, que la psicoeducación es un proceso que puede orientarse a la psicopatología o a las personas en general, tengan o no una afección clínica. Por lo tanto, en este caso puede ser impartido en modo específico por los profesionales de la salud mental. En este sentido el enfoque psicoeducativo es el que más se ajusta a dicho programa, ya que lo que se pretende es prevenir alteraciones en los niños con déficit atencional y esto se logrará mediante la psicoeducación de todo lo que implica fomentar habilidades socioemocionales en los niños/as (Bulacio et al., 2004).

## Capítulo I

### II. Planteamiento del problema.

#### a. Situación actual:

En todo proceso de desarrollo escolar, pueden surgir diferentes conflictos que dificultan el proceso de enseñanza en el niño/a, en los padres de familia y maestros. Entre estos se encuentra uno de los trastornos más comunes en la actualidad como lo es el déficit atencional. Para poder realizar un diagnóstico necesitamos basarnos en los criterios DSM-IV-TR (APA, 2000) y CIE-10 (OMS, 1992). En el DSM-IV se admite el déficit de atención sin síntomas de hiperactividad/impulsividad.

Mostrando con ello los siguientes síntomas: A menudo no prestan atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades. Presentan dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas. A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente, no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos, u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones). En diferentes ocasiones tiene dificultades para organizar tareas, actividades, evita y le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos). Ocasionalmente extravía objetos necesarios para tareas o actividades (p. ej. juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas), se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes y es descuidado en actividades diarias. Lo mencionado anteriormente se centra primordialmente en el área cognitivo- conductual.

En cuanto al aspecto emocional las investigaciones sobre el trastorno por déficit de atención (TDA), se han centrado fundamentalmente en los aspectos cognitivos del trastorno, dejando en un segundo plano el estudio de las deficiencias afectivas. Por lo que, es importante mencionar que según datos convergentes de distintos estudios conductuales indican que los niños/as con TDA presentan una disfunción primaria en el reconocimiento de los estímulos emocionales (expresiones faciales, emocionales y prosodia afectiva) y una importante discapacidad para modular sus emociones, especialmente cuando éstas son negativas, así también la necesidad de actuar con refuerzos inmediatos o la emoción y una excesiva reactividad emocional.

Estas dificultades, incluidas las relacionadas con el afecto, son consideradas actualmente por el DSM-IV como “características asociadas o secundarias”, ya que se relacionarían o estarían generadas por los síntomas diagnósticos del trastorno: Inatención, hiperactividad e impulsividad.

Sin embargo, ciertos síntomas característicos de este trastorno, como la inatención y la impulsividad, pueden dificultar el reconocimiento de distintos estímulos emocionales como las expresiones faciales y la prosodia. Con respecto a la regulación y expresión de las emociones, las teorías tradicionales sobre el TDA defienden que estas personas tendrán importantes dificultades para modular sus estados afectivos, ya que en este caso están implicados distintos procesos de control ejecutivo. Según estas teorías, las disfunciones ejecutivas, especialmente las vinculadas con el control emocional y de impulsos, son las responsables de los altos niveles de agresividad, irritabilidad o frustración observados en algunos niños con este trastorno.

Aunque el déficit en la regulación emocional no sea actualmente uno de los síntomas diagnósticos del TDAH, diversas propuestas teóricas indican que constituye un aspecto fundamental del trastorno. Brown<sup>2</sup> afirma que muchos niños/as con TDAH tienen una baja tolerancia a la frustración y una dificultad crónica para regular sus emociones, características que los llevan a reaccionar de manera desproporcionada ante distintas situaciones o eventos. Estos problemas afectivos constituyen un aspecto fundamental del trastorno, no ligados a la presencia de otros trastornos comórbidos (como, por ejemplo: Ansiedad o depresión).

De igual modo, en numerosos estudios se ha documentado que los niños/as con déficit de atención experimentan dificultades interpersonales y baja competencia social a pesar de que se esfuerzan por ser aceptados. Las relaciones con los pares son el indicador clave de la competencia social: La aceptación o el juicio de pares (indicadores sociométricos) son medidas indirectas de este funcionamiento social. Por su sintomatología, los niños con TDAH muestran mayores tasas de este tipo de comportamientos: Conductas desorganizadas, agresivas, imprevisibles, fuera de lugar, ruidosas, actos inesperados e inapropiados etc. En resumen, la agresividad y la no complacencia son dos factores esenciales del rechazo social. Por otra parte, las dificultades interpersonales de los niños con TDAH no están restringidas exclusivamente al grupo de pares, y aparecen también en las relaciones con profesores y padres.

Con respecto a las causas de este trastorno se han investigado desde hace ya décadas, aun así, se desconocen. Al mismo tiempo su etiología es multifactorial, porque depende de factores genéticos, de adversidades ambientales y sociales. Por lo tanto, los estudios realizados

---

<sup>2</sup>Brown TE. DSM-IV: ADHD and executive function impairments. *Advanced Studies in Medicine* 2002; 2: 910-4.

hasta la fecha sugieren que no existe una causa única que provoque el TDAH. En este sentido, podemos distinguir entre factores de origen biológico y factores psicosociales-ambientales como posibles agentes desencadenantes, facilitadores y/o agravantes.

En general, el síndrome se origina debido a alteraciones neuropsíquicas y neurofisiológicas del sistema nervioso central, que se atribuyen a factores genéticos, gestacionales o nocivos, riesgo de prematuridad, complicaciones y traumatismos obstétricos. Por lo que es importante mencionar los siguientes factores como posibles causas del TDAH:

- ***Factores genéticos***

Se han demostrado que los factores de origen hereditario explican en un 80% de los casos la aparición del trastorno, siendo la probabilidad de presentar el trastorno mayor si algún progenitor está afectado, esto es que el padre o la madre tengan TDAH multiplica el riesgo de padecer el trastorno (Soutullo y Díez, 2007).

El coeficiente de heredabilidad del TDAH es de 0.76, lo que significa que, si el niño/a tiene TDAH, el 76% se explica por causa genética. A pesar de estas cifras, no existe una acción genética directa, por lo que un padre tenga el trastorno no determina con exactitud que sus hijos/as vayan a desarrollarlo, tan sólo existe una probabilidad mayor, como ocurre con otras patologías psiquiátricas como la depresión, o la esquizofrenia (Soutullo y Díez, 2007).

Los estudios de genética molecular han relacionado el trastorno fundamentalmente con varios genes en diferentes cromosomas y sus variaciones en el número de copias. Se trata, por tanto, de un trastorno de herencia poligénica, es decir, múltiples genes contribuyen al fenotipo del TDAH. (Soutullo y Díez, 2007).

Por todo ello, es que este trastorno no se trata de un constructo social, o algo relacionado únicamente con el entorno del niño y su educación, sino que el origen se debe en buena parte a modificaciones específicas en determinados cromosomas que componen el genoma humano, como explicación más plausible hasta la fecha.

- ***Factores neuroquímicos***

Las teorías explicativas neuroquímicas describen como origen de las disfunciones comportamentales, cognitivas y emocionales atribuidas al TDAH a un fallo en el desarrollo de los circuitos cerebrales del córtex prefrontal, los ganglios basales y las conexiones frontoestriadas, lo que provoca fallos en el sistema ejecutivo del cerebro y los mecanismos de inhibición y autocontrol (Soutullo y Díez, 2007).

Estos fallos en el funcionamiento cerebral se explican debido al desequilibrio de los neurotransmisores dopamina y adrenalina (sustancias químicas del cerebro encargadas de transportar la información) que provoca que la producción de estos dos neurotransmisores sea irregular. Este déficit de dopamina y noradrenalina genera problemas en los circuitos reguladores de varias zonas del cerebro como el córtex prefrontal, el cuerpo caloso y los ganglios basales lo

que altera el funcionamiento de las funciones ejecutivas, responsables de dirigir el foco de atención, planificar, organizar y regular la conducta e inhibir estímulos irrelevantes del entorno.

- ***Factores psicosociales***

Más allá de los agentes ambientales que no parecen implicados en el origen del trastorno (aditivos, determinados alimentos) algunos estudios si relacionan algunos agentes externos como precipitantes o contribuyentes a la aparición del TDAH durante la etapa gestacional (factores Prenatales) o cerca del nacimiento (perinatales) como: el tabaquismo (Langley, 2005 y Thapar, 2009) y el estrés y ansiedad maternas durante el embarazo (Rice 2010, Van der Bergh y Marcoen, 2004,2005). Pero no existen evidencias científicas concluyentes acerca de que exista una relación directa de causa efecto sobre estas variables.

A pesar de que el estilo de crianza y la educación recibida no es origen del trastorno, si contribuye a agravar los síntomas y su evolución en los/as niños/as que ya presentan el trastorno, por lo que la elección de intervenciones psicológicas, educativas y familiares adecuadas contribuyen a una mejoría de los síntomas y a un mejor pronóstico.

De la misma manera los niños/as que presentan este trastorno generalmente desencadenan consecuencias tanto a corto y largo plazo, como las siguientes: Disminución del rendimiento académico, a largo plazo los problemas con los estudios pueden derivar en un fracaso escolar, dificultando el paso del niño/a a cursos superiores, e incluso en abandono escolar. Lo anterior puede provocar que los profesores, que pasan más tiempo en clase

interactuando con los niños/as con TDAH, tienden a mostrarse más controladores y a responder con mayor número de conductas negativas.

Por otra parte, otra consecuencia importante de mencionar es la dificultad en el desarrollo social y emocional, debido a los múltiples problemas en las relaciones con los compañeros, ya que el niño con TDAH tiende a tener pocos amigos duraderos y relaciones menos estrechas. Es decir que estos tienden a ser apartados por el rechazo social. Otros estudios, han demostrado que la percepción errónea de los niños/as con TDAH de su aceptación o rechazo social: En general, sobrestiman sus competencias (física, social y académica) y las autopercepciones suelen ser más inexactas en las áreas más comprometidas. Otros estudios, aportan datos contradictorios a este trabajo, y encuentran que los niños con TDAH se perciben a sí mismos como diferentes a los demás niños de su edad, y tienen una mayor tendencia a verse peor en otras áreas como la escolar (sienten que no rinden tan bien como sus pares), la social (son conscientes de su rechazo social), la física (están infelices con su apariencia física) y la de bienestar (se sienten infelices con ellos mismos en general).

Además, Fernández-Jaén (2009) menciona que: “En un reciente estudio sobre los estilos educativos en familias con un hijo/a con TDAH, se reveló que los padres de estos niños se muestran menos confiados e involucrados en la relación, despliegan menos conductas calurosas y tienden a usar con mayor frecuencia el castigo corporal”. Lo anterior, puede afectar el desarrollo socioemocional del niño/a, provocando con ello la aparición de síntomas depresivos, por los constantes fracasos repetidos en las escuelas y con las repetidas discusiones con los padres por las malas notas y mal comportamiento.

Basado en el argumento anterior se estima que el trastorno de déficit de atención se ha tomado un gran interés por ser estudiado en los últimos años, principalmente como este se manifiesta en la vida adulta.

Por lo que, Servera (2012, p.6) cita a Barkley, Murphy y Fisher (2018), quienes manifiestan que, a pesar de que existen pocos estudios longitudinales con adultos se puede concluir que, con independencia de los tratamientos recibidos, aproximadamente un 15% mantendrá el diagnóstico en TDAH que recibió en la infancia (especialmente si fue un TDAH combinado moderado/severo), un 50% estará en remisión parcial de los síntomas y el resto presentará síntomas significativos. En todo caso, un número muy elevado de ellos, más de la mitad presentará comorbilidad con problemas del estado de ánimo, uso de sustancias o trastornos de personalidad. “En resumen, el impacto del TDAH en la vida de la persona es fuerte y tremendamente expansivo. La convivencia con un niño que presenta TDAH es realmente difícil, tanto en casa como en el aula. Estos niños suelen generar tal grado de estrés que no es extraño que padres o educadores acudan a fármacos u otro tipo de ayuda para mitigarlo” (Servera, 2012, p. 6). Dando lugar que en la edad adulta al no tratarse desde la infancia dicho trastorno, hay una alta probabilidad de que se desarrollen otros problemas psicológicos, siendo vulnerables a los mismos; ya que nunca obtuvieron las herramientas y estrategias indispensables para enfrentarse a las distintas áreas de la vida.

Rodríguez (2010) cita a Mertensmyer & Fine, 2000; Sandler (2001) quienes expresan que el reconocimiento de la influencia de estos factores ha sido motivo de interés para la psicología, en el sentido de generar un sin número de proyectos, que por un lado aportan a esta forma de comprensión de las problemáticas psicológicas y por otro enfatizan la necesidad de desarrollar

programas de atención que estén dirigidos a la prevención psicosocial. Tomando esta línea de trabajo y el interés por el desarrollo del niño y de los jóvenes, se identifican dos grandes grupos de trabajo en los cuales se discuten los factores de riesgo que amenazan el desarrollo y bienestar tanto de los niños como de sus familias, así como los factores de protección vistos en una relación de complementariedad para cerrar el ciclo de comprensión en este campo.

Por consiguiente, Los estudios de psicopatología han mostrado que algunos problemas y trastornos iniciados en la infancia o la adolescencia persisten hasta la edad adulta, y se asocian con otros trastornos psiquiátricos (Caraveo-Anduaga, Colmenares-Bermúdez y Martínez-Vélez, 2002).

Retomando este punto, en efecto se hace necesario trabajar prontamente en desarrollar planes preventivos para alteraciones psicológicas que se suelen manifestar en la edad adulta, derivado de problemas no tratados en la infancia; tal como se ha estudiado en el caso de niños y niñas diagnosticados con TDA. Realizar un trabajo en conjunto con los adultos más próximos a proporcionar el desarrollo adecuado a nivel conductual y emocional en los niños, podría generar una disminución de problemas psicológicos en la vida adulta y un favorecimiento a la salud mental de los mismos. Por esta razón, se hace muy importante destacar la prioridad del trabajo en conjunto con los padres y docentes que conforman el entorno de los niños/as y que usualmente son los principales protagonistas en generar problemas psicológicos posteriores en los niños/as y no en proporcionar un entorno en el que desarrollen habilidades para vivir con TDA.

Todo lo dicho anteriormente permite confirmar que, si los padres y docentes no poseen las estrategias y herramientas para manejar el TDA de su hijo/a y estudiante, es probable que estos niños/as en la vida adulta sean vulnerables a desarrollar alteraciones psicológicas.

## **Prevalencia del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad**

### **Prevalencia a nivel mundial:**

Primeramente, se comenzará mencionando que el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es un síndrome neurológico frecuente caracterizado por hiperactividad, impulsividad y pobre capacidad de atención, alteraciones que son inadecuadas para el grado de desarrollo del niño. Según el DSM- IV-TR (2002), La prevalencia de este trastorno se ha estimado en un 3 -7 % de los niños en edad escolar. Estas cifras varían en función de la naturaleza de cada población estudiada y del método de evaluación. Los datos sobre la prevalencia en adolescentes y adultos son escasos. Es decir que este trastorno, es uno de los diagnósticos más frecuentes entre niños y adolescentes, y el más común en la juventud.

Al realizar una comparación en cuanto a la prevalencia de este trastorno a lo largo de los años y de las diferentes ediciones del manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales desde su tercera edición, hasta la quinta, podemos indicar que existe un aumento evidente en cuanto al porcentaje de niños/as diagnosticadas con este trastorno en todo el mundo. La quinta edición menciona que, las encuestas hechas a la población sugieren que el TDAH ocurre en la mayoría de las culturas en aproximadamente el 5% de los niños/as y el 2,5% de los adultos.

Por otra parte, las regiones con mayor variabilidad en los rangos de prevalencia son África y Suramérica, que además tienen las mayores cifras de prevalencia, las cuales de manera general se encuentran muy por encima de la media.

### **Prevalencia a nivel latinoamericano:**

Según la Liga Latinoamericana para el Estudio del TDAH, en Latinoamérica hay 36 millones de personas afectadas, con menos de una cuarta parte recibiendo un manejo adecuado. En Colombia, según el estudio de Hoai Danh Pham, publicado en el 2015, al citar el artículo del doctor Pineda del año 2001, Colombia resulta ser el país con la prevalencia de TDAH más alta a nivel mundial, con un 17,1% de la población. El dato mencionado anteriormente es igualmente confirmado por Vélez en 2012, cuando describe que la prevalencia en Colombia es mayor que en otros países, además de plantear que se necesitan más estudios estructurados para unificar criterios y poder establecer una prevalencia real en el país, al encontrarse datos muy variados en diferentes estudios realizados en diferentes ciudades y bajo diferentes metodologías.

Otra investigación hecha en el año 2015, realizada en Costa Rica sobre la prevalencia del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), menciona que existen múltiples reportes sobre el alza del trastorno en niños escolares en Venezuela (10%), Puerto Rico (8%), Brasil (9%), Colombia (11%), y Argentina (9%). A pesar de que estos estudios sugieren que la prevalencia de TDAH en América Latina es mayor que en Norteamérica (aproximadamente 6%), un meta-análisis realizado recientemente encontró que, al controlarse las variaciones en las metodologías, la prevalencia de TDAH en niños escolares, en diferentes naciones en el mundo es del 5.29%. Aunque hay reportes que indican que la prevalencia se manifiesta en su mayoría en niños, en comparación con muestras de niñas en estadounidenses;

estudios de Brasil y Argentina (pero no de Venezuela y Colombia) no arrojan números más altos para los hombres.

### **Prevalencia en El Salvador:**

Para comenzar, es necesario mencionar que en El Salvador no existe una base de datos en donde se tome en cuenta las dificultades psicológicas que pueda presentar un alumno en su desarrollo académico. Es decir, al investigar a profundidad existen diferentes programas establecidos por el Ministerio de educación que se centran principalmente en factores de riesgos sociales o apoyo en cuanto a la estructura de la escuela y donaciones de materiales educativos.

Por otra parte, es indispensable indicar que existen pocos estudios realizados, ya sea por estudiantes de diferentes universidades o incluso las propias escuelas tanto públicas como privadas, para plantear una prevalencia sobre el diagnóstico del trastorno déficit de atención con o sin hiperactividad. Además, no se le da la debida importancia a las diferentes dificultades que un alumno pueda enfrentarse y a la educación tanto de padres como de maestros sobre dicho trastorno.

### **Creencias o Mitos que se tienen sobre el Trastorno de Déficit Atencional.**

De acuerdo con los portales web y profesionales que se encargan de proteger al alumno o individuo con TDAH, se encargan de reflejar los mitos que existen en torno al TDAH y, además, trabajan por aclarar de manera empírica o científica de qué manera esos mitos se derrumban cuando vives o trabajas con el trastorno. Desde la Universidad Clínica de Navarra (2015) se explican algunas falsas creencias sobre el TDAH:

1. Los padres tienen la culpa del TDAH y el diagnóstico es poco fiable: El 75% del trastorno es genético, por lo cual su origen es biológico y, por lo tanto, afecta al nivel y atención en la actividad, a la inhibición de ideas o actuaciones y a la concentración entre otros factores relevantes para la vida cotidiana del individuo, por lo que su diagnóstico es muy fiable.

Estas conclusiones confrontan con lo expresado por Cano (2010)<sup>3</sup> que nos dice que no es una enfermedad orgánica, sino un conjunto de perturbaciones formando parte de una secuela más del maltrato infantil, cuya solución reside en más afecto y comprensión, por parte de los adultos responsables. Además, se rompe otro falso mito al pensar que los síntomas de TDAH son leves, se trata de una enfermedad falsa, fruto del poco aguante de los padres de hoy, del perfeccionismo y la exigencia excesivos, ya que existe una base científica sólida que ha probado lo contrario.

2. El tratamiento del TDAH debe ser primero sin medicación, y si no mejora se puede usar medicación, porque los fármacos son peligrosos: Es otro falso mito más, que aclara la Universidad de Navarra. El tratamiento del TDAH pasa por un entrenamiento de los padres, definiendo reglas de disciplina y normas sociales, los profesionales a nivel escolar o de apoyo en actividades, dirigiendo planes de actuación en los centros en las diferentes áreas por lo que la medicación no debe de ser nunca la única salida, sino una coordinación entre todos, aunque la toma de la medicación sea imprescindible en la mayoría de los casos. Cuanto más sepan, lean y pregunten los padres sobre el TDAH mejor podrán ayudar a su hijo.

La fundación cadah (2012) sigue haciendo incisos en la medicación aclarando falsos mitos que la rodean, como los siguientes:

---

<sup>3</sup> Psicoterapeuta y Escritor.

3. Las medicaciones producen adicción, porque son drogas o la medicación produce una reducción del crecimiento en altura del niño: El Metilfenidato<sup>4</sup>, del que se habla mucho, no produce adicción. Aunque químicamente es similar a la anfetamina, a dosis normales, no produce efecto euforizante. El Metilfenidato, al tratar el TDAH, de hecho, reduce el riesgo de que el niño en el futuro abuse de drogas, porque disminuye su impulsividad. Por otra parte, respondiendo al mito del crecimiento, hay estudios que prueban una menor talla en edades anteriores a la adolescencia, pero no se encontraron diferencias más tarde, alcanzando la talla esperada en la adolescencia.

Ruiz-Lozano (2006)<sup>5</sup> se encarga de romper falsos mitos y poner sobre la mesa las realidades del TDAH:

4. Los sujetos que tienen TDAH de niños lo superan al llegar a la adolescencia: En muchas ocasiones, los deterioros debidos al TDAH no son muy apreciables hasta la adolescencia, debido al mayor control que se requiere en la escuela y en los entornos en los que se desarrollan en la infancia. Además, el TDAH puede ser sutil, pero poder presentar más dificultades durante la adolescencia que en la infancia.

---

<sup>4</sup> El **metilfenidato**, también abreviado como **MFD**, es un medicamento psicoestimulante aprobado para el tratamiento del trastorno por déficit de atención con hiperactividad, el síndrome de taquicardia ortostática postural y la narcolepsia. También podría ser prescrito para casos de fatiga y depresión resistentes a tratamientos.

<sup>5</sup>Psiquiatra Infanto-Juvenil. Servicio Murciano de Salud.

### **III. Justificación de la propuesta**

Los niños con TDA, se perciben emocionalmente como latosos, traviosos, malos, no queridos tontos, sin amigos; Esto les genera sentimientos de minusvalía; se sienten como individuos raros o diferentes. Las conductas compensatorias para tales sentimientos son, con frecuencia son negativas y destructivas (Uriarte, 1998). Socialmente tienen dificultades para relacionarse debido que su grupo de pares los excluyen, sea porque no saben jugar, sea porque siempre quieren ganar y, cuando no lo logran, hacen trampa y rabietas.

Asimismo, Neufeld y Foy (2006), documentan que el TDA está asociado, con un bajo rendimiento académico, actividad escolar disminuida, alto índice de reprobación, suspensiones y expulsiones escolares, pobre relaciones con sus padres y familiares, ansiedad, depresión, agresión, problemas de conducta y con la autoridad. Por lo tanto, en las diferentes investigaciones consultadas existe un vacío en cuanto a desarrollar en los padres, tutores familiares y maestros, estrategias para fomentar las habilidades sociales, autorregulación emocional, autoestima saludable y una adecuada relación afectiva con los niños/as.

De igual manera al retomar lo anterior, se podría lograr que los niños que presentan déficit de atención, se integren adecuadamente en un 100% al ámbito familiar, académico y social, ya que van a adquirir habilidades socioemocionales que les permitan entablar y fortalecer, relaciones sociales asertivas, una gestión emocional y autoestima positiva. De lo contrario al no tratarse, en su vida adulta podrían ser vulnerables a experimentar con sustancias tóxicas y bebidas alcohólicas, son propensos a tener accidentes de tránsito, a presentar dificultades en sus relaciones sociales, matrimoniales, académicos y de trabajo

Por consiguiente, esta propuesta ayudará a brindar una herramienta a profesionales de la psicología, por medio de un programa preventivo de las alteraciones en la vida adulta, dirigido a padres, tutores familiares y maestros para que logren construir un desarrollo socioemocional en los niños/as con déficit atencional.

#### **IV. Objetivos de la propuesta**

##### **Objetivo general:**

Diseñar una propuesta de un programa preventivo de las alteraciones psicológicas, dirigido a padres, tutores familiares y maestros con niños/as con déficit atencional de escuelas especiales y organizaciones.

##### **Objetivos específicos:**

- Formar una propuesta, que plasme la importancia de la prevención de las alteraciones psicológicas, que pueden presentarse en la vida adulta, en niños/as que presentan el trastorno de déficit atencional.
- Educar a los padres, tutores familiares y maestros, sobre el trastorno de déficit atencional y sus implicaciones, para la prevención de futuras dificultades psicológicas.
- Informar con la elaboración del presente programa de prevención, sobre las alteraciones de orden comportamental asociadas con el trastorno de déficit de atencional en los niños/as.
- Prevenir las alteraciones psicofisiológicas, por medio de la orientación a los padres, tutores familiares y maestros, sobre el trastorno de déficit atencional, para el adecuado manejo y desarrollo socioemocional en niños/as que padecen este trastorno.
- Presentar una propuesta que ayude a la prevención de conductas adictivas en la adolescencia o vida adulta, de niños/as con el trastorno de déficit atencional, por medio de la guía de los padres, tutores familiares y maestros.

- Sensibilizar a padres de familia, maestros o tutores familiares en cuanto a las razones de la conducta desatenta e hiperactiva que pueden presentar los niños con déficit de atención.
- Generar un cambio de conducta en padres de familia, maestros o tutores frente a los niños con déficit de atención, que permita potenciar su autoestima y regular el comportamiento.

## V. Metas

- Lograr diseñar en un 100% una propuesta de un programa preventivo de las alteraciones psicológicas dirigido específicamente a los padres, tutores familiares y maestros de niños/as con déficit atencional.

- Lograr brindar información bibliográfica en un 95% sobre distintas investigaciones experimentales y teóricas abordando las alteraciones psicológicas y los distintos planes preventivos y/o de tratamiento psicoeducativos dirigidos al trabajo con los padres y maestros de niños con déficit atencional.

- Lograr brindar información bibliográfica en un 95% sobre las principales dificultades y necesidades de los padres y maestros enfrentan al tratar con un niño/a con déficit atencional en el proceso de desarrollo socioemocional.

- Lograr planificar en un 100% diversas actividades y técnicas psicoeducativas para que padres, tutores y maestros entrenen habilidades y herramientas psicológicas que favorezcan el desarrollo socioemocional de niños/as con déficit atencional.

- Lograr proporcionar en un 100% un programa preventivo de las alteraciones psicológicas en la adultez en el que se incluyan técnicas y estrategias psicoeducativas dirigidas para padres, tutores y maestros de niños /as con déficit atencional.

- Lograr brindar en un 100% a los profesionales de Psicología Clínica un programa preventivo de las alteraciones psicológicas dirigido a padres, tutores y maestros con niños/as con déficit de atención.

## **Capítulo II**

### **1) Fundamentación teórica del trastorno de déficit de atención con hiperactividad.**

#### **a) Antecedentes**

El déficit atencional es una de las problemáticas más prevalentes hoy en día en la población infantil a nivel mundial. La Asociación Americana de Psiquiatría considera que entre el 3% y el 7% de los niños en edad escolar presentan el trastorno (Barkley, 1997). Sin embargo, algunos estudios (Pineda, Henao y Kamphaus, 1999) han informado que esta prevalencia podría ser más alta cuando se aplican los criterios del DSM-IV, alcanzando valores superiores al 15%.

El DSM IV-TR (American Psychiatric Asociación, 2000) menciona la clasificación de este trastorno que puede ser del subtipo hiperactivo impulsivo, combinado y predominio déficit atencional. Esta conceptualización ha tenido una historia de evolución que a medida que avanza la ciencia y la investigación se ha ido perfeccionando.

Barkley (1990), nos menciona varios hechos importantes los cuales son:

Inicialmente, alrededor del año 1902, los síntomas se atribuían a una pobre inhibición de la voluntad y defectos en la regulación moral de la conducta. En 1934 se inició su control orgánico sin demostrar todavía niveles de efectividad adecuados. Hacia 1940 se trabajó como un síndrome cerebral mínimo.

Posteriormente, alrededor de 1957, los problemas con la hiperactividad fueron los mayores rasgos del trastorno, se empezó a hablar del impulso hiperquinético de estos niños/as. En 1960 los estudios se centralizaron a nivel cerebral, encontrando implicaciones del lóbulo frontal. Hacia 1968 se definió que la reacción hiperquinética solo era en la infancia. En 1980 el interés estuvo más dirigido a atención sostenida y control de impulsos. En la versión del DSM-III (American Psychiatric Asociación, 1980) se hablaba de trastorno por déficit atencional con o sin hiperactividad y desde 1994 se retomó el trastorno por déficit atencional con hiperactividad.

En síntesis, la historia de lo que ha sido la conceptualización y caracterización del trastorno se puede subdividir como lo hace Barkley (1990) en cuatro grandes períodos:

- La edad del niño con daño cerebral (1900 a 1960).
- La edad de oro de la hiperactividad (1960 a 1969).
- La ascendencia del déficit atencional (1970 a 1979).
- La edad del criterio diagnóstico y el decaimiento de los déficits atencionales (1980 a 1989).

Por lo tanto nos quedaría por preguntar ¿en qué período nos encontramos?, teniendo en cuenta que es una etapa en la cual la tecnología y la farmacología han avanzado y se trabaja con diferentes tipos de medicación como metilfenidato, dextroanfetaminas, remolina, metanfetamina, entre otros (Spencer, Biederman y Wilens, 1996) y con biofeedback de actividad electroencefalográfica para disminuir los síntomas de estos niños (Othmer, Othmer y Kaiser, 2000) y que la terapia conductual, cognitiva y la neuropsicología, junto con otros profesionales también han avanzado en el entendimiento e intervención de estos trastornos. Probablemente

estemos entonces en la etapa del entendimiento de la neuropsicología del déficit atencional, la hiperactividad y la impulsividad.

Barkley (1990), señala que:

Actualmente se puede evidenciar que continúan las controversias que han existido sobre los componentes y las teorías explicativas del déficit atencional/hiperactividad. En la última década, 1990 a 2000, se han fortalecido diferentes concepciones que sustentan diferentes tipos de intervención. Por ejemplo, se habla del déficit atencional/ hiperactividad con un componente fuertemente motivacional. Un ejemplo de ello es la “redefinición” que Barkley, uno de los principales investigadores en el tema, menciona: “El déficit atencional/hiperactividad consiste en deficiencias del desarrollo en la regulación y en la conducta gobernada por reglas y consecuencias. Estas deficiencias dan lugar a problemas con la inhibición, inicio o sostenimiento de respuestas a tareas o estímulos, y adherencia a reglas o instrucciones, particularmente en situaciones en donde las consecuencias para la conducta son demoradas, poco frecuentes o inexistentes. Las deficiencias son evidentes en la infancia temprana y probablemente son de una naturaleza crónica. A pesar de que puede mejorar con la maduración neurológica, los déficits persisten en comparación con niños normales de la misma edad, para quienes su actuación en estas áreas mejora con el desarrollo” (p.71).

Esta interpretación como un trastorno motivacional, más que biológico, trae consigo implicaciones importantes como el dejar de culpabilizar al niño por su conducta, permitir que padres y profesores tomen un rol más directivo, especificar el tipo de evaluación en estos aspectos y permitir especificar un tratamiento más a largo plazo y con mayor mantenimiento de las ganancias del tratamiento (Barkley, 1990, 1997).

Por otra parte, el enfoque biológico trabaja cada vez más en el entendimiento de los procesos cerebrales implicados en el ADHD, sugiriendo la presencia de un déficit a nivel bioquímico en niños con déficit atencional e hiperactividad. Específicamente se ha propuesto una disfunción o retraso en el desarrollo de los mecanismos cerebrales inhibidos dando como resultado una activación permanente de los mecanismos excitatorios. Una reducción en la cantidad de norepinefrina en las regiones posteriores al hemisferio cerebral derecho sería responsable de la activación anormalmente sostenida de los sistemas atencionales (Cabanyes y Polaino-Lorente, 1997; Taylor, 1991; Zimetkin y Rapoport, 1987, citados por Roca y Alemán, 2000). Esta postura, por supuesto, ha sentado las bases para los tratamientos farmacológicos de los niños. Dentro de este aspecto están la ritalina o metilfenidato, las dextroanfetaminas y la pimolina, entre los fármacos más utilizadas, que son la forma de intervención que ha tenido una de las mayores acogidas y ha demostrado resultados adecuados, pero con algunos efectos secundarios (Ministerio de Salud de Colombia, 1996; Puerta, 1999; Toro, Castro y García, 1998).

Sin embargo, en esta misma corriente, autores como Evans y Abarbanel (1999) mencionan que las personas que exhiben síntomas del trastorno de déficit atencional tienden a producir un exceso de ondas delta, theta y alfa; estas ondas son de baja frecuencia, especialmente theta y delta.

Por lo tanto, el cerebro por razones diversas, tiende a producir un exceso de estas frecuencias. Entrenar el área de la corteza subcallosa proyecta conexiones y permite reflejar cómo está operando (Robbins, 2000), lo cual ha sustentado la terapia de biofeedback de actividad cerebral o neurofeedback que hasta el momento ha mostrado resultados exitosos y

estables a lo largo del tiempo (American Biotech Corporation, 2000; Lubar y Lubar, 1984; Lubar, Swartwood, Swartwood y O'Donnell, 1995; Monastra et al., 1999; Othmer et al., 2000; Othmer, Othmer y Marks, 1991; Tansey, 1993). Es así como en la última década, los esfuerzos científicos han podido avanzar más en el entendimiento del ADHD como un trastorno con altos niveles de implicaciones neuropsicológicas que nos permiten aclarar más las dificultades que presentan estos niños.

Ahora bien, a lo largo de la historia se han desarrollado tres métodos explicativos para dar una respuesta al origen del déficit Atencional:

Modelo Atencional: Douglas propone este modelo en (1983, 1984), en el que plantea cuatro factores predisponentes para el TDAH: 1) déficit en la inhibición de las respuestas impulsivas, 2) búsqueda de estimulación/gratificación inmediata, 3) poco interés por el esfuerzo que requieren las tareas complejas y 4) poca capacidad para solucionar problemas. En este modelo se da menos importancia a la hiperactividad.

Barkley (1990) desarrolló un modelo basado en la Desinhibición Conductual según el cual la hiperactividad y la impulsividad no son elementos aislados, sino que ambos conforman un patrón generado por la dificultad para inhibir la conducta. Este autor señala dos tipos de déficit en el TDAH: a) una incapacidad para generar conducta moldeadas por las contingencias, que le llevaría a fallar en el proceso de interiorización de las normas, y b) una respuesta anormal a las consecuencias del medio.

Posteriormente, Barkley (1998) desarrolla el Modelo de Autorregulación, según el cual en el TDAH existiría una desinhibición conductual que le impediría inhibir respuestas, cambiar patrones habituales y controlar las interferencias. Esto dificultará el desarrollo de funciones cognitivas superiores por lo que tendría poca memoria de trabajo, un retraso en la internalización del habla, un débil control del afecto y un déficit motivacional. Tendrían dificultades para desarrollar conductas orientadas a objetivos, para ser persistentes, controlar su conducta y activación emocional, y para organizarse.

## **b) Base teórica**

### **Concepto.**

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es una patología de etiología genética y neurológica cuya prevalencia se ha estimado en un 3-7 % de la población de niños en edad escolar (American Psychiatric Association, 2002).

Por lo tanto, el déficit atencional es uno de los problemas psiquiátricos más frecuentes en la infancia y adolescencia. Este concepto se aplica a los niños que, además de su excesiva inquietud, tienen dificultades para concentrarse y, por lo tanto, problemas en el aprendizaje, que no pueden evitar comportarse de una manera poco adecuada y que se muestran inmaduros para su edad. Además, es esencial para ser incluidos en esta categoría que mantengan este comportamiento de forma persistente (Martínez y Cádiz, 2010).

Es decir que el núcleo diagnóstico de este trastorno lo compone la inatención y la hiperactividad-impulsividad. Los síntomas aparecen antes de los 7 años de edad, se presentan

en dos o más ambientes (escolar, familiar, etc.) y causan un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral (Martínez y Cádiz, 2010).

Además, la sintomatología no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico y no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (American Psychiatric Association, 2002).

### **Características de la conducta de los/as niño/as con TDAH.**

Martínez y Cádiz (2010), mencionan que los niños/as con déficit atencional presentan las siguientes características:

- **La Conducta Desatenta.**

El origen de estas manifestaciones de desatención podría radicar en la existencia de un déficit cognitivo o de falta de motivación para realizar las tareas. Se debe tener en cuenta que los niños/as hiperactivos se desmotivan con mucha facilidad porque tienen que realizar un mayor esfuerzo para mantener la atención. En muchas ocasiones sienten que el esfuerzo que tienen que realizar está por encima de sus posibilidades y por este motivo “tiran la toalla” con frecuencia.

Asimismo, la atención del niño/a con TDAH suele ser dispersa y alterarse con cualquier estímulo por irrelevante que sea. Podría decirse que no son capaz de establecer de forma

correcta un orden de prioridades entre los estímulos que se le presentan. Algunos ejemplos de conducta desatenta son:

- ✓ No termina las tareas que empieza.
- ✓ Comete muchos errores.
- ✓ No se centra en los juegos.
- ✓ Muchas veces parece no escuchar cuando se le habla directamente.
- ✓ Tiene dificultades para organizarse.
- ✓ Se distrae con cualquier cosa.
- ✓ Muy a menudo pierde cosas que necesita.
- ✓ Es muy descuidado en las actividades.
- ✓ Evita las tareas que requieren esfuerzo.

• **La Conducta Hiperactiva y la Falta de Autocontrol.**

Una de las características más llamativas de los/las niños/as hiperactivos es, la excesiva actividad motora, que sobrepasa los límites normales para su edad y su nivel madurativo. Este exceso de actividad motriz se manifiesta normalmente por una necesidad de moverse constantemente y por la falta de autocontrol corporal y emocional.

En la mayoría de los casos la inquietud motora desaparece una vez entrada la adolescencia. Ejemplos de esta conducta son:

- ✓ Movimientos constantes de manos y pies.
- ✓ Se levanta constantemente.
- ✓ Corretea por todos lados.
- ✓ Le cuesta jugar a actividades tranquilas.
- ✓ Está activado como si tuviera un motor.
- ✓ Habla en exceso.

• **La conducta impulsiva.**

Las manifestaciones impulsivas de los/as niño/as hiperactivos tienen dos vertientes, la comportamental y la cognitiva. Cuando se habla de la vertiente cognitiva, se refiere al estilo cognitivo impulsivo, es decir, a la inexactitud, rapidez y pobreza en los procesos de percepción y análisis de la información cuando se enfrentan a tareas complejas.

Mientras que la impulsividad emocional, está ligada a la falta de control motriz y emocional, que lleva a los/as niño/as a actuar sin evaluar las consecuencias de sus acciones, llevado por un deseo de satisfacción inmediata. Algunos ejemplos de la conducta impulsiva de estos/as niños/as son:

- ✓ Se precipita en responder antes de que se hayan completado las preguntas.

- ✓ Tiene dificultades para guardar turno.
  
- ✓ Suele interrumpir o se inmiscuye en las actividades de otro.

- **La Desorganización y la Falta de Autonomía.**

Los/as niños/as con este trastorno se caracterizan por una desorganización personal interna y externa, lo que hace que le resulte más difícil comportarse de forma autónoma. Por otro lado, los padres reconocen esta falta de autonomía de sus hijos, porque necesitan mayor atención y seguimiento que los demás componentes de la familia.

Ahora bien, en la educación de estos/as niños/as la dificultad radica en mantener el equilibrio justo entre lo que se le exige y lo que se exige en función de su propia capacidad.

- **Los Problemas Graves de Comportamiento.**

El déficit de atención con hiperactividad y los problemas de conducta y agresividad coinciden en un 30 – 50% de los niño/as hiperactivos (Hainshaw, 1994).

Muchos niños/as hiperactivos tienen mal comportamiento, reflejado por una mayor dificultad para aceptar la autoridad y los límites a su comportamiento, la necesidad de conocer los resultados positivos de sus actos y obtener recompensas de forma inmediata, o el negativismo desafiante, puede llevar con el paso de los años, a un trastorno serio de conducta.

Sin embargo, no hay que olvidar que los niños/as hiperactivos tienen muy pocas posibilidades de llamar la atención de forma positiva y que, por su inmadurez, necesitan constantemente sentirse aprobados por los adultos. Si carecemos de la habilidad de prestarles la atención adecuada a sus escasas pero buenas conductas, ellos demandarán esa atención de algún otro modo, aunque sea de forma negativa.

- **Retrasos en Habilidades Cognitivas.**

Suelen carecer de habilidades en estrategias de solución de problemas, manifestando mucha menos fluidez y flexibilidad cognitiva, tratando de resolver la situación o tarea de forma rápida y poco reflexiva. Con frecuencia, muestran una memoria a corto plazo disminuida, afectando frecuentemente a la comprensión de instrucciones y a su ejecución.

- **Problemas Emocionales.**

Con frecuencia, suelen mostrar indicadores de ansiedad y estrés, junto a escasa asertividad y bajo autoconcepto y autoestima. Esto, en gran medida, suele estar generado o potenciado por las demandas o presiones de su contexto socio-familiar y/o educativo. Suelen mostrarse como alumnos menos “maduros”, infantiles, rápidamente alterables, y fácilmente frustrados por los acontecimientos.

- **Déficits de Autoconcepto, Autoestima y Asertividad.**

Como consecuencia de la acumulación crónica de frustraciones y castigos, que suelen ir en su mayor parte dirigidos a su persona, más que a su comportamiento inadecuado, debido al modelo socio-educativo de la cultura.

### **Subtipos del trastorno por déficit atencional.**

Aunque la mayor parte de los individuos tienen síntomas tanto de desatención como de hiperactividad-impulsividad, en algunos predomina uno u otro de estos patrones. Por lo que, según la clasificación ofrecida por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), los subtipos, según el síntoma que predomine, son tres y el subtipo apropiado (para un diagnóstico actual) debe indicarse en función del patrón sintomático predominante durante los últimos seis meses. Los tres subtipos son:

**1. *Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, Tipo Combinado:*** Este subtipo debe utilizarse si han persistido por lo menos durante seis meses o más, síntomas de desatención y seis o más, síntomas de hiperactividad-impulsividad. La mayor parte de los niños y adolescentes con este trastorno se incluyen en el tipo combinado. No se sabe si ocurre lo mismo con los adultos

**2. *Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, Tipo con Predominio del Déficit de Atención:*** Este subtipo debe utilizarse si han persistido por lo menos durante seis meses o más, síntomas de desatención (pero menos de seis síntomas de hiperactividad-impulsividad).

**3. *Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, Tipo con Predominio Hiperactivo-Impulsivo:*** Este subtipo debe utilizarse si han persistido por lo menos durante seis meses o más, síntomas de hiperactividad-impulsividad (pero menos de seis síntomas de desatención).

## **2) Consecuencias y secuelas del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad.**

### **Consecuencias del trastorno por déficit de atención e hiperactividad.**

#### **➤ Área escolar**

Al conocer sobre lo que es el trastorno por déficit atencional, podemos mencionar que la incidencia recae en diferentes áreas del entorno del niño/a. Como se mencionó anteriormente la Asociación Americana de Psiquiatría considera que entre 3% y 7% de los niños en edad escolar presentan el trastorno (APA, 2002); sin embargo, Pineda, Lopera, Henao, Palacio y Castellanos (2001), señalan que los niños en edad escolar, de muchos países desarrollados, presentan TDAH entre un 5 al 10% de los casos, lo que reafirma la importancia de la detección precoz del trastorno en los centros escolares, dado que la estancia de los niños en el centro escolar y las actividades que realizan en el mismo son determinantes en el establecimiento del diagnóstico. Por otra parte, muchas veces los niños deficientes que no han sido detectados, se sienten excesivamente presionados por las demandas escolares, aunque su deficiencia sea mínima, su ansiedad y sentimientos de fracaso, se hacen más notorios y evidentes a través de síntomas de TDAH.

De igual manera, el TDAH suele ir asociado a Trastornos del Aprendizaje, por lo que el fracaso escolar es frecuente, sobre todo en los casos en los que el déficit de atención es severo. Lo que genera la aparición de alteraciones perceptivas motrices y en especial el control de la psicomotricidad fina, lo que plantean exigencias difíciles de realizar para estos niños, así como el aprendizaje de la lectoescritura. Lo anterior está relacionado con las principales características

que se tienen de este trastorno, las cuales son la baja tolerancia a la frustración, la irritabilidad y la labilidad del estado de ánimo.

En la actualidad se ha demostrado con diversas descripciones de la emocionalidad en el TDAH, que las personas que padecen este trastorno, en comparación con las que no lo padecen, tienen más dificultad para identificar y procesar las emociones negativas (Norvilitis, Casey, Brooklier y Bonello, 2000) y suelen ser más reactivas y menos empáticas (Braaten y Rosén, 2000; Cole y cols., 1994; Hinshaw y Melnick, 1995; Jensen y Rosén, 2004; Maedgen y Carlson, 2000; Martel, 2009; Melnick y Hinshaw, 2000; Walcott y Landau, 2004). Lo que también tiene un enorme impacto en su rendimiento académico, ya que es frecuente que los niños y adolescentes con TDAH presenten alteraciones en el comportamiento dentro del aula y dificultades para alcanzar un nivel de estudios adecuado.

Cabe pensar que los trastornos conductuales (Déficit atencional, hiperactividad e impulsividad) pueden influir en la presencia de dificultades escolares, tales como: Dificultad para atender las instrucciones, incapacidad para recordar lo que se ha aprendido, frecuente inquietud, movimiento continuo y la falta de control sobre las respuestas impulsivas, entre otras. De igual manera, el maestro o profesor de enseñanza prebásica, básica o media, tarde o temprano deberá enfrentar a algún alumno que presente problemas de conducta, que altere la convivencia con sus compañeros y que interrumpa la clase. La conducta disruptiva que el estudiante presente puede variar considerablemente de acuerdo a la naturaleza del problema que lo afecte, al tamaño del curso, a la materia que se esté enseñando y al tipo de escuela.

Es decir, que muchas veces los educadores pueden sentirse frustrados y sentir ansiedad cuando deben enfrentar a un alumno con problemas de conducta. Si el profesor se siente responsable del manejo conductual y de la enseñanza de este alumno y es percibido como tal por el director del establecimiento. Por lo que, es posible constatar un aumento de la tensión y de la ansiedad en muchos profesores cuando deben enfrentar un alumno con alteraciones de la conducta o desatención. La tensión aumenta en el profesor al saber que el estudiante no mostrará mejoría sin la adecuada atención profesional.

En algunos casos, el profesor puede considerar el problema como “propio del niño” y, por lo tanto, la responsabilidad de la conducta desadaptada recae sobre el propio estudiante. De acuerdo a esta perspectiva, el profesor no cree que su metodología de enseñanza exacerba aún más la perturbación que el alumno presenta. Asimismo, si el profesor estima que es el resultado de alguna dificultad en el hogar del estudiante, va a tener bajas expectativas sobre su rendimiento escolar. Por lo que, es importante mencionar la comunicación constante entre la escuela y los padres del estudiante.

➤ **Área familiar.**

El ambiente familiar es una entidad formativa en el desarrollo de cualquier niño, la cual provee factores protectores y a la vez, actúa como una de las fuentes de estrés. La crianza de un niño que es excesivamente inquieto, con falta de atención e impulsivo ofrece numerosos retos, lo que conlleva a que los padres de niños con TDAH usualmente reporten altos niveles de frustración en sus intentos de manejar y controlar su conducta, siendo la gravedad de las dificultades de los niños un factor importante de la situación estresante. La disfuncionalidad familiar es mayor para los padres de niños con TDAH que para los padres de otros niños y está

consistentemente asociada con las alteraciones conductuales, con la gravedad del TDAH y con la persistencia de los síntomas del TDAH de este trastorno en los niños (Anastopoulos et al., 1992; Biederman et al., 1996; Breen y Barkley, 1988; Webster-Stratton y Herbert, 1994).

Por otra parte, se han realizado muchos esfuerzos para explorar las relaciones entre TDAH y los factores familiares, en donde se han encontrado hallazgos complejos que ofrecen evidencia cada vez mayor de que los síntomas centrales del TDAH como falta de atención y pobre control de impulsos son altamente heredables (Biederman et al., 1995), escasa evidencia para la hipótesis de que las prácticas de crianza sean las causas reales del TDAH (Barkley, et al., 1991; Barkley, 1997). Sin embargo, estos mismos hallazgos sugieren que los patrones de interacción familiar pueden ser una pieza clave para este trastorno; ya que parece estar relacionado con la gravedad y curso del TDAH (Peris y Hinshaw, 2003).

Asimismo, el clima familiar es el reflejo de la dirección del crecimiento personal, enfatizado en la familia y en las características del sistema organizacional y de mantenimiento de la misma, mediante las relaciones interpersonales entre los miembros de la familia (Billings y Moos, 1982).

En 1986 Moos y Moos, describieron el clima familiar en tres dimensiones: La dimensión de relación, en la que se observa la forma en la que los miembros de la familia se relacionan entre sí, de acuerdo a la cohesión y a la expresividad de sus integrantes, así como también, el grado de conflicto de los miembros que la componen. En segundo lugar, se encuentra la dimensión de crecimiento personal, la cual expresa el funcionamiento de la familia y su permisividad para ayudar a sus miembros, a desarrollarse como seres humanos únicos, desde

el punto de vista de la independencia, la orientación hacia el logro, la orientación hacia las actividades intelectuales y culturales, la orientación hacia las actividades recreativas y el énfasis que hace la familia sobre los aspectos religiosos. Y por último la dimensión de mantenimiento del sistema, esta dimensión abarca los aspectos de control y organización de la familia que le permite funcionar como un todo organizado.

Al comprender las ideas anteriores, se debe de mencionar un aspecto sumamente importante, ya que suelen ser los padres quienes valoran si existe o no un problema, en sus hijos y quienes deciden si necesitan ayuda profesional. De hecho, no todos los niños con TDAH se derivan a profesionales, lo que es una información interesante, sobre todo de cara a la actuación temprana y eficaz, ya que se relaciona con las posibles circunstancias que empujan a una familia a buscar la ayuda de un experto. Se sabe, por ejemplo, que los síntomas de depresión materna desempeñan un papel esencial en las relaciones madre-hijo con TDAH, de forma que los niveles de depresión materna predicen prejuicios negativos en los informes de las madres sobre los síntomas de los hijos.

Por otra parte, cuando se han investigado específicamente las posibles diferencias entre niños con TDAH derivados a profesionales y niños con las mismas características, pero que no recibían una ayuda profesional, se ha detectado que los factores relativos a la manera que tenían los padres de enfrentarse con el comportamiento problemático del niño y, en particular, con las dificultades emocionales y sociales que el niño experimentaba en la escuela, eran los factores con un mayor peso. Es más, la gravedad de la conducta hiperactiva parece tener menos importancia para la derivación clínica que el trastorno de conducta o el desequilibrio emocional del niño.

Es decir, que generalmente los padres son quienes pasan la mayor cantidad de tiempo en diferentes interacciones padres-hijo, por lo que ejercen una notable influencia en el moldeado de su comportamiento. Estas relaciones, en el caso de los niños con TDAH, suelen marcarse por el conflicto, probablemente porque éstos son menos dóciles, menos sumisos y solicitan más estimulación y ayuda de sus padres que otros niños. Lo que puede conllevar a la violencia física y psicológica por parte de los padres, al no conocer como intervenir en las diferentes dificultades que presentan sus hijos.

Además, los adolescentes con TDAH tienen significativamente más problemas en sus interacciones familiares que otros jóvenes, más enfados durante las discusiones de sus conflictos, una comunicación más negativa y usan tácticas de solución de conflictos más agresivas. Por lo que, no cabe duda de que el ejercicio de la paternidad y los estilos de crianza, influyen en la hiperactividad. Existen investigaciones que evidencian que la disciplina agresiva es el mejor predictor paterno de la hiperactividad, incluso cuando se controlan los problemas de conducta.

Habría que mencionar, uno de los estudios pioneros que subrayaron la influencia del TDAH en el funcionamiento del sistema familiar, que fue lo llevado a cabo por Donenberg y Baker. Estos investigadores compararon el impacto que ocasionaban en las familias tres grupos de niños en edad preescolar: Un grupo de niños con hiperactividad o conducta agresiva, un grupo de niños que se diagnosticaron como autistas, y un tercer grupo control compuesto por niños sin problemas significativos de conducta. Se comparó la percepción de los padres del impacto que la conducta de los niños había ocasionado en la familia, y se halló que los padres de niños hiperactivos consideraban que éstos habían tenido un impacto negativo en su vida social.

Además, tenían sentimientos más negativos sobre la paternidad, y un mayor estrés relacionado con sus hijos que los padres del grupo control.

Por otra parte, es importante mencionar la influencia que ejercen los niños/as con TDAH, sobre sus hermanos. En un estudio cualitativo en que participaban 11 familias, los hermanos de niños con TDAH manifestaron, a través de diarios y entrevistas, sentirse influidos por la conducta de sus hermanos de tres maneras: Como víctimas de sus abusos, porque se veían obligados por sus padres a ejercer de 'cuidadores' o 'guardianes' de su hermano, y por los sentimientos de tristeza y derrota que experimentaban.

En conclusión, podemos mencionar que el trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad, afecta en diferentes niveles en una familia, dando efectos y consecuencias no solo en el niño/a que padece el trastorno, sino a los padres y hermanos. Lo cual, hace hincapié en la importancia de la divulgación y conocimiento sobre este trastorno.

➤ **Área Afectiva o desarrollo emocional.**

Como ya se mencionaba anteriormente, el trastorno de déficit de atención con o sin hiperactividad, suele tener efectos en diferentes aspectos en la vida del niño/a que lo padece. Entre las líneas de investigación vigentes sobre el TDAH se encuentra aquella que se interesa por las dificultades de regulación emocional. Según Barkley (2010) estas dificultades han sido descritas desde las primeras definiciones del trastorno, pero desde la aparición del DSM-II (APA, 1968) y hasta la actualidad, han sido relegadas a un nivel secundario, sin formar parte de la descripción nuclear del TDAH.

De hecho, en el DSM-5, la baja tolerancia a la frustración, la irritabilidad y la labilidad del estado de ánimo se describen exclusivamente como características asociadas al trastorno. Un posible motivo de su ausencia en los manuales diagnósticos pudiera atribuirse a la dificultad que entraña la evaluación de la esfera emocional, en comparación a la mayor facilidad con la que se evalúan los comportamientos motores-conductuales y de la atención implicados en el trastorno. (Barkley, 2010, p. 11).

Actualmente se ha mencionado en diversas descripciones la emocionalidad en el TDAH. Por lo tanto, se ha descrito que las personas con TDAH, en comparación con las que no padecen este trastorno, tienen más dificultad para identificar y procesar las emociones negativas (Norvilitis, Casey, Brooklier y Bonello, 2000) y suelen ser más reactivas y menos empáticas. Además, las personas con TDAH se muestran más lábiles, padecen cambios impredecibles y frecuentes de humor sobre todo hacía emociones negativas.

Por otra parte, Scime y Norvilitis (2006) informaron que los niños con TDAH se consideraban a sí mismos menos capaces de regular sus propias emociones que sus iguales, pero igual de capaces de atender y comprender dichas emociones. Las personas con TDAH parecen tener dificultades con su motivación intrínseca y se muestran más dependientes de las recompensas, de tal forma que suelen sentirse más frustradas cuando la recompensa se demora (Douglas, 1988).

De igual manera, las personas con TDAH tienen una menor capacidad para resolver problemas, tienden a dirigir su atención a aspectos negativos de la tarea y se muestran menos dadas a buscar ayuda cuando se sienten frustrados (Melnick y Hinshaw, 2000). Fruto de ello, estas personas muestran más dificultad para persistir en el esfuerzo a fin de conseguir un objetivo y tienden a abandonar la ejecución de las tareas. Por lo que, parece que los individuos con TDAH fueran incapaces de inhibir las emociones, sean positivas o negativas, aunque lo más perjudicial es que no inhiban las emociones negativas (la frustración, la impaciencia, la ira, la hostilidad y la reactividad social), ya que la desinhibición de este tipo de emociones es la que conlleva mayor repercusión social (Barkley, 1997). A esta incapacidad de inhibir las emociones es a lo que Barkley denominó "impulsividad emocional".

Hay que advertir que Barkley, también creó un modelo de déficit del control inhibitorio, para explicar la presencia de disregulación emocional en el TDAH. El cual mencionaba que, las dificultades emocionales que presenta la persona que padece TDAH, son el resultado de un fracaso en la función ejecutiva de la inhibición de la respuesta. Podríamos decir que la inhibición es el freno del comportamiento, es decir, lo que detiene la emoción cruda o la reacción automática ante un estímulo y hace posible que la persona responda reflexionada y adecuadamente. El déficit inhibitorio, además de generar una conducta impulsiva, hiperactiva y desorganizada, es el responsable de déficits cognitivos y alteraciones en el resto de las funciones ejecutivas.

Es decir, que la persona que padece TDAH carece de una inhibición conductual apropiada y, por tanto, presenta "Impulsividad emocional", que Barkley (2010) define como "la rapidez o velocidad con la que un individuo con TDAH reaccionará con mayor probabilidad

mostrando emociones negativas a un evento en relación con individuos del mismo nivel de desarrollo o edad sin TDAH" (p. 6).

Por lo que, la impulsividad emocional frustra la capacidad del individuo de regular sus emociones, ya que conlleva un déficit de regulación disciplinada de emociones inducidas (para calmarse, reenfocar la atención, distracción, etc.), dificultad de inducir estados de humor positivos más aceptables (revaloración cognitiva, selección/modificación de situación proactiva, etc.) y un deterioro de la automotivación y activación (alerta) necesarias para sustentar las acciones dirigidas a una meta. Así, según esta teoría explicativa, padecer TDAH conlleva tener dificultades en la regulación emocional.

Por otro lado, se hace necesario mencionar que, a pesar de la falta de consenso sobre la definición del concepto de disregulación emocional y sobre los instrumentos de evaluación empleados, diversos estudios han hallado que sólo un porcentaje de las personas con TDAH presentan dificultades de regulación emocional.

Llegado a este punto, se debe de mencionar que existe otro aspecto fundamental que se debe de tomar en consideración y es la relación existente de una disregulación emocional y el desarrollo socioemocional en niños/as que tienen el trastorno de déficit de atención con o sin hiperactividad. Primeramente, indicaremos que el desarrollo emocional y social ha sido conceptualizado de diferentes maneras. Se ha hablado de desarrollo personal, de inteligencia emocional, de inteligencia social, de desarrollo afectivo, términos de alguna manera equivalentes, que apuntan a la necesidad de considerar estos aspectos para lograr un adecuado autoconcepto y buena autoestima.

Por otra parte, existe una evidente relación entre el contexto social y el desarrollo de las emociones. La capacidad de conectarse con los propios estados de ánimo (autoempatía) y con los estados de ánimo de los demás (empatía) están íntimamente relacionados con la capacidad del entorno de identificar y responder a las señales emocionales que el niño va entregando. La dificultad se presenta cuando, los niños no saben cómo reconocer sus propias emociones, se sienten incomprendidos y reaccionan con ciertas conductas que generan un conflicto constante contra sus iguales o las personas que están en su contexto.

➤ **Área social**

Para empezar, como ya se ha mencionado con anterioridad, las diferentes investigaciones del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad se han centrado en aspectos meramente cognitivos, dejando a un lado otros aspectos clave del desarrollo infantil y de la salud mental, como son las relaciones sociales o la competencia emocional. Actualmente estos aspectos se recogen en las clasificaciones actuales como “características asociadas o secundarias”.

Por lo que, debemos de comprender que es la competencia social en el desarrollo de todo ser humano en la infancia. Por “competencia social”, se entiende el funcionamiento eficaz de una persona en contextos sociales, en función de las capacidades de cada persona. En la década de los ochenta, diferentes autores identifican tres índices de la competencia social: El funcionamiento social (habilidades o comportamientos específicos asociados a la competencia social), los prerrequisitos cognitivos (estructuras cognitivas internas relacionadas con las comportamentales) y los resultados del funcionamiento social.

Al mismo tiempo, números estudios han mencionado las dificultades que tienen los niños/as con TDAH, en cuanto a sus relaciones interpersonales y los esfuerzos que estos realizan por ser aceptados. Por lo que, la aceptación o el juicio de pares (indicadores sociométricos) son medidas indirectas de este funcionamiento social. Estos indicadores sociométricos destacan claramente que el 74% de los niños con un TDAH subtipo combinado son rechazados por sus compañeros y que el estado de rechazo suele ser frecuente y constante.

Sobre la base de lo anterior, podemos manifestar que, las causas del rechazo pueden agruparse en dos conjuntos: Conductas molestas (desorganizadas, antisociales y agresivas) y características de personalidad (mal carácter, egoísta, mal compañero, prepotente, etc.), y ya en menor medida, características académicas (mal estudiante).

Por otra parte, otras investigaciones han identificado patrones de comportamientos asociados a un funcionamiento social inadecuado, que afecta a la calidad de las interacciones personales. Las agresiones verbales y físicas, los comportamientos negativos al entrar en nuevos grupos o en clase (ruidoso, molesto, violar reglas, discutir, etc.) son los comportamientos más asociados con el rechazo de los pares. Además, estos niños se muestran menos adaptativos a la hora de cambiar sus patrones de comunicación en función de las demandas de la tarea, y su estilo de respuesta tiene efectos negativos en el comportamiento con sus iguales.

Las dificultades interpersonales de los niños con TDAH no están restringidas exclusivamente al grupo de pares, sino que se extiende a todo el contexto con el cual mantiene una relación directa, como lo son sus profesores, padres, hermanos etc.

De manera semejante, es cuando estos niños/as, que presentan síntomas del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad llegan a la adultez. En el transcurso de su desarrollo, estos son muy propensos a experimentar con sustancias tóxicas y bebidas alcohólicas desde edades muy tempranas, son propensos a tener accidentes de tránsito y a ser infraccionados por exceder los límites de velocidad, asimismo presentan dificultades en sus relaciones matrimoniales y de trabajo.

En conclusión, este trastorno conlleva a una sintomatología que puede generar diferentes efectos o consecuencias en las áreas en donde más se desenvuelve el niño/a y perdurará en cierta medida hasta la vida adulta, lo que perjudicará directamente en el desarrollo socioemocional, incidiendo en la aparición de otras dificultades, como la depresión, ansiedad, agresiones, etc.

### **Desarrollo Socio-emocional en alumnos con trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.**

Los centros educativos se convierten en contextos de interacción social y emocional de toda la comunidad educativa. Se subraya la importancia de las emociones en alumnos con TDAH (Hernández Cascón, 2015). Prácticas que llevan implícitas consecuencias, repercusiones y controles actitudinales. Conductas muchas de ellas que se potencian o se reducen por la interrelación de los actores implicados en el proceso. Contextos de condicionamiento emocional e ingeniería de emociones según el autor (Aldous Huxley, 2007) en "Un mundo feliz".

Tras diversos estudios, se pueden demostrar diferentes actuaciones complementarias para su aplicación en las aulas; como las conocidas escalas emocionales "Trait MetaMood scale"

(TMMS) para alumnos con TDAH. Ya que estos alumnos con TDAH tienen menores habilidades en el manejo de sus estados emocionales negativos (Verá García. 2011). “El TDAH es un trastorno que influye en las relaciones sociales” (Zapata Boluda, R.M., 2015, p.209) y el rechazo que experimentan estos alumnos y alumnas incrementan los problemas en su relación. Es un Trastorno de gran complejidad en la modulación emocional como señala Thomas E. Brown (2014).

También repercute en sus habilidades comunicativas y sociales. Características todas ellas que actúan negativamente sobre el alumno y/o alumna con TDAH; lo que provoca una progresiva disminución de su autoestima, además de un destacado sentimiento de inferioridad (TroKenber Hechtman, 1999). Trastornos alimentarios y nutricionales (McGough y McCracken, 2000). Inmadurez afectiva por carencias en el dominio social (Peñas Fernández, 2008) entre otras. Su funcionamiento emocional viene determinado por una pobre auto-imagen, se muestran como individuos tristes, inseguros y retraídos. Tienen cambios de humor súbitos. Les cuesta interiorizar y regular sus emociones ya sean estas positivas o negativas, además de dificultad en el reconocimiento y decodificación de las expresiones emocionales faciales (Alsina Masmitja, et.al., 2014). Los niños y niñas con TDAH “muestran gran dificultad para manejar sus frustraciones y modular sus emociones” (Soutullo, 2017, p. 29). Es llegado este punto cuando muestran una desconexión manifiesta, que les genera una inatención y/o escape, con una actitud desproporcionada.

### ➤ **Aprendizaje Socioemocional.**

Durante los últimos años, el aprendizaje socioemocional ha capturado la atención del mundo académico, las políticas públicas y el contexto escolar. Programas y políticas como Promoting Alternative Thinking Strategies (PATHS) y Caring School Community (CSC) en

Estados Unidos; Social and Emotional Aspects of Learning (SEAL) en Inglaterra; Kids Matter en Australia; y Bienestar y Aprendizaje Socio-Emocional (BASE) en Chile, son ejemplos de los esfuerzos que diversos países están realizando en materia de aprendizaje socioemocional (Berger, Alcalay, Torretti y Milicic, 2011; Humphrey, 2013).

Para muchos, el aprendizaje socioemocional es la “pieza que falta” para proveer una educación efectiva a niños y adolescentes (Elias, 1997). El centro CASEL (Colaborative for Academic, Social, and Emotional Learning) define el aprendizaje socioemocional como el proceso de ayudar a niños, e incluso adultos, a desarrollar las competencias fundamentales para la efectividad en la vida. El aprendizaje socioemocional enseña las competencias que se necesitan para manejarse a sí mismos, las relaciones interpersonales y el trabajo de manera efectiva y ética. El concepto del aprendizaje socioemocional está ligado al concepto de inteligencia emocional desarrollado por Mayer y Salovey (Mayer y Salovey, 1997; Salovey y Sluyter, 1997).

Por lo que, el aprendizaje social y emocional es el proceso de desarrollar competencias sociales y emocionales básicas en los niños, tales como la habilidad para reconocer y manejar emociones, desarrollar el cuidado y la preocupación por los otros, tomar decisiones responsables, establecer relaciones positivas y enfrentar situaciones desafiantes de manera efectiva.

En otras palabras, implica el aprendizaje de habilidades, conocimientos y valores que aumenten la capacidad de la niña o niño de conocerse tanto a sí mismos como a los demás, con el fin de usar esa información para resolver problemas con flexibilidad y creatividad (Cohen, 2003). En este sentido, el aprendizaje socio-emocional provee a los establecimientos

educacionales con un marco para prevenir problemas y promover el bienestar y el éxito de los estudiantes (Payton, Wardlaw, Graczyk, Bloodworth, Tompsett & Weissberg, 2000).

Ladd, Birch y Buhs (1999) identifican cuatro signos de un buen aprendizaje socioemocional en la infancia: a) interacciones positivas con los profesores; b) representaciones positivas de sí mismo derivadas de buenas relaciones de apego; c) conocimientos de las emociones; y d) habilidad para regular las emociones. Los niños y jóvenes que son social y emocionalmente competentes se llevan bien con los otros, saben cómo comunicarse efectivamente, son cooperativos, negocian con los demás para resolver los problemas, poseen buenas destrezas para decir que no, saben cuándo y dónde buscar ayuda, realizan una contribución positiva a sus familias y a la comunidad.

Concretamente, se han descrito cinco competencias básicas a desarrollar en los programas de aprendizaje socioemocional (Zins, Weissberg, Wang y Walberg, 2004):

- **Conciencia de sí mismo:** Es la capacidad de identificar y reconocer las propias emociones, de tener una percepción precisa de sí mismo, así como al desarrollo de la autoeficacia, y la espiritualidad y el logro de un sistema de valores.

- **Conciencia social:** Esta competencia incluye la toma de perspectiva, el desarrollo de la empatía, la aceptación y valoración de la diversidad, así como el respeto por los otros.

- **Toma responsable de decisiones:** Comprende el desarrollo de la capacidad de identificar y resolver los problemas, evaluando y reflexionando, antes de tomar decisiones y asumiendo la responsabilidad personal y moral por éstas.

- **Autorregulación:** En esta área se incluye el desarrollo del control de impulsos, la auto-motivación, la capacidad de fijarse metas y cumplirlas. También incluye el manejo del estrés y la habilidad para organizarse.

- **Manejo de relaciones:** Agrupan la capacidad para realizar trabajo cooperativo, pedir y dar ayuda, negociar, y manejar conflictos.

El desarrollo de competencias socioemocionales es especialmente relevante para los niños que, por pertenecer a los sectores más vulnerables, se encuentran en riesgo psicosocial y tienen menos oportunidades de un aprendizaje positivo en esta área.

Tomando en cuenta lo anterior es aquí donde se evidencia la importancia de desarrollar un programa de prevención para que los padres y profesores desarrollen habilidades socioemocionales en niños con déficit atencional, debido a que por el trastorno que presentan son un grupo de riesgo social, de esta manera se estaría garantizando una excelente calidad de vida para los niños y evitaría futuros problemas psicológicos en la edad adulta.

### ➤ **Aprendizaje Socioemocional y Escuela.**

La formación aportada desde la neurociencia acerca de cómo las emociones afectan el aprendizaje cognitivo y socioemocional, ha abierto nuevos horizontes acerca de la transferencia de estos conocimientos hacia la enseñanza, centrándose en el desarrollo emocional positivo (Milicic y López de Lérída, 2009) y en un enfoque más centrado en las competencias que tengan los estudiantes que en los déficit que puedan presentar.

En la escuela los estudiantes no solo aprenden competencias académicas, sino que aprenden desde el punto de vista emocional a conocerse y vincularse consigo mismos y a valorarse; a relacionarse con sus compañeros y con otras figuras de autoridad diferentes a sus padres así como a relacionarse con el mundo externo.

Como plantea Palomera (2009): La escuela es el lugar donde todos los niños, independientemente de su suerte respecto a los nichos familiares en los que vivan, tienen la oportunidad de aprender y desarrollar todas aquellas destrezas y conocimientos que les van a permitir adaptarse a la sociedad y, esta es nuestra apuesta, ser felices (p. 269).

En esta perspectiva el desarrollo de las competencias socioemocionales en el contexto escolar, es un medio para el logro del bienestar socioemocional de las personas. Hay evidencia científica suficiente que respalda la necesidad de promover emociones positivas en el contexto escolar, ya que ellas juegan un rol fundamental en la adaptación individual, en los índices de salud y una mejor adaptación a situaciones adversas o estresantes (Fernández-Abascal, 2009).

El desarrollo socioemocional de los estudiantes no solo constituye un bien en sí mismo sino que también ha demostrado efectos positivos en indicadores académicos. Un análisis de 213 estudios sobre efectos del aprendizaje socioemocional, que abarcaban más de 270.000 estudiantes, desde preescolar a octavo año, mostró de forma consistente, que además de los efectos emocionales se observaba una mejora en el rendimiento académico (Durlak, Weissberg, Dymnicki, Taylor y Schellinger, 2011).

El rol de los profesores en este proceso es de mayor importancia para el desarrollo de niños y adolescentes. En el contexto del desarrollo profesional docente, las

competencias de los profesores para promover el aprendizaje socioemocional de sus alumnos, es uno de los elementos centrales para el logro de una formación integral de los estudiantes y está intrínsecamente ligado a la capacidad de favorecer en los niños el desarrollo de una identidad positiva (Aron, Milicic y Armijo, 2012).

El modelo de clase prosocial de Jennings y Greenberg (2009) sugiere que las competencias emocionales y el bienestar docente se relacionan con los resultados académicos y socioafectivos de los estudiantes. Los autores sugieren que esta relación estaría mediada por tres variables: El vínculo positivo entre profesor y estudiantes, el manejo efectivo de la clase y el desarrollo de competencias sociales y emocionales en los estudiantes. En relación a establecer un vínculo positivo con los estudiantes, los profesores emocionalmente competentes responden efectivamente a las necesidades de sus alumnos en tanto reconocen sus emociones, comprenden las evaluaciones cognitivas asociadas a sus emociones y entienden cómo esas cogniciones y emociones motivan la conducta de los estudiantes.

#### ➤ **Desarrollo Socioemocional y Familia.**

Esta área involucra un proceso mediante el cual el niño adquiere conductas, y construye creencias, normas, actitudes y valores; propios del medio familiar y cultural en el que se desenvuelve; con el propósito de establecer relaciones armoniosas consigo mismo, con los demás y con el medio que le rodea.

Según la especialista en educación preescolar, Licenciada Ana Isabel Fonseca, el período de edad entre los cuatro y cinco años de vida del niño es como un puente, dado que constituye la suma de logros del bebé y el potencial increíble del niño más grande. De esta

manera, el niño se siente poderoso, está haciendo una identificación de sí mismo, y por esta razón es capaz de decirle a la maestra, no quiero, no me da la gana, como al instante decir niñita perdóname, te amo (Comunicación personal, marzo 15, 2000).

Al respecto, el pediatra Jorge Ureña señala que éste es un niño que quiere tocar y probar lo que está a su alrededor, por lo que en ocasiones llega a tener ciertos conflictos con sus padres, quienes deben saber manejarlo, porque si no acabarían diciéndole no a todo lo que el niño realiza desde que se levanta hasta que se acuesta, por ejemplo: No haga, no toque, no vea, cuidado se va en el hueco, cuidado con la bicicleta; por esta razón recomienda que los padres busquen un balance para manejar los límites sin coartar la curiosidad del niño (Comunicación personal, abril 17, 2000).

Al respecto la psicóloga Ana Teresa León afirma que a esta edad el niño sigue demandando una enorme cantidad de atención, necesita de contacto y afecto físico (Comunicación personal, mayo 17, 2000). Según Fonseca, estos niños son sumamente sensibles y perciben mucho la aceptación del adulto hacia ellos, razón por lo cual dicha aceptación es muy importante (Comunicación personal, marzo 15, 2000).

Por su parte López expresa que este es un período que toma desprevenido a los adultos, porque todavía no esperan que el niño reaccione como un individuo de cuatro años. Aunque no cuestiona tanto de manera verbal, a nivel de estructura interna del cerebro, de mapas neurales prácticamente todo lo tiene configurado, entonces empieza a cuestionar su mundo por medio de un lenguaje telegráfico (Comunicación personal, abril 19, 2000). León señala que entre los cuatro y cinco años el niño inicia una etapa de identificación con la figura materna y paterna, cuyo

proceso es complejo porque el niño y la niña inician una etapa de despegue de la madre, para identificarse con el padre. A esta edad el papel del padre en el caso de los varones es muy importante (Comunicación personal, mayo 19, 2000).

Dada esta circunstancia al infante le resulta difícil ver las situaciones desde el punto de vista de los demás. No obstante, es de mentalidad vivaz y muy activo, por lo que se vuelve muy versátil. Teóricamente se plantea que durante este período el niño se muestra más independiente del adulto, se alimenta, se viste, se desviste, y se baña sólo; se cepilla los dientes y no requiere de la ayuda del adulto para usar el baño o escoger su ropa, no obstante, López (Comunicación personal, abril 19, 2000) indica que esta situación no significa que se deba dejar al niño solo, sino que hay que brindarle cierta supervisión.

Esta circunstancia de independencia según lo manifiesta el pediatra Ureña (Comunicación personal, abril 17, 2000) también se visualiza porque los padres empiezan a dejar que el niño realice ciertas actividades sólo, porque han adquirido confianza en él, o viene o ya ha llegado un hermanito. Según León (1998) el niño de cuatro a cinco años es capaz de recoger sus juguetes y disfruta de colaborar en algunas tareas domésticas como poner la mesa, lavar los platos, recoger ropa sucia y barrer, entre otras. Además, la hora de acostarse y dormir ya no es un problema, pues se encuentra en una etapa de incorporación de rutinas.

Algunas veces manifiesta conductas agresivas, aunque su propósito no es totalmente claro. La teoría señala que durante este período al niño le gusta practicar el juego solitario y el juego paralelo, sin embargo, empieza a hacerse evidente los primeros rasgos del juego de asociación donde hay mayor interacción con sus iguales compartiendo el material de juego. A

esta edad los niños también comienzan a manifestar gusto por los juegos competitivos y disfrutan mucho de las dramatizaciones.

Asimismo, manifiesta que a esta edad se le debe dar la oportunidad al niño de resolver en alguna medida sus problemas, pues tiene que aprender a enfrentar y a sentir las consecuencias de lo que hace. No obstante, debe evitarse la agresión infantil, pues por las características de este grupo de edad, los niños podrían estar expuestos a la misma, ya que algunos padres encuentran dificultad para comunicarse eficazmente con sus hijos. López agrega que, durante la etapa de los cuatro a cinco años, el niño demuestra un período de creatividad extraordinaria, se puede sentar con un juguete y armar una historia, ya no depende tanto de sus papás, y se le tiene que brindar el espacio para que él cree su propio mundo.

También señala que el niño de esta edad tiene una capacidad de acomodo extraordinaria, por ejemplo, si se le muere el papá o la mamá, para el niño podría no tener tanto significado porque aún no ha estructurado una serie de lazos que un niño de seis años ya pudo haber hecho.

### **El TDA en la infancia y su persistencia hasta la adultez.**

Sabaté, N.; Tomàs, J. (2005) indican que el trastorno por déficit de atención (TDA) se considera uno de los trastornos más destacados de la infancia y la adolescencia. Este trastorno tiene una alta incidencia en la población clínica psiquiátrica, superando el 50%. El curso de la enfermedad es altamente variable, persistiendo los síntomas en la adolescencia y edad adulta. Interfiere en una gran variedad de áreas del desarrollo y funcionamiento normal del niño, predisponiéndolo en el futuro a patologías psiquiátricas y sociales.

Como se mencionaba anteriormente en El Salvador, se desconoce los datos estadísticos de niños y niñas diagnosticados con déficit de atención; sin embargo, diversos profesionales que han tenido un trabajo directo en las escuelas, han evidenciado que maestros manifiestan tener estudiantes con problemas de concentración, atención o hiperactividad, argumentando que su trabajo con estos niños se hace más complejo; y usualmente suelen presentar un bajo rendimiento escolar y/o problemas de conductas. Así mismo, una investigación realizada en la Universidad de El Salvador por estudiantes de la Facultad de Medicina sobre la prevalencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en estudiantes universitarios, señalando ciertos indicadores sobre la existencia de una incidencia de dicho trastorno en la vida adulta en nuestro país, evidenciándose en los resultados académicos como, en la nota promedio en Prueba de Aprendizajes y Aptitudes para Egresados de Educación Media (PAES) y la nota promedio para ingreso a Universidad de El Salvador (UES), la cual fue de 5 para el año 2012. Además, señalan que ocasionalmente el rendimiento académico no es de excelencia y probablemente sean varios los factores que den lugar a este resultado. No obstante, dicha investigación basándose en la literatura, sospecharon que los resultados podrían tener repercusiones originadas por el TDAH, y por esta razón realizaron una investigación para afirmar o negar dicha hipótesis.

Por lo tanto, para la investigación mencionada anteriormente aplicaron el instrumento test de Wender-Utah, a una muestra de tipo no probabilístico de 106 estudiantes universitarios, en la muestra obtenida se encontraban 69 mujeres y 37 hombres, de 18 a 25 años de edad; dichos estudiantes estaban distribuidos de la siguiente manera, 62 pertenecían a primer año de la carrera de Doctorado en Medicina, 44 a segundo año. Los resultados de dicha investigación plateó los siguientes datos: Al procesar los datos obtenidos se determinó que la prevalencia del TDAH para esta población es del 29.24%, siendo este mayor de lo reportado a nivel mundial, puesto que se maneja una prevalencia de 3-4%, y en la población universitaria según datos de

la OMS es de un 4.35%, otros estudios longitudinales refieren una prevalencia de 4,4% en Estados Unidos, 5,2% en Brasil, 3,4% prevalencia global en Europa, Latinoamérica y Medio Oriente. Esta investigación apuntó que, aunque existen prevalencias, no necesariamente aseguran un fracaso o bajo rendimiento en la universidad; sin embargo, aseguran que los síntomas pueden mantenerse en la vida adulta.

A partir del planteamiento anterior, nos indica que la prevalencia de los síntomas se mantendrá a lo largo de la vida del niño, acompañándolo hasta la vida adulta. Es por ello que Rodríguez-Jiménez, A.I. Cubillo, M.A. Jiménez-Arriero, G. Ponce, M. Aragüés-Figuero, T. Palomo (2006) declaran que, el mantenimiento de los síntomas de TDAH durante la vida adulta tiene consecuencias en la vida diaria que pueden oscilar desde olvidar cosas importantes para el trabajo o la actividad habitual hasta graves dificultades en el manejo y organización de tareas domésticas. Los adultos con TDAH pueden ser considerados como perezosos, poco motivados o con hábitos de trabajo ineficientes. A menudo tienen cambios bruscos de humor, aburrimiento, irritabilidad e inseguridad. Sus dificultades para el control de impulsos hacen que frecuentemente cambien de trabajo, de pareja y amigos. De igual manera, reiteran que la presencia de TDAH en la infancia y su mantenimiento durante la edad adulta se considera un factor de vulnerabilidad para el desarrollo de otros trastornos, como la adicción a sustancias o los trastornos de personalidad.

Joffre-Velázquez VM, García-Maldonado G, Joffre-Mora L (2007) reiteran que si tomamos en cuenta que el TDAH es un problema que clínicamente no desaparece, y que en realidad continúa manifestándose durante toda la vida, se podrá entender porque la investigación

en este campo se ha enfocado en la última década a buscar mecanismos de detección oportuna de casos en la infancia.

Por esta razón, Joffre-Velázquez VM et al. (2007) también comentan que en los últimos cinco años se ha incrementado la investigación clínica y epidemiológica en la población adulta; se ha observado que estos pacientes cuando presentan TDAH tienen un riesgo mayor de presentar un deterioro significativo tanto laboral como familiar, en comparación con aquellos que no presentan el trastorno. Algunos autores opinan que aun cuando falta mucho por investigar sobre este problema, se ha logrado tener conciencia de que un adulto con este trastorno necesita tratamiento integral, incluyendo información y orientación a los familiares.

### **Consecuencias de brindar un diagnóstico tardío de TDAH.**

En los últimos años se ha observado un notable aumento en el conocimiento e información del TDAH o Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad entre la población en general. Además, la detección temprana, la realización de un diagnóstico adecuado, la elaboración de un tratamiento ajustado a las características personales de cada niño y la colaboración entre familia, educadores y asociaciones al favorecer la integración de los niños con TDAH y la mejora de su desarrollo futuro. (Sáenz, 2015).

Sin embargo, existen dificultades en la detección del trastorno de déficit atencional, debido a la existencia de casos con elevada complejidad. Entre las niñas, la detección del TDAH es más fácil cuando el trastorno influye muy negativamente sobre el entorno, es decir, en casos en los que la hiperactividad y la impulsividad tengan el papel protagonista. Por el contrario, en

los casos predominantemente inatentos la detección es muy complicada y suele diagnosticarse tarde o ser confundido con otras enfermedades. (Sáenz, 2015).

De aquí que un diagnóstico tardío del TDAH suele ser fuente de varios problemas asociados ya que involucra aspectos centrales en la vida del niño y de sus padres como la propia autoestima (Wehmeier, Schacht y Barkley, 2010).

Dado a que el trastorno por déficit de atención e hiperactividad puede presentarse junto con otros trastornos psiquiátricos asociados. Estos trastornos son lo que se denominan trastornos comórbidos. Frecuentemente, cuando nos encontramos con un paciente con TDAH con comorbilidades se complica el diagnóstico, empeora la evolución y puede que exista una menor respuesta al tratamiento. Y es todo esto lo que puede originar un diagnóstico tardío que se haya prolongado demasiado y los síntomas hayan estado sin ningún tipo de tratamiento.

Por lo que es importante tener en cuenta que una detección precoz disminuye el riesgo de aparición de trastornos comórbidos. Según Castells (2006)<sup>6</sup>, cuanta más edad presentan los pacientes con TDAH, más probabilidades existen que tengan un trastorno de conducta asociado. Dicho autor, indica claramente que, si el trastorno por déficit de atención e hiperactividad no recibe el tratamiento adecuado, los niños pueden desarrollar con mayor frecuencia conductas agresivas y/o antisociales.

---

<sup>6</sup> Paulino Castells, doctor en Medicina y Cirugía por la Universidad de Barcelona y especialista en Neurología, Psiquiatría y Pediatría.

En segundo lugar, pueden manifestar un bajo coeficiente intelectual que agrave las capacidades lógicas, lingüísticas, matemáticas y sociales del individuo y, en tercer lugar, un bajo nivel educativo y cultural cuyo contexto más deprimido someta al alumno a una mayor dificultad para normalizar sus aptitudes sociales y/o académicas. Podríamos señalar, además, que otros factores asociados como los trastornos específicos del aprendizaje, el TDAH combinado de larga duración o la presencia de antecedentes familiares con TDAH, depresión, ansiedad o con trastorno bipolar, agravaría la situación del niño o adulto con TDAH, apareciendo comorbilidades que pudieran empeorar su evolución o la hiciera más lenta.

Por esta razón, los padres necesitan un diagnóstico temprano de la situación en la que se encuentra su hijo, información muy clara sobre el TDAH, tener presente que el problema tiene solución, pero que, de no tomar las medidas oportunas irá creciendo en los próximos años, disponer de asesoramiento y recibir instrucción directa sobre el tratamiento general del niño y específica sobre las pautas de actuación para casa.

Ya que, con un diagnóstico tardío la evolución del TDAH, es más crónica y se podrá observar que a medida que el niño crece, que llega a la adolescencia, universidad, a la edad adulta, los problemas se complican, y se podría estar hablando ya de problemas académicos, dificultades sociales, drogas, problemas laborales, accidentes, autoestima. (Barrero, 2010).

Es aquí donde, el diagnóstico del TDAH es de gran importancia para paliar posibles problemas en la evolución, en el pronóstico y en la calidad de vida del niño que lo padece ya que la falta de diagnóstico preciso y de una terapia adecuada incrementa la posibilidad de aparición

de comportamientos delincuenciales e irresponsables como el consumo de drogas (Galves-Flores y Rincón-Salazar, 2008).

Por consiguiente, en investigaciones llevadas a cabo por Weiss (1985) y Manuzza (1998) señalan que hasta el 50% de los niños hiperactivos continúan manifestados síntomas una vez finalizada su crecimiento. Entre esas manifestaciones destacan la personalidad antisocial y el abuso de sustancias tóxicas no alcohólicas como la marihuana. Otros trastornos como el del estado de ánimo y la ansiedad no difieren, en gran medida, entre las personas con TDAH y sin él.

Pero anterior al DSM-V se establecía que el TDAH sólo podía ser diagnosticado a edades tempranas y los adultos que lo padecían no podían serlo de manera formal. Sin embargo, el DSM-V establece que, tanto adultos como niños, tienen la posibilidad de ser diagnosticados formalmente como TDAH. Además, en la actualidad, los profesionales clínicos llevan a cabo sus exámenes a los doce años y durante toda la adolescencia para conocer, con mayor precisión, el momento en el que se produjo la aparición de síntomas.

Según Mulas (2011) la falta de diagnóstico tiene como consecuencia numerosos efectos negativos como el infra tratamiento, es decir, un tratamiento inferior al necesario y a menudo insuficiente. Por otro lado, uno de los problemas que dificulta o retrasa el diagnóstico a edades tempranas del TDAH es la falta de un protocolo establecido a nivel nacional en el ámbito educativo y sanitario, lo que provoca que, la forma de abordar el TDAH varía en función del país donde se resida (Sáenz, 2015).

La detección temprana implica aumentar las posibilidades de éxito del tratamiento y reducir la aparición de comorbilidades. En España, a pesar de los avances en los últimos 10 años, la detección es tardía, entre los 6-11 años (educación primaria), y hay un grupo emergente que se sitúa entre los 11-13 años (educación secundaria). El tiempo medio hasta establecer el diagnóstico, según un estudio realizado en el Hospital Clinic de Barcelona, se sitúa entre 3 a 5 años. Es necesario tener en cuenta que a partir de los 14-18 años, dependiendo de cada ciudad el adolescente deja de pertenecer al pediatra de atención primaria (AP) para pasar al médico de familia (MF). Puede suceder que el médico de familia sea ajeno a los problemas del adolescente y del TDAH, que sienta poca sintonía con un paciente difícil al que no conoce ni comprende y al que puede mostrar poco interés, lo que conlleva que el adolescente deje de acudir al sistema sanitario y se pierda. Por todo ello, el adolescente se encuentra en tierra de nadie con un importante vacío asistencial (Soutullo, 2013).

La detección en el adulto es peor que en la infancia ya que, con el paso del tiempo, se van modificando las características clínicas, los pacientes encuentran mecanismos para compensar sus déficits y la comorbilidad añadida va enmascarando su presencia (Soutullo, 2013).

Siempre se había considerado que el TDAH era un trastorno únicamente de la edad infantil, desde los años 70 se empiezan a publicar artículos sobre el TDAH en la edad adulta. Se estima actualmente que en un 50% de los casos, los síntomas persisten en la edad adulta y por ello, teniendo en cuenta la prevalencia del trastorno, las consecuencias negativas sobre los afectados en cuanto a autoestima, fracaso escolar, el riesgo de accidentes o conductas adictivas, la inestabilidad laboral o familiar se sitúa como un problema importante de salud pública. (Del Río, 2014).

En algún grado el TDAH persiste toda la vida. Un 10-20% de los casos tendrán remisión de los síntomas de adultos, pero en el resto persistirán algún tipo de síntomas. La prevalencia global del TDAH entre adultos es del 3-4%, la repercusión en la vida adulta puede ser debido a síntomas que persisten, a problemas secundarios al trastorno o a las dos cosas. Los problemas secundarios al TDAH pueden ser las consecuencias de un fracaso escolar, problemas sociales, conductas de riesgo, etc. Las manifestaciones clínicas y su repercusión van cambiando a lo largo de la vida. (Del Río, 2014).

En la etapa adulta, aunque aparentemente no se aprecie, una persona con TDAH se despista con facilidad, pierde objetos o los olvida, le cuesta organizarse, a menudo no llega a completar las tareas en los plazos establecidos, le cuesta la persistencia en la atención continua (déficit de atención). Su impulsividad se manifiesta por un defecto de autocontrol, tendencia a hablar mucho, a decir sin pensar lo que se le ocurre, a no esperar su turno y a interrumpir; la impaciencia e intolerancia lleva muchas veces a dificultades de relaciones personales y profesionales. Externamente la hiperactividad se hace menos evidente, y más bien se trata de una inquietud interna, las personas con TDAH son frecuentemente muy creativas e intuitivas y en cambio tienen que suplir sus dificultades del día a día buscando alguien cercano que le apoye y ayude en organizarse y planificar (Del Río, 2014).

Finalmente, Herrera, Bermejo, Fernández, y Soto (2011), mencionan que la detección y diagnóstico precoz del trastorno de TDAH, podría paliar los síntomas y evitar problemas futuros de conducta y rendimiento escolar, autoestima y relaciones sociales. La detección puede tener lugar en el entorno familiar y/o escolar, pero es necesario que el diagnóstico lo lleve a cabo un profesional clínico especializado. Éste se basará principalmente en el cumplimiento de los criterios reconocidos internacionalmente de la CIE-10 (WHO, 1992) y del DSM-V (APA, 2013).

En lo que respecta a la evaluación, no existe un acuerdo unánime sobre los diferentes procedimientos. No obstante, lo realmente importante es obtener una historia clínica (desarrollo evolutivo, sintomatología) lo más amplia y detallada posible, completada por la información proporcionada por la evaluación psicopedagógica, por los profesores (a través de la observación y de los informes y escalas) y por los padres y demás personas en contacto con el niño. Partiendo del hecho de que los test son útiles, aunque no definitivos, ya que ninguna prueba por sí sola lo es (Herrera et al., 2011).

### **TDAH, la base para trastornos psicológicos en la adultez.**

Ramos-Quiroga, J. A., Sáez-Francàs, N., Munsó, R. B., Corrales, M., Vinardell, M. F., & Brugué, M. C. (2009) Explican que las quejas principales de un paciente adulto con TDAH suelen ser la imposibilidad de mantener de forma sostenida la atención, los problemas secundarios a los despistes diarios o a la falta de organización y planificación, así como la dificultad en el manejo del tiempo. Por otra parte, si presenta síntomas de hiperactividad, las quejas se centran en no poder realizar las cosas de forma tranquila, ya que presentan una sensación interior de inquietud, un motor interno que no cesa, así como un movimiento constante de manos o piernas cuando deben permanecer sentados o incluso sienten la necesidad de levantarse constantemente del asiento. Aunque dichos problemas son la cotidianidad del adulto con TDAH, también se estima que la gran mayoría de ellos desarrollan otros problemas complejos, los cuales están ligados con la manifestación de otros cuadros psicológicos.

Por esta razón, Ticas, J. A. R., & Ochoa, E. R. (2010, p.1998) Cita a López-Villalobos JA, Serrano-Pintado I; Sánchez-Mateos JD (2004) mencionan que: al igual que en la infancia, la presencia de otros trastornos psiquiátricos asociados al TDAH es frecuente en los adultos. Se

considera que un 60-70% de adultos con TDAH presenta comorbilidad psiquiátrica. Los trastornos comórbidos más frecuentes son el trastorno depresivo mayor (hasta un 28%), el trastorno antisocial de la personalidad (hasta un 23%), los trastornos por consumo de sustancias (19%) y, en menor frecuencia, el trastorno por crisis de pánico y el trastorno obsesivo compulsivo.

De igual manera Murphy KR, Barkley RA, Bus T citado por Ticas, J. A. R., & Ochoa, E. R. (2010, p. 199) explican que:

Cuando se comparan el grupo combinado con los inatentos, se encuentra que los del grupo combinado tienen más conducta opositora-desafiante, han desarrollado más hostilidad interpersonal y sentimientos de desconfianza, se involucran más frecuentemente en conductas suicidas y otras que terminan en arrestos.

Por otro lado, para reafirmar este supuesto y agregar otro dato relevante que Murphy, Barkley y Bus planteaban, se retoma a Biederman J, Faraone SV, Spencer T, Wilens T, Mick E, Lapey KA (1994) retoman en un estudio realizado para identificar las comorbilidades del TDAH a lo largo de la vida, se encontró que las mujeres tenían mayor frecuencia de padecer trastornos ansiosos y trastornos depresivos, en comparación con los hombres que mostraron mayor riesgo a padecer trastornos por abuso de sustancias.

Aunque en ambos sexos manifiestan ciertas diferencias en la manifestación del trastorno, esto no nos desubica de la idea y teoría destacada en donde se reafirma que muchos adultos

diagnosticados con TDAH suelen vincularse con otros problemas psicológicos y los cuales se retomaran a continuación.

### **Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad con Trastorno por Uso de Sustancias (TUS):**

Tener TDAH aumenta el riesgo de desarrollar un trastorno por consumo de sustancias adictivas. Además, el TDAH se ha asociado con un inicio más temprano del abuso de sustancias, con un mayor número de diagnósticos comórbidos de TUS y con mayores dificultades para mantener la abstinencia tras las desintoxicaciones. Por lo que es muy importante en los casos de TDAH, explorar correctamente el uso de sustancias, ya que este implica peor pronóstico. Este riesgo se minimiza con un buen tratamiento del TDAH.

Por consiguiente, el TDAH es un factor de riesgo de padecer TUS, de que el consumo de sustancias se inicie más temprano, de que progrese con mayor velocidad hacia un abuso o dependencia y de que estos trastornos se cronifiquen (tardan más tiempo en lograr la remisión). Y todavía más, la presencia de un TDAH comórbido con un trastorno de conducta en la infancia incrementa aún más el riesgo de padecer un TUS en la edad adulta.

Por otro lado, la presencia de comorbilidad TDAH y TUS implica un mayor riesgo de padecer otra comorbilidad psiquiátrica (trastornos del humor, ansiedad). Es por este motivo que, el clínico debe estar siempre atento y explorar, desde la preadolescencia, el uso de sustancias de abuso en pacientes diagnosticados de TDAH.

Los trastornos relacionados con el consumo de sustancias (TUS) abarcan diez clases de drogas distintas: Alcohol, cafeína, cannabis, alucinógenos, inhalantes, opiáceos, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, estimulantes, y tabaco. Cualquier droga consumida en exceso provoca una activación directa del sistema de recompensa del cerebro que participa en el refuerzo de los comportamientos y la producción del recuerdo, provocando una activación tan intensa que se ignoran las actividades normales (Diagnóstico and statistical manual of mental disorders, 5th Edition: DSM-5, 2013).

De aquí que la sustancia más utilizada es el tabaco y la sustancia ilegal más frecuente la marihuana. En la edad adulta, se ha evidenciado un mayor riesgo de consumos de cualquier sustancia (tanto alcohol y tabaco como: Sustancias ilegales, como cannabis, cocaína, heroína.) en pacientes diagnosticados de TDAH.

Diversos estudios ya han demostrado que el TDAH, representa sin duda un factor de riesgo para el desarrollo de trastornos adictivos, siendo dos veces mayor en pacientes TDAH y cuatro veces mayor en pacientes TDAH con trastorno de conducta comórbido. Los pacientes con TDAH y adicción a las drogas mostraron tendencia a iniciarse a una edad más temprana y a experimentar más libremente el consumo, siendo más intenso y causando un mayor deterioro funcional en relación a pacientes adictos sin TDAH (Zulaque, Zúrich, Sufren y Miles, 2014.).

Es por ello, que un antecedente importante para el desarrollo de TUS es fumar cigarrillos, teniendo en cuenta que la dependencia nicotínica está fuertemente asociada con el TDAH, ya

que se espera que el 40%-50% de los niños con TDAH, sean fumadores diarios en la edad adulta (Molina y Pelan, 2014).

Se ha demostrado que el correcto tratamiento del TDAH en la infancia, incluso con estimulantes, se asocia a un menor riesgo de consumo de sustancias (y la ausencia de tratamiento incrementa los riesgos) y en adultos, hay evidencias de que los psicoestimulantes no exacerban los consumos.

Sin embargo, especialmente en jóvenes con TUS o trastornos de conducta, existe riesgo de uso recreativo de los psicoestimulantes. Por este motivo, se aconseja en estos casos, el uso de atomoxetina o psicoestimulantes de liberación prolongada, que han demostrado ser seguros y eficaces, tanto para los síntomas del TDAH como para la prevención del TUS (incluso algún estudio habla de una mejoría en los consumos) y con buena tolerancia. También se aconseja intervención a nivel psicológico, tanto para mejorar el TUS como para actuar sobre los síntomas del TDAH (Zúñiga<sup>7</sup> y Forteza<sup>8</sup>, 2014),

Existen diversas razones por las que se explicaría la vinculación y la elevada coincidencia entre el TDAH y el TUS:

*Síntomas y rasgos del temperamento:* Algunos adolescentes declaran que utilizan las drogas con el fin de atenuar sus estados de ánimo (hiperactividad, impulsividad, inquietud, irritabilidad) y ayudarles a dormir, y en los adultos fumadores se han descrito mejoras en la

---

<sup>7</sup> Psiquiatra, Doctora en Medicina, Hospital Universitario

Mutua de Terrassa, Hospital Sant Joan de Deu.

<sup>8</sup> Psiquiatra. Hospital Universitario Mutua de Terrassa.

atención y el funcionamiento ejecutivo; por ello, podría considerarse como una razón, la automedicación (Zulaque et al, 2014).

Varios estudios reportan que las drogas más usadas por los pacientes con TDAH son el cannabis y la cocaína, mostrando que los síntomas específicos del TDAH presentan una supuesta mejora cuando se “automedican” (Ohlmeier, Peters, Wildt, Zedler, Ziegenbein y Wiese, 2009), es decir, utilizan las drogas para paliar sus síntomas, ya que con estas experimentan una mejoría.

Vulnerabilidades biológicas: Los estudios sobre las interacciones entre padres e hijos han validado la posibilidad de que los comportamientos de los niños con TDAH causen un estrés en los padres que los conduce al consumo de alcohol. De esta manera, la adicción al alcohol y otras sustancias se produce con mayor frecuencia en los padres de niños con TDAH, a la vez que los hijos de dichos padres son más propensos a tener síntomas de TDAH o a obtener rasgos de personalidad que incluyen expresiones dimensionales de la sintomatología del TDAH (Molina y Pelan, 2014.).

Por tanto, existe una relación transaccional dinámica entre el comportamiento problemático de los niños y los padres, un enlace entre contribuciones genéticas y epigenéticas<sup>9</sup> compartidas. Cabe mencionar la existencia de contribuciones teratogénicas<sup>10</sup>, puesto que la

---

<sup>9</sup> La epigenética es un campo emergente de la ciencia que estudia los cambios hereditarios causados por la activación y desactivación de los genes sin ningún cambio en la secuencia de ADN subyacente del organismo.

<sup>10</sup> Un agente teratogénico es una sustancia, agente físico u organismo capaz de provocar un defecto congénito durante la gestación del feto.

exposición gestacional a la nicotina o el alcohol se ha vinculado a un riesgo elevado de TDAH en la descendencia (Zulaque et al, 2014).

Problemas de conducta: La comorbilidad más conocida del TDAH que es omnipresente en las discusiones sobre el riesgo de TUS son los trastornos de conducta. Existe un patrón de conexión en forma de cascada: durante la infancia presentan un temperamento difícil con predominio de la impulsividad, que se transforma en un problema de conducta con actitud desafiante e incumplimiento de las normas. Posteriormente, abonado a factores ambientales tales como la educación recibida por parte de los padres o las amistades que les rodean, culmina con el consumo de sustancias y la delincuencia en la adolescencia. Por tanto, el TDAH infantil puede ser el escenario donde aparecen problemas de conducta y adicción a sustancias de forma de escalada (Molina y Pelan, 2014.).

Problemas académicos: Uno de los factores desencadenantes del TUS es el bajo rendimiento académico y el comportamiento disruptivo en el aula, lo que da lugar a altas tasas de fracaso escolar. En educación infantil, no logran terminar el trabajo individual ni las tareas, violan las reglas, desobedecen al profesor y molestan a los compañeros; en educación primaria no logran estudiar durante los tiempos estudiados y sacan malas calificaciones; en educación secundaria comienzan faltando a clase y terminan con el abandono escolar. Se cree que los problemas en el rendimiento académico son un importante reflejo de la falta de éxito en las actividades que promueven el logro de metas y objetivos con el fin de un futuro saludable y prometedor (Molina y Pelan, 2014.).

La desconexión de la escolarización en la adolescencia mediante ausencias excesivas o deserción total, predicen el comportamiento criminal y el abuso de sustancias, lo cual explica el

por qué se encuentran factores ambientales comunes que subyacen en el abandono escolar y el consumo de marihuana en los adolescentes (Molina y Pelan, 2014). La delincuencia es parte de esa “vía de desviación académica” que apoyada a la “propensión a trastornos de conducta” suponen un factor de riesgo para TUS.

Problemas sociales: Se sabe que muchos niños con TDAH tienen dificultades para relacionarse con sus compañeros, lo que los lleva a ser ignorados con mucha frecuencia (son menos populares y más rechazados) sobre todo por sus comportamientos disruptivos (Molina y Pelan, 2014.). El uso de sustancias en adolescentes se presenta principalmente en contextos sociales, por lo que la afiliación con compañeros que apoyan la drogadicción es uno de los predictores más fuertes ante el TUS. Buscan la amistad en los “usuarios” de drogas, con los cuales es más fácil conseguir la aceptación por compartir la adicción.

Déficits neurocognitivos: Se han realizado estudios neurobiológicos en niños con TDAH que se han centrado principalmente en un déficit de la función ejecutiva, que permite la incorporación de características concomitantes al trastorno negativista desafiante (como problemas en el control de la ira) que relacionados con los síntomas de impulsividad suponen vulnerabilidad para TUS. Además, presentan un retraso en el desarrollo de la conectividad cortico-subcortical durante las oportunidades sociales para el consumo de sustancias adolescencia y temprana adultez (Molina y Pelan, 2014.).

Teniendo en cuenta que las áreas subcorticales implicadas se relacionan con los sistemas de motivación, recompensa y refuerzo, esa falta de modulación y control por parte de

las áreas corticales podrían explicar el desarrollo de tendencias impulsivas hacia la recompensa inmediata de la drogadicción (Stalin, 2016).

Desregulación emocional: Las pruebas neuropsicológicas de control emocional (impulsividad, autorregulación de las emociones positivas y negativas y la función ejecutiva) indican que el procesamiento de estímulos emocionales está alterado en el TDAH. La desregulación emocional incluye la incapacidad para modular las respuestas emocionales dando lugar a reacciones excesivas que se consideran inapropiadas para la edad de desarrollo del individuo y el entorno social.

Es por ello que las respuestas inapropiadas pueden ser internalizadas (mal humor o tristeza) o externalizadas (agresividad argumentativa o incluso física). Estas respuestas inapropiadas suponen un riesgo en el desarrollo del consumo de sustancias, ya que las emociones negativas intentan ser enfrentadas y compensadas por las drogas y las emociones positivas que estas ocasionan consumidas en ámbitos sociales de ocio (Stalin, 2016).

## **Trastornos del estado de ánimo.**

El TDAH puede enmascarar una depresión, porque los síntomas pueden ser comunes. La comorbilidad del TDAH con depresión está también asociada a comorbilidades con trastornos conductuales e implica un mayor riesgo suicida. Es fundamental explorar los síntomas depresivos en estos pacientes. El abordaje terapéutico, en muchas ocasiones, requiere el tratamiento tanto del TDAH como del trastorno depresivo independientemente.

Alrededor de un 20-30% de los casos de TDAH en una población clínica, tiene un trastorno depresivo asociado (Barkley y Murphy, 2006). Se calcula que el trastorno depresivo mayor es 5,5 veces más frecuente en jóvenes con TDAH que en los que no presentan este trastorno. En estos casos, los síntomas de TDAH pueden enmascarar la depresión, ya que esta puede cursar con un incremento de la irritabilidad, de la agresividad y de las conductas de riesgo (como consumo de sustancias o conductas peligrosas), en ocasiones, en el contexto de ideas de desesperanza o deseos de muerte.

También pueden aparecer alteraciones del sueño y del apetito. La asociación de TDAH con trastornos depresivos está especialmente relacionada con la comorbilidad con trastornos de conducta (Hervás Zúñiga y Durán Forteza, 2014).

De acuerdo a lo anterior aproximadamente un 5-10% de los menores de 19 años presenta, en algún momento, un trastorno depresivo como depresión mayor o distimia (que es una forma crónica y leve de depresión). Los síntomas típicos del niño con depresión son: apatía

más que tristeza (se aburre, está cansado y sin ganas de hacer nada, quiere estar solo) e irritabilidad, sobre todo en adolescentes. Además, también presenta alteraciones en el sueño, en el apetito, ideas de inutilidad, de culpa o de suicidio, y afectación del rendimiento académico y de las relaciones sociales.

Muchos estudios han demostrado una marcada asociación entre TDAH y depresión mayor o distimia (Spencer, Biederman y Wilens, 1999), y estiman que la prevalencia de depresión mayor en niños y adolescentes con TDAH está entre el 6 y 38%. Es decir, el diagnóstico de depresión es hasta cuatro veces más frecuente en niños y adolescentes con TDAH que sin él (Lahey, Loeber, Burke y Rathouz, 2002).

La comorbilidad con trastornos depresivos, que es más frecuente en adolescentes (Kutchner, Aman, Brooks, Buitelaar, Van Daalen y Fegert, 2004), empeora el pronóstico del TDAH y estos pacientes suelen requerir más hospitalizaciones, presentar mayor número de síntomas que llegan a ser altamente incapacitantes y tienen mayor probabilidad de suicidio.

Hay autores que señalan, que podría haber una causa genética común al TDAH y a los trastornos depresivos. Por otro lado, las condiciones adversas de las personas con TDAH, como: El estrés escolar, el bajo rendimiento académico, las dificultades que presentan en habilidades social, incrementan la vulnerabilidad a sufrir síntomas depresivos. Si estos son secundarios al TDAH, es posible que mejoren simplemente con un tratamiento adecuado de este trastorno, sin precisar un tratamiento específico. Síntomas como: Problemas de concentración, sintomatología neurovegetativa o irritabilidad, aparecen tanto en TDAH como en depresión y no son suficientes para diferenciarlos. En cambio, el retraimiento social, la anhedonia, las cogniciones depresivas,

las ideas de muerte y el retraso psicomotor son discriminativos e indican que el TDAH está asociado a un cuadro depresivo.

En este sentido, será fundamental, explorar síntomas como: Irritabilidad, pérdida de interés en actividades placenteras y en la socialización, así como la aparición de ideas de muerte, para diagnosticar trastornos depresivos comórbidos. Este último punto (evaluar de forma sistemática el contenido suicida, planes para realizarlo e ideas de desesperanza respecto al futuro) resulta especialmente importante en la población adolescente con TDAH, depresión comórbida y trastornos conductuales asociados, dado que las conductas suicidas e intentos consumados son más frecuentes en esta población.

Otro dato relevante es que los niños con TDAH tienden a sobreestimar sus capacidades en competencias sociales y no suelen identificar los síntomas de inatención, hiperactividad o impulsividad en ellos mismos (será relevante preguntar a padres y profesores sobre síntomas de TDAH; en cambio, son los que mejor identifican los síntomas ansiosos y depresivos (Caci, Doepfner, Asherson, Don Francesco, Faraone, Hervás y Fitzgerald, 2013).

Por ende, la depresión en niños y adolescentes puede llegar a ser una enfermedad grave, y está muy infradiagnosticada. No se debe olvidar que la depresión es la principal causa de suicidio a cualquier edad, por lo que debe ser diagnosticada y tratada de forma adecuada y precoz. En los casos de TDAH y trastorno depresivo asociado, el tratamiento psicoestimulante suele mejorar los síntomas depresivos, ya que, al igual que en los trastornos de ansiedad, el niño percibe una mejoría en su rendimiento académico y en su capacidad para relacionarse. Si persisten los síntomas depresivos, pero son leves y apenas alteran el funcionamiento cotidiano, se puede optar por añadir un tratamiento con psicoterapia cognitivo-conductual.

Por lo que, si aun así persisten o se trata de síntomas marcados, se debe añadir un antidepresivo ISRS, que son los antidepresivos que han demostrado efectividad en niños y adolescentes. Otros tipos de antidepresivos (inhibidores de la monoaminoxidasa o antidepresivos tricíclicos) son menos efectivos y provocan más efectos secundarios que pueden resultar peligrosos en niños.

Independientemente del tratamiento farmacológico seleccionado, será fundamental realizar psicoeducación a los padres sobre sintomatología que pudiese aparecer (empeoramiento del estado del ánimo, síntomas de manía o ideas de suicidio) y realizar un seguimiento estrecho de esta.

Para continuar con los trastornos del estado de ánimo, en cuanto al trastorno bipolar es un trastorno grave y crónico. En ocasiones, puede estar asociado a TDAH, lo que dificulta el diagnóstico y el tratamiento, y empeora la evolución (State, Frye, Altshuler, Strober, DeAntonio y Hwang, 2004). Se deberá tratar el TDAH cuando el paciente esté eutímico de manía o hipomanía (pueden ocurrir también episodios mixtos, en los que aparezcan síntomas de ambos tipos). Está descrito que entre el 50-60% de los casos de TB sufren el primer episodio antes de los 18 años, siendo más frecuente el inicio con un episodio depresivo (y cuanto más precoz es el inicio, más probable es que sea así), cosa que dificulta el diagnóstico (Hervás Zúñiga y Durán Forteza, 2014).

Aunque inicialmente, se pueden presentar síntomas similares en TDAH y TB, la intensidad, la evolución y sus características asociadas, hacen que estos trastornos sean distinguibles. La relación entre TDAH y la enfermedad bipolar es compleja y controvertida

(Carlson, 1990). Esto se debe en parte a que algunos síntomas son comunes a ambas patologías tales como: Hiperactividad, impulsividad, inatención, distraibilidad, irritabilidad, problemas de sueño y capacidad de juicio disminuida (Geller y Luby, 1997).

Sin embargo, ciertas diferencias permiten atribuir los síntomas a una de las dos enfermedades: En el niño con enfermedad bipolar estos síntomas son más intensos y conllevan un mayor impacto en su calidad de vida, suelen tener un carácter episódico, con frecuencia se asocian a agresividad y, en ocasiones, a síntomas psicóticos (alucinaciones o ideas delirantes). La agresividad de los niños con enfermedad bipolar suele ser con una gran carga de violencia, en forma de explosiones de ira.

Los niños con TDAH, por el contrario, suelen manifestar agresividad más de tipo verbal, de forma continua y con menor intensidad. Algunos autores afirman que hasta el 20% de los niños con TDAH presenta también enfermedad bipolar (Wozniak, Biederman, Kiely, Ablon, Faraone y Mundy, 1995), lo que difiere en gran medida del 1% de prevalencia de enfermedad bipolar en población general (Lewinsohn, Klein y Seeley, 1995). La asociación de estas dos patologías implica mayor cronicidad, mayor impacto sobre el funcionamiento diario y peor pronóstico ya que la respuesta al tratamiento es menor: Tan sólo el 30% alcanza remisión en dos años, y menos del 20% presenta recuperación total (Biederman, Mick, Faraone, Van Patten, Burbach y Wozniak, 2004).

Por otro lado, existe una pequeña proporción de pacientes con comorbilidad en ambos trastornos. Esta comorbilidad es más frecuente en el TDAH combinado, en pacientes con más síntomas del TDAH, peor funcionamiento global y mayor comorbilidad psiquiátrica. En el

tratamiento se recomienda, en los casos de TDAH y enfermedad bipolar el tratamiento es muy complejo y debe ser controlado siempre por un psiquiatra infantil, y en ningún caso por un pediatra ni un psiquiatra general.

Para finalizar la mera sospecha de enfermedad bipolar en un paciente con TDAH es criterio de derivación al psiquiatra infantil. En estos casos, es imprescindible iniciar un tratamiento con un estabilizador del humor y sólo comenzar el tratamiento con un psicoestimulante si el paciente está estable de humor, es decir, si no presenta síntomas depresivos ni maníacos.

### **Trastornos de Ansiedad.**

Los trastornos de ansiedad son muy frecuentes en la infancia-adolescencia. La comorbilidad del TDAH se asocia frecuentemente a los trastornos de ansiedad. La presentación cambia respecto al TDAH sin comorbilidad, presentando menos impulsividad y más interferencia en el aprendizaje por asociarse a más dificultades atencionales. Los psicoestimulantes no están contraindicados para tratar esta comorbilidad, pero la atomoxetina es útil en ambos trastornos. Se debe asociar tratamiento psicológico.

Ahora bien, los trastornos de ansiedad, junto con el TDAH, son los trastornos más frecuentes en niños y adolescentes. Hasta un 25% de los niños y adolescentes con TDAH que acuden a los servicios clínicos sufren un trastorno de ansiedad asociado (Tinoco, 2009). Sin embargo, los estudios poblacionales indican que no existe un incremento de TDAH asociado a los trastornos de ansiedad comparado con la población general. Estos hallazgos podrían

explicarse por una mayor probabilidad de que los TDAH con ansiedad sean enviados a consultas especializadas.

En los trastornos de ansiedad, existe una situación escasamente amenazante que genera una cognición ansiosa desproporcionada que, a su vez, lleva al individuo a hacer una conducta evitativa. Asociada a esta cognición, puede aparecer sintomatología física de ansiedad, como: Palpitaciones, sudoración, temblores. Esta situación debe tener una duración de al menos 6 meses.

Cabe señalar que estos síntomas pueden estar relacionados con preocupaciones intensas sobre diversos sucesos, como: Su rendimiento escolar, su imagen, (trastorno de ansiedad generalizada), o bien preocupaciones relacionadas con el bienestar o la separación de sus seres queridos (trastorno de ansiedad de separación), ansiedad desencadenada por una situación, objeto o ente que no entraña riesgo objetivo (fobias específicas) o bien ansiedad en situaciones sociales en las que están expuestos a crítica, evaluación o contemplación por otras personas (fobia social) o ansiedad en lugares públicos o en los que no hay una salida fácil como el ascensor, cines, (agorafobia) o ataques de pánico recurrentes sin precipitante claro (trastorno de angustia).

En general, los niños que tienen una baja autoestima y un TDAH (que implicaría mayores dificultades en el día a día) van incrementado el riesgo de sufrir una comorbilidad ansiosa. Esta comorbilidad es igualmente frecuente en chicos y chicas en la edad infantil, aunque

posteriormente será más frecuente en chicas, y más frecuente en la edad adolescente que en edades más tempranas.

A diferencia de la comorbilidad con trastorno negativista desafiante, la comorbilidad TDAH y ansiedad es independiente en sus raíces biológicas, no pareciendo existir una vulnerabilidad genética o neuropsicológica común. En algunos casos, la comorbilidad TDAH y trastorno de conducta incrementa el riesgo de tener, además, un trastorno de ansiedad.

Por otro lado, se ha visto que un trastorno de ansiedad comórbido a un TDAH, puede modificar la presentación del TDAH, presentando menos conductas impulsivas, pero mayor interferencia en los aprendizajes, probablemente debido a la mayor afectación de la memoria de trabajo. Existe un tipo controvertido de TDAH no reconocido en el DSM5 (el “tiempo cognitivo lento”) que cursa con síntomas de inatención, pero ninguno de hiperactividad-impulsividad y con menor afectación de la función ejecutiva, a excepción de la memoria de trabajo. Este subtipo es proporcionalmente más frecuente en chicas y está más frecuentemente asociado a los trastornos de ansiedad (Hervás Zúñiga y Durán Forteza, 2014).

Dado que en algunos casos de TDAH que cursan con ansiedad, puede ser complicado diferenciar ambos trastornos. En general, los adultos no suelen identificar los síntomas emocionales en los niños, por lo que la entrevista con ellos será imprescindible: Habrá que preguntar a los niños con TDAH sobre las cosas que les preocupan y sobre sintomatología física de ansiedad, teniendo en cuenta que un ambiente extraño, como una consulta médica, puede

generar ansiedad y esta, a su vez, hiperactividad (que en este caso estaría más relacionada con la ansiedad que con el TDAH).

Debido a que, si detectamos problemas de ansiedad asociados a inatención y una vez mejorada la ansiedad no ha mejorado la inatención, se deberá sospechar la existencia de un TDAH enmascarado por esta (Hervás Zúñiga y Durán Forteza, 2014). Lo cierto es que tratar exclusivamente la sintomatología TDAH es generalmente insuficiente.

Aunque durante un tiempo, se pensó que el tratamiento farmacológico con estimulantes no era una buena opción en la comorbilidad TDAH-Trastorno de ansiedad (se creía que eran peor tolerados y menos eficaces), el estudio del MTA<sup>11</sup> (Klein, Manaza, Bacanas, Hutchison, Nashua y Castellanos, 1999) demostró que no difería del tratamiento del TDAH asociado a otras comorbilidades.

La recomendación general es empezar por el tratamiento del trastorno más intenso o que mayor repercusión tenga en el paciente. Si se considera que el principal trastorno a tratar es el trastorno de ansiedad, se utilizara un ISRS (inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina), y si lo es el TDAH, se siguen considerando como primera línea de tratamiento los estimulantes (metilfenidato), aunque la atomoxetina (no estimulante), es también una buena alternativa por

---

<sup>11</sup> Estudio sobre tratamiento multimodal del TDAH. Este estudio fue financiado por el Instituto Nacional de la Salud Mental de Estados Unidos (NIMH) y comenzó en 1997, aunque las primeras publicaciones sobre sus resultados llegaron en 1999.

ser efectiva, tanto en los síntomas del TDAH como en los síntomas de ansiedad, pudiéndose considerar también de primera elección (Hervás Zúñiga y Durán Forteza, 2014).

Por consiguiente, el tratamiento psicológico en niños y adolescentes con TDAH y trastorno de ansiedad es muy efectivo, incluso tanto como el tratamiento farmacológico considerado de primera elección. Este tratamiento debe ser de tipo cognitivo conductual, buscando incidir en la reestructuración de cogniciones ansiosas y de baja autoestima, en la exposición a las situaciones evitadas y en el manejo de la sintomatología física de ansiedad.

También está indicado el tratamiento conductual en los padres, ya que ha resultado efectivo, tanto para los síntomas de TDAH como para los de ansiedad. De este modo se recomienda que, si tras el tratamiento con estimulantes e iniciar tratamiento psicológico persisten síntomas comórbidos, habrá que asociar tratamiento con ISRS.

### **Trastornos de personalidad.**

Los trastornos de personalidad han causado una controversia y un impacto en el marco de la salud mental. Siendo los problemas psicológicos más difíciles de tratar en psicoterapia y los que han tenido una gran prevalencia en los últimos años.

Es importante señalar, que la mayor parte de los trastornos de personalidad empiezan a manifestarse en la infancia. En efecto, como lo señala Robins (1996) citado por Romero, E. (2001, p. 26) en la investigación ha constatado una cierta continuidad entre los problemas de

conducta en la infancia y la conducta antisocial adulta, de modo que los adultos antisociales suelen tener una historia de alteraciones de conducta en la niñez.

No obstante, también se señala que otro de los problemas psicológicos que se manifiesta en la infancia y que puede ser un factor base para el desarrollo de un trastorno de personalidad es el TDAH. Diferentes autores han propuesto en los últimos años que la combinación del trastorno de conducta con el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) podría representar el antecedente de la psicopatía adulta (Af Klinteberg ,1996; McBurnett y Pfiffner, 1998) Romero, E. (2001, p. 32). Esta idea es desarrollada sistemáticamente por Lynam.

Por esta razón, diversos estudios longitudinales muestran que los niños en los que coocurren síntomas de hiperactividad y problemas de conducta tienen una conducta antisocial más severa en la adultez Romero, E. (2001, p. 32) cita a Loeber, Brinthaup y Green (1990). De acuerdo con estos estudios, el pronóstico de estos niños, en 10 que a actividad antisocial se refiere, es peor que el de 10s niños que presentan s610 trastornos de conducta o hiperactividad.

Lynam (1996) ciado por Romero, E. (2001, p. 32) dará aún un paso más, e hipotetizará sobre la naturaleza de las relaciones entre hiperactividad, trastorno de conducta y psicopatía. De acuerdo con este autor, son varias las posibilidades existentes (por ejemplo, la hiperactividad puede ser uno de los muchos factores de riesgo del trastorno de conducta y éste podría conducir a la criminalidad adulta; la hiperactividad podría conducir a conductas desafiantes tempranas y

éstas llevar al trastorno de conducta), que acarrearían diferentes implicaciones para la prevención y el tratamiento.

Por ejemplo, para explicarse a mayor detalle los síntomas impulsivos también pueden persistir a lo largo de la vida, y generar graves repercusiones sociales, familiares e incluso legales. Los adultos con TDAH muestran dificultad para esperar su turno, responden precipitadamente e interrumpen a los demás. Las decisiones irreflexivas como cambios súbitos de trabajo, las conductas temerarias al volante, los consumos de tóxicos o adicciones y las explosiones de ira serán más problemáticas. La inestabilidad emocional y las dificultades en el control del temperamento son otros síntomas que no se recogen dentro de los actuales criterios diagnósticos internacionales, pero que son frecuentes en los adultos con TDAH (Kooij SJ, Bejerot S, Blackwell A, Caci H, Casas-Brugué M, Carpentier PJ, et al. ,2010) citado por PJC, J., Ramos-Quiroga, J. A., Chalita, P. J., Vidal, R., Bosch, R., Palomar, G., & Prats, L. (2012, p. 106).

Ramos-Quiroga, J. A., Sáez-Francàs, N., Munsó, R. B., Corrales, M., Vinardell, M. F., & Brugué, M. C. (2009) revelan que, en la edad adulta, se ha descrito frecuentemente la comorbilidad del TDAH con los trastornos de personalidad del grupo B y, en concreto con el trastorno antisocial de personalidad. Sin embargo, se han publicado menos estudios que analicen la asociación con el TLP. En el estudio de Philipsen y cols (2008) se observó que el 16,1% de los pacientes diagnosticados de TLP presentaban también el diagnóstico de TDAH en la edad adulta. Los sujetos con los dos trastornos mostraban una mayor frecuencia de abusos sexuales en la infancia, mayor gravedad del TLP y una frecuencia más elevada de otros trastornos comórbidos en el eje I y II del DSM-IV. Sin embargo, una limitación de este estudio es que la muestra formada sólo por mujeres con TDAH del subtipo combinado y no se realizó una entrevista semi-estructurada para el diagnóstico de TDAH.

Asimismo, Ramos-Quiroga, J. A., Sáez-Francàs, N., Munsó, R. B., Corrales, M., Vinardell, M. F., & Brugué, M. C. (2009) señalan que el TLP y el TDAH son dos trastornos que frecuentemente se asocian. El antecedente de TDAH en la infancia es frecuente en los pacientes con TLP y un elevado número de pacientes presentan los dos trastornos en la edad adulta. Su asociación ensombrece el pronóstico de ambos.

En general se considera que el 80 % de los niños con TDAH tienen un pronóstico favorable a largo plazo, siempre y cuando antes de la adolescencia se corrijan los problemas comportamentales y académicos asociados. Si esto se realiza, la literatura habla de que sólo el 20 %, un grupo conformado por los casos más severos, tendrán dificultades en la edad adulta con persistencia de los síntomas del trastorno. De los niños que no reciben ningún tratamiento o lo reciben incompleto, el 80 %, tienen un mal pronóstico a largo plazo, con aparición de trastornos explosivos de la conducta en la adolescencia, trastorno disocial de la conducta, trastorno de la personalidad de tipo delictivo, alcoholismo, farmacodependencia, inestabilidad laboral y dificultades en las relaciones personales (Vélez-Álvarez, C., & Vidarte Claros, J. A., 2012).

De igual manera, Vélez-Álvarez, C., & Vidarte Claros, J. A. (2012) retoman que en la edad adulta alrededor del 15 al 20 %, de los niños con desorden deficitario de la atención e hiperactividad continúan presentando síntomas de este desorden y otro tercio presenta síntomas de desorden de personalidad antisocial.

Es por esta razón que el TDAH resulta ser un verdadero problema de Salud Pública en la población infantil, además existen planteamientos claros que es necesario retomarlo con una necesidad primordial para abordarlo, ya que esta patología se convierte en un problema no solo individual sino social. Esto implica una responsabilidad del profesional en la Salud Mental, principalmente psicológico, de diseñar planes de prevención que aborde distintas necesidades de los niños y de los adultos a su alrededor; así como también educar a nivel social y académico que es un problema psicológico normal, pero eso no descarta la relevancia de tratarlo, ya que el pronóstico es negativo.

### **Relación entre el trastorno por déficit de atención e hiperactividad y el suicidio.**

El suicidio es un problema de Salud Pública y es una de las causas principales de años de vida perdidos por enfermedad y la tercera causa de mortalidad en adultos jóvenes. Sin embargo, su magnitud real esta infraestimada por la falta de registros estadísticos. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), afirma que anualmente, cerca de 800, 000 personas se quitan la vida y muchas más intentan hacerlo. Cada suicidio es una tragedia que afecta a familias, comunidades y países y tiene efectos duraderos para los allegados del suicida. El suicidio se puede producir a cualquier edad, en el 2016 fue la segunda causa principal de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años en todo el mundo. La magnitud e impacto epidemiológico y social del suicidio contempla no solo la mortalidad por suicidio consumado, sino también la ideación suicida y la tentativa suicida, así como las consecuencias que todo ello tiene en la calidad de vida de la población, además el suicidio tiene una tendencia ascendente y se estima que en 2020 la cifra de suicidios consumados será de 1,53 millones.

De igual manera, el suicidio no solo se produce en los países de altos ingresos, sino que es un fenómeno global que afecta a todas las regiones del mundo. De hecho, en 2016, más del 79% de los suicidios en todo el mundo tuvieron lugar en países de ingresos bajos y medianos.

Etimológicamente suicidio significa “muerte de sí mismo”, término que una persona en forma voluntaria e intencional hace de su vida. La característica preponderante es la fatalidad y la premeditación, la clasificación también considera los términos; intento de suicidio que son conductas o actos que intencionalmente busca el ser humano para causarse daño hasta alcanzar la muerte, no logrando la consumación de esta y suicidalidad, que es la denominación de un espectro de conductas e impulsos que abarcan desde ideación, planificación, intento suicida y suicidio consumado.

Por otra parte, El suicidio es un problema complejo en el que influyen factores biológicos, psicológicos, sociales, culturales y ambientales. Su comorbilidad incluye trastornos afectivos, trastornos de personalidad narcisista y límite, el abuso de sustancias psicoactivas y la impulsividad. La evaluación temprana de tendencias suicidas en los adolescentes es, por lo tanto, fundamental. Aunque la depresión se considera el diagnóstico primario asociado con el suicidio, muchos adolescentes que intentan suicidarse no sufren de depresión.

Por consiguiente, como se ha mencionado el TDAH, es una patología neuroconductual común en la infancia. Se diagnostica especialmente en edad escolar, debido a los impedimentos que ocasiona en el desempeño académico, relaciones interpersonales, comportamiento y esfera emocional. La quinta versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM 5) lo define como un trastorno caracterizado por 3 síntomas cardinales: 1. Inatención,

incluyendo aumento de la distractibilidad y dificultad para mantener la atención; 2. Pobre control de impulsos, con disminución de la autoinhibición; y 3. Hiperactividad motora. En todos los casos estos síntomas llevan a deterioro funcional en al menos dos escenarios.

Estudios de prevalencia mundial reportan que alrededor de 5 a 10 % de los niños en edad escolar están afectados por TDAH. En un estudio realizado en Sabaneta-Colombia se encontró que la prevalencia del TDAH en población escolar fue del 20,4 %, con un intervalo de confianza IC de 19,6 a 21,1. Por otra parte, en otros estudios se ha encontrado que el TDAH en niños y adolescentes se asocia con depresión, y constituyen un factor de riesgo para las conductas suicidas. Por esta importante relación se hace pertinente realizar un diagnóstico temprano que permita realizar una intervención idónea y oportuna para evitar conductas violentas.

De igual manera se sabe, que el TDAH, puede persistir en la adolescencia y la vida adulta en un 60%, aunque la prevalencia en estas etapas de la vida es imprecisa. El diagnóstico del TDAH se apoya en la evaluación del comportamiento, generalmente mediante la aplicación del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su Cuarta Versión Revisada (DSM IV-TR) de la Asociación Americana de Psiquiatría, el cual requiere la presencia de un cierto número de síntomas y además de un ambiente que se hayan manifestado desde cierta edad, para lo cual se evalúan las respuestas de los padres y maestros, verificando la concordancia acerca de los síntomas y la perturbación generada, ya que los diagnósticos basados en un solo informante son poco exactos.

Los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) tienen más probabilidades de padecer nuevos trastornos psiquiátricos en la infancia y en la adultez, además

de ser más propensos al suicidio; por lo cual se considera que el TDAH es un factor de riesgo. Es así como el estudio del Intento del suicidio en adolescentes y la relación con el TDAH es un fenómeno de vital importancia ya que permite conocer, entender y evaluar este comportamiento, para fortalecer las estrategias de atención y prevención.

## **Organizaciones educativas en El Salvador que se especialicen en el trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad.**

Actualmente El Salvador carece de datos estadísticos, en donde se mencione un porcentaje de estudiantes que poseen el trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad, generando un desconocimiento de dicho trastorno, tanto en los maestros, como en los padres de familia. Por lo que, aquellos niños/as a los cuales tienen una dificultad ya sea en su comportamiento o rendimiento escolar, no se le está brindando las herramientas necesarias para poder mejorar y tener un adecuado desarrollo socioemocional.

Por lo tanto, se hace necesario la investigación de aquellas organizaciones o escuelas, que ayuden y brinden la orientación necesaria, para poder intervenir en los ámbitos necesarios. Como primer punto, se mencionará el Centro de Atención Múltiple Integral (CAMI), en donde se atienden a niños, niñas y jóvenes con necesidades educativas especiales. Estos se especializan primordialmente en atender a niños/as con el trastorno del espectro autista, pero también buscan en cierta medida ayudan con otras dificultades en el desarrollo del aprendizaje, como el trastorno por déficit atencional con o sin hiperactividad por medio de diferentes terapias que ayuden al crecimiento de los alumnos.

De igual manera, otra escuela que se especializa en brindar herramientas esenciales a niños/as con el trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad es el Colegio Lehtinen, que fue fundado el 18 de septiembre de 1998, siendo la primera institución de Educación Personalizada con grados desde Kinder 5 a Bachillerato General. Esta institución busca optimizar

las áreas de aprendizaje tanto académicas como emocionales ofreciendo un currículo altamente competitivo, así como una variedad de actividades deportivas, artísticas y culturales.

Asimismo, existe una clínica educativa y psicológica de escala de Conner (CIES), que apoya a niños que presentan dificultades para aprender las actividades diarias en el aula. Esta clínica también apoya también a niños con necesidades especiales como: síndrome down, retardo mental limítrofe y leve, trastorno generalizado del desarrollo, asperger, autismo de alto rendimiento, niños con problemas de procesamiento verbal, entre otros. Esta clínica está compuesta por profesionales capacitados en el área de educación especial y psicológica educativa y clínica con experiencia en el área terapéutica y de evaluación a niños con dificultades en el aprendizaje, Déficit Atencional con Hiperactividad, Déficit Atencional, niños con necesidades especiales, crisis emocionales, trastornos de la conducta entre otros.

En conclusión, las instituciones antes mencionadas orientan y ayudan con diferentes trastornos del desarrollo en los niños/as, pero la dificultad radica en que ese servicio no existe en las escuelas públicas en donde la mayoría de niños/as que son llamados ruidosos y latosos, presentan sintomatología del trastorno por déficit atencional con o sin hiperactividad. Al no estar, el personal educativo capacitado y no contar con profesionales de la salud mental, muy difícilmente se podrá ayudar a que el niño/a pueda tener un mejor rendimiento académico y, sobre todo, un adecuado desarrollo socioemocional.

### **3) Modelo a implementar en la propuesta**

#### **Modelo biopsicosocial: Factores biológicos, psicológicos y psicosociales implicados en el TDA.**

Uno de los temas más controversiales respecto al TDA, es sobre las diversas explicaciones sobre su origen y desarrollo. Al estudiar lo que numerosos estudios y autores plantean; podemos plantear en términos generales que cada uno de los factores convergen entre sí para el origen de mencionado trastorno, y que únicamente un solo factor no podría ser suficiente para su desarrollo. Para ello debemos detenernos en cada uno de ellos para comprender dichos argumentos.

##### **a. Factores biológicos.**

Alza Millie (2013, P.43) cita a de la Barra Y García (2015) donde explican que estudiosos del TDAH postulan que es un trastorno que tiene una etiopatogenia heterogénea, es decir, que puede ser causada por una variedad de condiciones biológicas, psicológicas y sociales, las cuales pueden actuar en conjunto o individualmente, pero serán estudios futuros, los que aporten más conocimiento acerca de cómo interactúan estas causas variadas entre sí y el papel de los factores ambientales en su conjunto.

Por lo que, abonando a la argumentación anterior, se retoma lo que en una entrevista expresó Barkley en el año 2008, quién al preguntársele sobre la definición del TDAH, menciono lo siguiente: Desde hace tiempo sabemos que el TDAH es una enfermedad biológica que no está causada por factores externos sociales, como la relación con los padres o el colegio. Es imposible que un niño sano sufra TDAH simplemente por la exposición a estas situaciones. Lo que

sabemos es que hay 2 áreas biológicas implicadas en el TDAH: la neurología y la genética (Barkley, 2008).

Además, agregó, que en un trabajo investigativo realizado hace un año, les permitió revisar las causas posibles del TDAH, en el cual concluyeron que un tercio de los niños que lograron analizar, llegaron a desarrollar dicho trastorno debido a lesiones o traumatismos cerebrales; siendo principalmente en el proceso de embarazo.

Por otra parte, Barkley (2008) afirma que: Casi un 65% de los casos de TDAH son hereditarios, ya que habitualmente uno de los padres presenta la misma patología, pero no está diagnosticado. Se calcula que un 25-35% de los padres con niños con TDAH padece la enfermedad. Además, ahora estamos empezando a conocer en qué zona del cerebro se genera la patología y cuáles son los genes implicados. No se ha identificado todo, pues se cree que hay unos 20 y sólo hemos localizado 5. De lo que sí, se está seguro es que estas 2 áreas, genética y neurología, interactúan.

Como podemos comprender a partir de los planteamientos de Barkley, existen evidencias de cómo la genética, lesiones cerebrales y otros elementos neurológicos podrían abrir el paso al origen del TDA, y es por eso que Kollins, D (2009, P.19) igualmente argumenta que los estudios familiares evalúan el riesgo de padecer TDAH si han sido diagnosticados otros miembros de la familia.

Diversos estudios han encontrado que los parientes de individuos con historia clínica de TDAH tienen un riesgo significativamente mayor de padecer el trastorno que los parientes de individuos con otros trastornos o que los individuos control, y este riesgo no implica sólo a los

hermanos y hermanas de un niño con TDAH sino también a su padre y madre. Por ejemplo, en un estudio ampliamente citado de 140 niños con TDAH y 120 controles sin TDAH, se midieron las tasas de TDAH entre los hermanos y hermanas y los padres de los dos grupos. La tasa de TDAH entre los padres y madres de los niños con TDAH fue de 14,7% en comparación con el 2,7% entre los padres y madres de los niños sin TDAH, sugiriendo que los padres de un niño con TDAH tienen una probabilidad 5,4 veces mayor de padecer también TDAH. Para los hermanos y hermanas, también se diagnosticaron un 20% de aquellos con un hermano o hermana con TDAH vs. un 5% de los hermanos o hermanas de los niños control, sugiriendo que tener un hermano o una hermana con TDAH conlleva tener una probabilidad 4 veces mayor de tener TDAH que la población general. Un hallazgo adicional de este estudio fue que los padres y madres, así como los hermanos y hermanas de niños que tenían TDAH persistente, definido como el que cumple los criterios diagnósticos tanto en la infancia como en la adolescencia, tenían incluso un riesgo mayor de tener TDAH en comparación con los parientes sin TDAH.

En consecuencia, Guadalix, M (2015) plantea que: En cuanto a las bases biológicas del TDAH se ha extendido la hipótesis de que el TDAH es una patología real con unas bases biológicas claras ya que los que están diagnosticados de TDAH, responden a los estimulantes que inciden sobre la dopamina y/o noradrenalina demostrando así la existencia de déficits en dichos neurotransmisores. En esta línea, otros autores afirman que el deterioro químico de las funciones ejecutivas cerebrales es el causante de que algunas personas sean capaces de prestar atención a actividades que les interesan y muestren un deterioro crónico de la atención en muchas otras tareas a pesar de intentar hacer lo contrario.

Así mismo, Alza Millie (2013, P.48) expresa que cuando se incluye la neurología en el origen del TDAH, se debe hacer referencia a los neurotransmisores que regulan ciertas funciones y a las zonas cerebrales que forman parte del TDAH, y aunque su etiología aún no se ha

identificado claramente, la evidencia científica apunta a que los factores genéticos y neurobiológicos desempeñan un papel importante en el origen y en la expresión del trastorno. Así, las investigaciones funcionales llevadas a cabo con técnicas hemodinámicas y electrofisiológicas se han centrado en los mecanismos neurales que están detrás de las disfunciones cognitivas presentes de las personas que padecen el Trastorno por Déficit de Atención. Por ejemplo, diferentes estudios e investigaciones acerca del TDAH relacionan este trastorno con un desajuste del neurotransmisor Dopamina a nivel cerebral, el cual sería el responsable de la mala ejecución cognitiva y ejecutiva del cerebro, y también responsable del mal funcionamiento de ciertas áreas del cerebro del niño, en los procesos de aprendizaje, en los actos de motivación, de recompensa y en las sensaciones de placer.

El desajuste de este neurotransmisor a nivel cerebral sería el responsable del mal funcionamiento de ciertas áreas del cerebro que darían origen a las características del Trastorno por Déficit de Atención. En algunos estudios se ha relacionado el TDAH con una disfunción en los ganglios basales y el núcleo estriado, y una hipofunción en la corteza cerebral prefrontal, que es la encargada de las actividades relacionadas con el funcionamiento ejecutivo. Otros estudios, utilizando medidas conductuales neuronales, han comprobado que determinados tratamientos, como los 49 farmacológicos normalizaban el exceso de actividad en los niños que padecen TDAH y también normalizaban su déficit cognitivo. En la actualidad, se sabe de la respuesta positiva que tienen los niños hiperactivos a los fármacos estimulantes, apoyando este hecho la hipótesis de una deficiencia en la producción regulada de algunos transmisores cerebrales (como la dopamina y noradrenalina).

Debido a estos planteamientos trazados, que han sido resultado principalmente de la psiquiatría y han aportado información valiosa para comprender el TDA; ha generado que como una búsqueda de solución para los niños y niñas sea el uso de fármacos, ya que podrían ayudar

a que el funcionamiento neurológico favorezca significativamente a estos niños y pueden realizar sus actividades con normalidad. Por esta razón, muchos padres preocupados buscan como principal opción el tratamiento médico.

Por lo que Barkley replica esta idea y plantea que es posible que un 60-80% de los pacientes con TDAH deba recibir fármacos. En el resto no haría falta porque no hay patologías concomitantes, tienen un entorno adecuado, tanto en casa como en el colegio, etc. Pero la pregunta es más compleja: ¿durante cuánto tiempo? Hasta que se haya controlado su deterioro. Las consecuencias del deterioro cognitivo y del comportamiento son múltiples: fracaso escolar, ausencia de amigos, abusos de otras personas, consumo de drogas, problemas en el trabajo o económicos, etc. Por eso se recomienda que el tratamiento farmacológico se use siempre que sea preciso y, en caso de abandono, retomarlo cuando haga falta (Barkley, 2008).

No obstante, de igual manera la psicología ha aportado diversos planteamientos que incluyen factores psicológicos y sociales (familia y escuela) que contribuyen al desarrollo del TDA, y que además podrían ser escenarios indispensables para la solución y la disminución de los síntomas en los niños y niñas.

#### **b. Factores psicológicos.**

Los factores psicológicos de cada individuo pueden representar un aspecto determinante en el desarrollo de alteraciones psicológicas. Diversas vivencias o experiencias traumáticas, así como también rechazo o carencias afectivas en la infancia, permiten lacerar o propiciar un escenario posible a dificultades en la salud mental al llegar a la adultez.

Partiendo del punto anterior y relacionándolo con el TDA; muchas de dichas experiencias son visualizadas en la dinámica familiar; manifestándose como principalmente los padres suelen generar un daño no solo nivel afectivo; sino también a nivel cognitivo y conductual. Estos niños usualmente son señalados, culpabilizados, aislados y/o rechazados por sus propios padres; estando acompañados por gritos o castigos físicos; dañando principalmente su autoestima.

Para eso se iniciará retomando al psicólogo clínico Pérez, C. M. (2009), quien explica que desde hace unos cuantos años, los psicólogos clínicos infantiles están recibiendo en sus consultas un número progresivamente mayor de casos que inicialmente vienen designados, desde las más diversas fuentes de derivación, como posibles Trastornos por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). En su conjunto, se trata de una población heterogénea que ofrece una variación y disparidad considerables en la presentación de sus signos y síntomas, así como en la edad de inicio de estos o en su persistencia en diferentes contextos situacionales. Esto significa, que la manifestación de los signos y síntomas son variantes de un niño con otro; sin embargo, comparten elementos indispensables; ya sea la desatención, hiperactividad o impulsividad; manifestándose principalmente en el ámbito académico.

No obstante; Pérez, C. M. (2009), también señala que cuando hay signos que puedan indicar la posible existencia de un TDAH durante la primera infancia, los padres suelen describir a su hijo como un niño difícil e inquieto desde siempre, con dificultades para controlarle y que tolera mal los cambios. Refieren asimismo una baja tolerancia a la frustración, que suele expresar con frecuentes rabietas. No es raro que cuenten que el sueño del niño presenta frecuentes interrupciones durante la noche. En consecuencia, su crianza ha sido difícil a consecuencia de estas características de excitabilidad e hiperreactividad. Son niños que se nos presentan con un

comportamiento disruptivo que incluso afecta gravemente a la calidad de vida de las parejas, en la medida en que éstas han reducido o renunciado a sus relaciones sociales a causa de ello. Por otro lado, no es infrecuente que se aprecie en estos padres una fuerte culpabilización y sentido de incompetencia, en la medida en que se sienten responsables de la falta de buena crianza de su hijo, por incapaces o excesivamente permisivos. En todo caso, la eficacia de la función parental debe ser cuidadosamente analizada en cada uno de estos casos.

Dicho punto detallado con anterioridad; nos explica como en ocasiones el problema de TDA de los niños genera una influencia en la dinámica familiar y relación de pareja; ya que los padres suelen enfrentarse mutuamente por no existir coherencia o afiliación en las reglas; lo que provoca que el niño o niña se perciba culpable de las discusiones de mamá y papá. Sin embargo, por otro lado, el niño enfrenta un conflicto en el que busca la atención y el afecto de sus padres, pero que desconoce por lo que está pasando. El problema no radica en el padecimiento de TDA; sino radica en la dificultad de los adultos en comprender y aceptar la dificultad de estos niños. Tal como lo cita González, R., Bakker, L., & Rubiales, J. (2014, P.144) a Grau-Sevilla, Alizadeh, Applequist & Coolidge, 2007: Los métodos de disciplina usuales no funcionan con la misma eficacia que con otros niños y niñas, debido a que los niños y niñas con TDAH poseen más dificultades para obedecer las órdenes y para inhibir las respuestas impulsivas, y son menos sensibles a las peticiones de sus padres y madres. Así, el estilo personal de los niños y niñas con TDAH provoca procedimientos de disciplina más inconsistentes y coercitivos en sus padres y madres y desencadena asimismo cogniciones negativas sobre sus roles, baja autoestima, aislamiento social y sentimientos de culpa. Esta situación va a repercutir en el propio niño o niña, en su desarrollo emocional y en su autoestima, creándose así un círculo vicioso de interacciones negativa y sentimientos de fracaso que perpetuará las dificultades familiares y las manifestaciones sintomáticas del TDAH.

Así mismo, González, R., Bakker, L., & Rubiales, J. (2014) recalcan que: La crianza de un niño o niña con TDAH ofrece numerosos retos y los padres y madres usualmente reportan altos niveles de frustración en sus intentos de manejar y controlar su conducta. Esto sucede, entre otras cosas, porque los métodos de disciplina usuales no funcionan con la misma eficacia que con otros niños y niñas, debido a que los niños y niñas con TDAH poseen más dificultades para obedecer las órdenes y para inhibir las respuestas impulsivas, y son menos sensibles a las peticiones de sus padres y madres.

Dichos métodos o estrategias antes mencionados generaran efectos en los niños; Bakker(2012) citado por Alza Millie, C. P. (2013, P.54) manifiesta que: en relación al autoconcepto que tiene un niño con TDAH, si éste es positivo, se sentirá importante, con buen reconocimiento de sus habilidades y se relacionará mejor con sus iguales, por el contrario, un niño con un autoconcepto pobre, se sentirá con poco valor, con desconfianza en sí mismo y no presentará herramientas para una interacción social apropiada. Los niños con TDAH suelen presentar una autoestima general más baja que el resto de la población y aunque existe escasa bibliografía sobre el tema, la importancia de estas investigaciones radica en la forma de intervenir psicológicamente en los niños que presentan estos problemas, para potenciar su autoestima con el objetivo de favorecer su adaptación social y educativa.

Por otro lado, los efectos negativos que dichas situaciones provocan en los niños; nos solo se iniciaran a manifestar a temprana edad; sino que posteriormente se es testigo de dichos efectos en la siguiente etapa; durante la adolescencia. Pérez, C. M. (2009) señala que las dificultades derivadas de la historia anterior se convierten en un factor de confusión que se une a las crisis que aparecen en este periodo etario. La autoestima muy probablemente se ha visto

muy afectada, lo que no facilita el afrontamiento de las contradicciones, las reivindicaciones de autonomía y la búsqueda de identidad que les corresponde. Las conductas oposicionistas pueden verse incrementadas de forma muy significativa; incluso pueden dar paso a formulaciones comportamentales de carácter disocial u oposicionista - desafiante. Ciertamente, no es raro que la hiperactividad e incluso la impulsividad cedan un tanto, en tanto que el déficit de atención permanece más o menos en el mismo nivel en que se mostró durante la infancia.

Así como se comentó que la Psiquiatría proporcionaba una solución para el TDA mediante la utilización de fármacos ; también la psicología plantea una vía de esperanza para los padres, maestros y principalmente para los niños; ya que como lo explica Saura Miranda, L. (2016) en base a los enfoques terapéuticos, se han ido creando programas con la finalidad de informar o concienciar sobre el concepto del TDAH, aprender estrategias de manejo de la conducta y de comunicación para mejorar la relación con el alumno/hijo, así como estrategias para aumentar el propio autocontrol del niño.

Cabanyes (2011) citado por Saura Miranda, L. (2016, P.77), Dentro de las intervenciones psicológicas destacan, por su frecuencia, la terapia de conducta, terapia cognitiva, técnicas de relajación y los entrenamientos en habilidades sociales y parentales. Por tanto, en el diseño de tratamiento del TDAH, se inició empleando 78 técnicas operantes, así como estrategias de control estimular para la modificación de conductas disfuncionales y para ayudar al niño a potenciar sus capacidades. Sin embargo, aún falta mucho para notar resultados exponenciales y favorables para estos niños; por lo tanto, es momento que la prevención e intervención se ponga en marcha constantemente para notar los resultados esperados en la actualidad, y años después.

### **c. Factores sociales.**

De igual manera, como los factores biológicos y psicológicos son indispensables para el origen y desarrollo del TDA, también se encuentran implicados factores sociales. Esto significa que existen elementos sociales que propician el problema; y todo a causa de la falta de educación del trastorno, rechazo o falta de oportunidades para estos niños, de la falta de priorización de la prevención e intervención comunitaria, escolar y familiar; y de cómo dichos aspectos finalmente perjudican a toda una sociedad.

Primeramente, iniciaremos a tratar sobre las causas del rechazo a las cuales se enfrentan los niños con TDAH. La agresividad y la no complacencia son dos factores esenciales del rechazo social. Además, estos niños se muestran menos adaptativos a la hora de cambiar sus patrones de comunicación en función de las demandas de la tarea, y su estilo de respuesta tiene efectos negativos en el comportamiento de los pares.

Para agregar al punto anterior, Hoza B, Verdes C, Hinsaw S, Arnold L, Pelma WE, Molina B, et al Pardo, A., Fernández-citado por Jaén, A., & Fernández-Mayoralas, D. M. (2009, 108) exponen que en contraste con el elevado grado de rechazo social, los niños con TDAH tienen percepciones erróneas de su aceptación o rechazo social: en general, sobrestiman sus competencias (física, social y académica) y las autopercepciones suelen ser más inexactas en las áreas más comprometidas.

A la vista de la mayor parte de las personas que desconocen de dicho trastorno, suelen etiquetar a estos niños como “retrasados” “irresponsables, perezosos” o “anormales”, por lo que, esto influye significativamente en la autoestima de los niños, causando que se aíslen o sean productos de Bullying. Otros, por el contrario, pueden volverse agresivos, violentos y manifestar la ira hacia los demás.

Siguiendo con la misma línea del último planteamiento Bianchi, E. (2015) recalca una controversia destacada la cual constituye en una incógnita y a la vez posibilidad que entre los profesionales de la salud revelan en relación con la vida y el futuro de los niños diagnosticados y tratados por TDAH. En los discursos de profesionales, el diagnóstico de TDAH se liga tanto a otras patologías (mentales y físicas) como a dificultades relacionadas con la vida en sociedad. La controversia surge entre posturas que desestiman estas asociaciones y otras que consideran que la ausencia de tratamiento o el tratamiento inadecuado garantizan tales dificultades. En el diagnóstico por TDAH convergen y se articulan en términos de predicción de problemas otros diagnósticos psiquiátricos (depresión, trastornos de alimentación, drogodependencia, trastorno de ansiedad) y otras condiciones no necesariamente circunscriptas a la salud mental, sino relacionados con el desenvolvimiento social (delincuencia, fracaso escolar o académico, dificultades familiares, afectivas o laborales).

Bianchi, E. (2015) también reitera que, en los términos de los discursos de los profesionales de la salud analizados, las fricciones en la vida familiar y escolar se perfilan como indicadores de futuros fracasos académicos, laborales y afectivos, de delincuencia y abuso de

sustancias. A la vez, se considera necesario detectar toda una cantidad de signos preanunciadores del TDAH, que dan sentido y refuerzan el diagnóstico del cuadro.

Para concluir y sintetizar sobre los puntos tratados, se citará las declaraciones de Cartagena respecto TDAH denominado: *rompiendo el estigma*. Para ello De la Peña Olvera, F., Palacio Ortiz, J. D., & Barragán Pérez, E. (2010) presentan los siguientes aspectos relevantes y significativos del TDAH:

- Está entre los primeros problemas de salud mental que afecta a la población de niños, adolescentes y adultos; el padecimiento es de origen biológico con participación en su expresión de elementos psicosociales, es también reconocido científicamente a nivel mundial y tiene implicaciones severas en el funcionamiento familiar, escolar, laboral y socioeconómico de los individuos que lo padecen.
- Es un compromiso de los expertos en TDAH realizar acciones de información, difusión, actualización y capacitación sobre el TDAH, tanto para los profesionales médicos como para los psicólogos, maestros, padres y la población general.
- Se debe ofrecer información actualizada a los maestros y reconocer la importancia de la participación de los educadores en el seguimiento del aprendizaje y conducta del niño o adolescente con TDAH.

- Se debe orientar y asesorar a todos los padres cuyos hijos tengan TDAH, sobre el trastorno y sus implicaciones en el desarrollo integral del individuo. Se debe facilitar la atención y apoyo familiar a quien lo requiera, o en aquellos casos en los que se detecten problemas en el funcionamiento familiar.
  
- Se debe promover la investigación científica colaborativa, tanto internacional como local, así como el intercambio académico, para conocer mejor el fenómeno del TDAH latinoamericano y así apoyar políticas de salud pública que reviertan en un mejoramiento de la detección temprana, evaluación diagnóstica, tratamiento y seguimiento de los pacientes.

Estas recomendaciones son los pilares principales para el aporte de este programa y que constituye principales metas en la finalización de la misma; para la contribución actual y futura de los niños, escuelas y sus familias.

#### **4) Prevención de las alteraciones psicológicas y áreas más propensas a psicoeducar.**

##### **Prevención de las alteraciones psicológicas y su importancia.**

Según el diccionario de la Real Academia Española define la prevención como: "Preparación y disposición que se hace anticipadamente para evitar un riesgo o ejecutar algo". Asimismo, Santacreu, Márquez y Rubio (1997, pg. 4), explican que la palabra prevención: Es de origen latino y hace alusión a la acción y efecto de prevenir. Recalcan que relaciona dos conceptos previos, por una parte, hace referencia a la preparación o a la acción y la otra, tiene como objetivo el evitar males o inminentes. Está relacionado también, con términos como prever (saber con anticipación lo que ha de pasar), avisar, advertir (para que otros conozcan lo que va a ocurrir) y precaver (tomar medidas para evitar o remediar algo).

Retomando el punto anterior, nos permite clarificar que los profesionales de la salud, específicamente los de la salud mental, disponen de elementos teóricos (investigaciones, datos estadísticos, experiencias clínicas, antecedentes históricos, y otros) para sustentar y promocionar planes preventivos de las alteraciones psicológicas que comienzan a manifestarse en edades tempranas y que suelen desarrollarse a medida se acerca a la adultez. Cabe recalcar que dicho proceso al no prevenirse llega a impactar no únicamente a nivel individual; sino que genera un impacto e incidencia a nivel social. Esto explica, porque muchos de los problemas sociales actualmente son el manifiesto de alteraciones psicológicas obviadas a través de los años.

El planteamiento anterior, simboliza prepararnos y disminuir el nivel de impacto que estos problemas psicológicos podrían significar en el futuro. Numerosos problemas sociales están siendo retos actuales para los profesionales de salud mental, debido a que la intervención requiere más esfuerzo, recursos, condiciones y resultados tardíos o mínimos; sin embargo, los esfuerzos por prevenir nos ahorrarían dichos aspectos y posibilitaría un resultado alentador en el futuro de nuestro país.

Por eso, Sarason (1993, p.552) cuestiona: *“Una onza de prevención vale lo que una libra de curación*, es un dicho conocido. Entonces, ¿por qué no son más comunes las medidas de prevención?”. La mayor parte de problemas psicológicos que se manifiestan en la adultez pueden ser prevenidos en las edades tempranas; sino con el paso de los años estos problemas podrían agudizarse y solo en el mejor de los casos existirían mejorías. Por lo tanto, un pronóstico confortador en la salud mental de las personas se vería determinado por acciones preventivas tempranas.

Asímismo, J. Santacreu, M.O. Márquez y V. Rubio (1997, p.4) plantean que lo que define la actuación preventiva es el daño o enfermedad que tiene como objetivo prevenir, en personas, que en el momento de la intervención no la padecen. Por ejemplo, prevenimos el tabaquismo en personas que no fuman pero que tienen un cierto riesgo de fumar y prevenimos el cáncer de garganta en personas con cierto riesgo de cáncer (fumadores).

Por lo que, ante la demanda de diferentes programas preventivos en el área de la salud mental, se realizó el establecimiento de la psicología preventiva, ante diferentes dificultades presentes en la actualidad. La psicología preventiva que se encarga de mejorar los comportamientos saludables, reducir aquellos comportamientos que pueden conducir a las patologías y promover conductas y actitudes adaptativas en individuos y grupos mediante estrategias de Educación para la Salud. La Educación para la Salud comprende un conjunto de estrategias de intervención para la prevención y promoción de la salud y para la optimización de los recursos personales y comunitarios. Con ella se pretende que los individuos o grupos resulten competentes en el cuidado y promoción de la salud y el bienestar. Retomando lo dicho anteriormente, podemos argumentar de igual manera, que la actuación preventiva con niños con déficit de atención a través de los adultos que les rodean lograría prevenir problemas psicológicos en la adultez.

### **Áreas de prevención psicológica para TDA.**

Los programas de prevención en general, puede ir dirigida a diversas áreas que pueden estar mayormente relacionados con los problemas psicológicos que se desean atender; sin embargo, existen dos contextos indispensables que suelen tener una gran influencia en el desarrollo psicológico y emocional de todo niño y niña; principalmente en aquellos niños que manifiestan problemas atencionales.

Sarason (1993) explica que los padres desempeñan un papel muy importante en el desarrollo de sus hijos debido tanto a los genes que transmiten como al entorno que proporcionan. Desde el punto de vista de la prevención, la familia es importante porque gran parte del primer aprendizaje y desarrollo del niño tienen lugar en este escenario. Los grupos de

autoayuda pueden ser útiles para los padres de niños pequeños. Estos grupos ofrecen a los padres una forma de comprender las maneras típicas en que se comportan los niños, así como aprender el modo en que otras personas manejan con éxito los problemas de crianza de los hijos. Reunirse con otras personas que tienen intereses similares también ofrece una oportunidad importante para las relaciones sociales con otros adultos, algo que con frecuencia les falta a los padres que tienen hijos pequeños. Las ideas de los padres acerca de la crianza de los hijos y el proceso de desarrollo contribuyen de manera importante al entorno cotidiano de los niños. (p.556)

Asimismo, otros autores como Kumpfer y Alvarado (2003) citado por Sarason (1993, p.556) realzan de como el comportamiento de los padres puede tener un papel en los problemas de sus hijos, muchos clínicos que se especializan en el tratamiento de trastornos infantiles hacen hincapié en la importancia de su capacitación, la terapia familiar o, en algunos casos, el trabajo terapéutico con los padres como las formas más eficaces para ayudar a los niños.

Uno de los puntos importantes para crear un escenario favorecedor para los niños con TDA se enfatiza en el manejo que los padres tienen frente a la problemática de sus hijos, el estilo educativo y de disciplina, determina la posibilidad de disminuir o de agudizar los síntomas paulatinamente a través de los años. Mármol, D. J. S., & Gutiérrez (2008, p. 773) también agregan “que posiblemente, la tensión y el estrés asociado a la crianza de estos menores conducen a la adopción de prácticas educativas inadecuadas que, además de incrementar los síntomas del TDAH, favorecen la aparición de otros trastornos y problemas.” Tomando dicho argumento, indica que el abordaje con los padres de estos niños abonaría a la posibilidad de prevenir problemas psicológicos posteriores.

Por otro lado, también se hace importante trabajar conjuntamente con la escuela. Greenberg y cols (2003) citado por Sarason (1993, p.559) declaran que las observaciones tempranas de niños en edad escolar, junto con los datos disponibles para los trabajadores escolares sobre salud mental (por ejemplo, psicólogos y asesores), con frecuencia pueden predecir dificultades psicológicas posteriores. Con base en esa información, se llevan a cabo estudios de prevención secundaria para ayudar a los niños vulnerables antes de que sus problemas se vuelvan tan graves que necesiten ayuda clínica.

María Teresa Martínez-Frutos, Eva Herrera-Gutiérrez y Josefa López-Ortuño agregan que desde el ámbito educativo deben proponerse actuaciones en colaboración con los distintos profesionales (médico, psicólogo...) y demás organismos, asociaciones, etc. relacionados con el abordaje del trastorno. El principal objetivo es elaborar líneas comunes de actuación que permitan disminuir el fracaso escolar y mejorar las habilidades sociales y personales de estos niños. Se trata de que la familia y la escuela del menor trabajen coordinadamente y en la misma dirección, para que se desarrolle, socialice, adquiera competencias y pueda tener calidad de vida.

### **Prevención primaria.**

Cuando se trata de acciones preventivas psicológicas es necesario ser conocedor de que existen diversos tipos. Sarason (1993, p.552) lo explica diciendo que la prevención de un trastorno mental o físico que puede tener lugar en tres niveles. Estos tres tipos de prevención abarcan la gama completa de intervenciones de salud mental, desde la universalidad de la prevención primaria hasta las intervenciones selectivas de prevención secundaria, y a la prevención terciaria, que equivale esencialmente al tratamiento. No obstante, a continuación, se abordará y se enfatizará en el tipo de prevención que se utilizará para la propuesta que las

estudiantes de psicología crearan; siendo esta la línea base para su diseño. Para iniciar abordar dicha prevención, se retomarán algunos conceptos que esclarecen y explican lo que la constituye; tanto a nivel general en el área salud, como específicamente en el área de psicología.

Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C., & Sosa, A. (2011) citan a (Colimón, 1978) quién explica que la prevención primaria Son: “Medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes”.

Además, agrega que: Las estrategias para la prevención primaria pueden estar dirigidas a prohibir o disminuir la exposición del individuo al factor nocivo, hasta niveles no dañinos para la salud. Medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud, mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes (Colimón, 1978, citado por Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C., & Sosa, A. 2011). Esto implica en un primer momento, que abordar todos los factores y escenarios posibles en aquellas personas que ya manifiestan indicios de un problema psicológico. La finalidad es tratarla para evitar que posteriormente este se desarrolle y se convierta en una alteración psicológica más significativa.

El objetivo de las acciones de prevención primaria es disminuir la incidencia de la enfermedad. Los autores, J. Santacreu, M.O. Márquez y V. Rubio (1997, p.5) definen inicialmente como prevención primaria: “como aquella acción de prevenir una enfermedad o el daño en personas sanas sin entrar en detalle del procedimiento de prevención.”

Así mismo, Iniesta, J. V., & Carballo, M. C. (1999) explican:

Que una enfermedad no se puede prevenir cuando sobreviene de tal manera que nadie podría haberlo evitado, ni la propia persona a partir de ese momento “paciente”, ni quienes de alguna manera son responsables de su salud, como padres, educadores, sistema sanitario, etc. Hablamos de prevención primaria cuando nos referimos a todos los esfuerzos dirigidos a evitar que la enfermedad llegue a producirse, valiéndonos de programas de educación sanitaria en los que se pretende que las personas eviten actitudes de riesgo y fomenten comportamientos que mejoren su salud (p.132).

### **Técnicas dirigidas en la prevención primaria.**

Para comenzar a plantear algunas de las técnicas que están dirigidas en la prevención primaria; se retomaran algunos programas que se han enfocado en este tipo de prevención. El objetivo primordial, es informar, educar, concientizar y sensibilizar a la población con la aplicación de estos programas preventivos de tipo primario. Estos serán de referencia para el diseño de la propuesta a presentar; y que será dirigido a los maestros, padres y tutores familiares de niños con TDA. Para poder disminuir la posibilidad que estos niños en la adultez desarrollen otros problemas psicológicos.

En primer momento se retomará un trabajo bibliográfico denominado: *Importancia de la psi coeducación enfermera dirigida a grupos de padres de niños diagnosticados de tda/h*. El objetivo de dicho trabajo, tal como lo plantean los autores Pacheco, J. T., Colomo, S. F., & Hernández, A. R. es dar a conocer la importancia que podría tener el desarrollo de un plan de intervención en materia psicoeducativa, para grupos de padres con hijos diagnosticados de TDA/H, así como fomentar el desarrollo de diferentes proyectos de investigación que posibiliten

demostrar el impacto positivo de este tipo de planes psicoeducativos. Además, con un objetivo similar al del desarrollo de planes de psi coeducación, queremos sensibilizar y dar a conocer el trastorno y las singularidades de aquellos que han sido diagnosticados.

Cuevas-Cancino JJ, Moreno-Pérez NE (2007) explican el concepto de psi coeducación como una herramienta terapéutica en la cual se proporciona información específica acerca de una enfermedad o trastorno tanto a familiares como al paciente. Esta información detalla y resume la información científica más actual para responder a las diferentes cuestiones acerca del origen evolución y abordaje del padecimiento desde el propio entorno, situación que implica también la implementación de consejos y el entrenamiento en las diferentes técnicas para abordar los problemas que se pudiesen plantear. Además, agregan, que el modelo psicoeducativo ha pasado de centrarse en el trastorno de la esquizofrenia a extenderse al resto de patologías y trastornos de salud mental. Por ejemplo, el trastorno bipolar, la depresión, el trastorno déficit de atención hiperactividad, etc., así variando y adecuando el contenido de la técnica podemos estandarizar las dinámicas informativas para pacientes y familia (P. 209).

La psi coeducación es una estrategia viable, económica y efectiva para abordar las necesidades de las personas desde la atención primaria, y/o desde los recursos específicos de salud mental. Esta tarea propone integrar un enfoque educativo preventivo y psicológico, con el fin de fortalecer las capacidades para afrontar la enfermedad de un modo más adaptativo (Cuevas-Cancino JJ, Moreno-Pérez NE, 2007, p. 209).

A continuación, se presentará el programa que Pacheco, J. T., Colomo, S. F., & Hernández, A. R. citaron de Cuevas-Cancino JJ, Moreno-Pérez NE (2007) y que además adaptaron para abordarlos con padres con niños con TDAH:

### **Psicoeducación en grupo.**

Este trabajo se centrará en una intervención psicoeducativa en grupo, por tanto, ahondaremos más en la psicoeducación grupal: Al utilizar la psicoeducación trabajando con grupos conseguiremos en primer lugar: Potenciar el intercambio de diferentes anécdotas y experiencias protagonizadas por personas que están en situaciones similares, motivando la aparición y la mejora de redes sociales informales que apoyen a los pacientes. En segundo lugar, encontramos un escenario sociocultural que fomenta la construcción del conocimiento favoreciendo el respeto a la diversidad de puntos de vista y el aprendizaje de comportamientos alternativos. Por último, también nos permite economizar el tiempo del que podemos disponer y el esfuerzo de los profesionales de la salud mental responsables de la atención de los pacientes y de las familias.

### **Estructura del programa psicoeducativo.**

En este programa se van a implementar varias sesiones de trabajo grupal, el mismo está compuesto por tres fases:

1. **Fase educativa:** En la cual se explica la materia vinculándola con el cuidado dirigiéndonos a la familia, al cuidador y al paciente y enfocando la sesión educativa en temas relacionados con su trastorno: Signos de alarma, los síntomas, tratamiento a seguir, etc. esta fase les brinda puntos de vista para la toma de decisiones informadas.

2. **Fase de jerarquización de problemas, déficit o necesidades:** En esta fase es necesario identificar los problemas percibidos por el paciente o familiares y definir posteriormente objetivos que traten de solucionar o rebajar el menoscabo del problema y planificar intervenciones para conseguir dichos objetivos.

3. **Fase práctica de las habilidades aprendidas en la vida cotidiana:** En esta fase se ponen en práctica todas las habilidades aprendidas en las fases anteriores implementándolas de forma gradual para que de este modo se puedan reintegrar en las actividades cotidianas del paciente y en escenarios reales. Por este motivo podemos entender que la psicoducción no solo aspira a ofrecer información, sino que también quiere modificar las actitudes del paciente, familia o cuidador para poder mejorar la adaptación al trastorno mediante cambios en el estilo de vida, en los pensamientos y cogniciones que se tienen acerca de la enfermedad, en la adhesión al tratamiento, etc.

Asimismo, Pacheco, J. T., Colomo, S. F., & Hernández, A. R. también incluyen sobre los dos siguientes aspectos:

**Terapia de entrenamiento para padres:** Los padres van a recibir en esta forma de tratamiento revisión clínica por parte de profesionales utilizando tácticas especializadas de manejo infantil, con el objetivo de desarrollar sobre todo una habilidad para la correcta contingencia del niño, aunque incluye también educación y asesoramiento sobre TDA/H. Si dicha intervención brinda resultados favorables, los padres consiguen brindar a los niños más oportunidades para adquirir más autocontrol en relación a su comportamiento.

**Tratamiento psicopedagógico:** para cumplir la línea de este tratamiento es necesario formar a los docentes para adaptar su sistema de enseñanza en la medida de lo posible a las necesidades de los niños con TDAH. Además de instruir al niño y a su entorno acerca del trastorno, campo de actuación de notoria importancia. Se puede con este tratamiento trabajar los déficits de rendimiento, mejorar las técnicas de autocontrol conductual y las conductas adaptativas.

La siguiente propuesta preventiva, realizada por Beltran, J., Torres, I., Saldivar, H., Martínez, G., Vázquez, F., & Barrientos, C. (2004) quienes propusieron el *Taller como Estrategia de Intervención Preventiva, y su aplicación en el caso de niños con TDAH*; el cual es una adecuación de la propuesta de taller que hacen Gómez Jairo y Velandá, Rafael (2004) en su trabajo *Prevención del Abuso Sexual Infantil: a partir del rediseño de talleres de prevención de los delitos sexuales*.

Beltran, J et al. (2004) citan a Gómez, J y Velandá, R (2004) quienes afirman que el taller permite articular contenidos y actividades a las características de la población y el problema. Así mismo, su naturaleza grupal facilita cubrir amplios grupos poblacionales, lo que ofrece la posibilidad de convertir al taller en una de las estrategias estrategia de intervención adecuada en acciones de prevención. Básicamente el taller es un instrumento de trabajo grupal, por lo cual es necesario nombrar las características generales de la conformación de grupos. De acuerdo a Hodget (1981) citado por Beltran, J et al. (2004) un grupo se forma cuando existe al menos una meta en común, un sentido de pertenencia, de interdependencia y de participación para la satisfacción de necesidades de todos los integrantes del mismo. Para Díaz (1994) citado por

Beltran, J et al. (2004), el grupo desarrolla conductas de mantenimiento que aportan a su autoconservación y conductas de progresión que provocan su transformación.

Es por ello que Beltran, J et al. (2004) secundan que esta característica dinámica del grupo, es la que facilita que la intervención se adapte a temas específicos generando en el mejor de los casos, cambios positivos. La reflexión sobre una situación que se vive y su expresión en palabras tiene el principio clínico de enfrentarse a su problema lo cual resulta en el principio de la solución de cualquier problemática que enfrentemos. Es por ello que el taller que permite la reflexión, busca confrontar a los participantes con sus ideas acerca de la problemática particular, en este caso, sus inquietudes en torno al niño con TDAH; permite a su vez, una catarsis de los sentimientos generados por tal situación, lo mismo que aprender estrategias de intervención y de cambio actitudinal y comportamental en torno al niño con TDAH.

A continuación, se presentará el esquema general que plantean Beltran, J et al. (2004) tomando de la propuesta de Gómez, J y Velandá, R (2004).

### **Talleres de Sensibilización hacia el niño con Déficit de atención con Hiperactividad.**

“Niño con déficit de atención con hiperactividad” es un tema que socialmente y escolarmente se enmarca en muchas ocasiones en creencias irracionales o mitos que refuerzan una serie de tabúes, que generalmente no encuentran espacios objetivos para su esclarecimiento, reflexión y atención. El objetivo es crear las condiciones óptimas de reflexión y confrontación para que los participantes expresen sus inquietudes, temores y tabúes respecto al niño hiperactivo, a partir de una actividad lúdica que elimine la censura y la marginación. Se

propone para el trabajo en el taller cuatro focos probables, donde se articulan los principales mitos. Los focos propuestos son: El contexto, el niño, los padres y las consecuencias de tener un hijo hiperactivo en casa. Bajo la técnica de esclarecimiento de los conocimientos específicos de cada grupo, se ratifican los conocimientos reales por medio de cuatro ejes temáticos y se aclaran dudas para presentar alternativas.

Taller 2. El síndrome de inatención con hiperactividad debido al desconocimiento de lo que es un niño hiperactivo, ya sea por la falta de información y por la dificultad en identificar síntomas y señales de un niño con TDATH, se dificulta enfrentarse ante un hecho como lo es el abuso. El objetivo es dar información conceptual, así como elementos para identificar los principales síntomas, señales y opciones de diagnóstico y atención como ejes de análisis, por medio de la técnica de discusión de casos en subgrupos.

Taller 3. Estilos Atribuciones al partir del supuesto de que el TDAH tiene una causa externa o ajena a los niños hiperactivos y su estilo atribucional tiene una naturaleza de carácter específico, el reconocimiento de este locus de control facilita que los comportamientos aberrantes de un niño hiperactivo les sea asignada una responsabilidad adecuada. El objetivo del taller es que, los participantes reconozcan el grado de responsabilidad con los niños hiperactivos y que su estilo atribucional se caracterice por ser externo y específico para este caso, mediante una dinámica de contenido.

Taller 4. Red de Apoyo, el papel de la familia como red de apoyo primaria en un caso hijo hiperactivo, se resalta en la literatura. La dinámica familiar se enmarca en habilidades que pueden actuar a favor o en contra en el proceso de afrontamiento. El objetivo es brindar a los

participantes, herramientas básicas para el desarrollo de habilidades en interacción familiar a partir de los ejes temáticos, sobre las cuales se articula la dinámica de una relación familiar, a través de las técnicas del sociodrama.

Taller 5. Estrategias de Afrontamiento, una vez asignado un locus de control externo y específico, clarificada la importancia la red de apoyo, se espera que el modo de afrontamiento esté más dirigido hacia el problema que hacia la emoción. El objetivo de la actividad se dirige a brindar a los participantes habilidades específicas en relación con cada foco propuesto, bajo la técnica del cine foro. Se presentarán escenas importantes de una de las películas propuestas, en relación con los focos 1 y 2 propuestos para identificarlos: RUBEN EL NIÑO HIPERACTIVO ENSEÑANDO A PETER.

Focos propuestos:

**Foco 1:** Definición del problema del protagonista. Eje de análisis: Características de la relación familiar, características de la relación social, características psicológicas y elementos en común con la vida real de los participantes.

**Foco 2:** Identificación de sentimientos y acciones del protagonista. Eje de análisis: Qué sentimientos se esperan observar, qué acciones se esperan encontrar.

**Foco 3:** Identificación, ponderación de alternativas de solución del protagonista. Eje de análisis: De qué recursos se dispone. Qué implicaría cada alternativa. Qué alternativa es la más viable.

### **Áreas a sensibilizar en el programa de prevención.**

A partir de lo abordado en los capítulos y contenidos anteriores, en los cuales se definió y se explicó detalladamente el TDAH, sus factores psicosociales que propician su origen, mantenimiento y desarrollo, además de las secuelas psicológicas de dicho trastorno. Para finalizar se incluyeron distintos abordajes psicológicos a través de la prevención primaria. A partir de todos estos planteamientos teóricos nos permite puntualizar las líneas generales que se abordarán en el programa preventivo.

Inicialmente se desea recalcar que esta propuesta se trabajará únicamente con los padres, tutores y maestros, quienes son los adultos que forman parte del círculo más cercanos de los niños y representan las personas más significativas y de referencia emocional y afectiva.

Como parte medular de la prevención primaria, pretende disminuir la probabilidad de que los problemas psicológicos que actualmente se manifiesten, provoquen en un futuro mayores consecuencias negativas o que sus síntomas se desarrollen significativamente con el tiempo.

Por otro lado, la técnica principal que rige este tipo de prevención consiste en la psicoeducación; la cual pretende concientizar, sensibilizar y reflexionar, y además modificar conductas, en esta ocasión, significa psicoeducar a los padres, tutores y maestros con niños con TDA para que desarrollen en los niños una adecuada autoestima, un autocontrol emocional, independencia, autonomía y mejores relaciones con los demás.

Por esta razón; la propuesta que se expondrá y se diseñará abordará las siguientes áreas:

1. Sensibilización hacia el niño con Déficit de atención con Hiperactividad:

El déficit atencional es uno de los trastornos más marcados socialmente, en el que en ocasiones está inmerso de creencias irracionales o mitos que refuerzan una idea negativa de

dicho trastorno y que se da muy pocas oportunidades para esclarecer dudas o reflexionar en torno a sus causas u origen, por ejemplo.

Por lo que en esta área se busca dar a conocer en qué consiste este trastorno, cuál es su origen y sus causas implicadas, así como realizar una desmitificación del mismo. Y cómo el modelo psicosocial explica los factores implicados en el origen, mantenimiento y desarrollo del TDA.

De la misma manera en esta área se pretende plantear y explicar cuáles podrían ser las secuelas psicológicas del TDAH en la adultez como, por ejemplo: Trastornos del estado de ánimo, uso de sustancias psicoactivas, trastornos de personalidad, así como manifestar tendencia o ideación suicida. Sin embargo, también se hará una reflexión acerca de los pronósticos favorables al tratar el TDAH desde la infancia y de las consecuencias de que este diagnóstico sea tardío.

El objetivo de psicoeducar al respecto de esta área es crear un espacio óptimo de reflexión y confrontación para que los participantes expresen sus inquietudes, temores y tabúes respecto al niño hiperactivo, para ir eliminando aquella creencia errónea del típico "niño rebelde" y la marginación a la que constantemente esta población se ve expuesta, ya sea por sus padres o tutores familiares y maestros. Y de esta manera que los participantes puedan construir una nueva imagen del niño/a con déficit atencional, en la que comprenda que detrás de la conducta desatenta e hiperactiva esta un factor genético que es muy influyente en estos niños/as.

## 2. Autocontrol emocional enfocado en los padres, maestros y tutores familiares:

El autocontrol emocional es la capacidad que nos permite gestionar de forma adecuada nuestras emociones y no permite que sean éstas, las que nos controlen a nosotros. De lo que se trata es que todas las emociones, tanto las negativas como las positivas, se experimenten y se expresen de forma adecuada.

Como ya se ha mencionado con anterioridad el trastorno por déficit atencional con o sin hiperactividad, no solo afecta al niño/a que lo padece, sino que influye en el entorno en que este se desenvuelve. Por lo que los padres, maestros y tutores familiares son quienes tienen directamente consecuencias y dificultades en cuanto a que herramientas utilizar para poder ayudar y controlar en cierta medida el estrés que les genera la dificultad de su hijo o alumno.

Por lo que se busca, que los adultos a cargo de guiar y orientar, puedan conocer y tener una buena regulación emocional, que reconozca sus propias emociones por medio de el conocimiento de estas, sobre las diferentes situaciones que las generan, pero sobre todo que aprendan a identificarlas. Al realizar lo anterior, estos podrán tener un mayor control, potenciar la autonomía e independencia de todo niño/a que tenga este trastorno.

Es decir, que por medio de la psicoeducación se pueda fomentar ciertas habilidades en los padres, maestros y tutores familiares, para potenciar el desarrollo emocional en los niños/as con esta dificultad y poder con ello evitar consecuencias tanto a corto y largo plazo.

### 3. Desarrollo de Habilidades Personales.

Como se ha logrado conocer en los capítulos anteriores, debido al mismo déficit de atención que los niños manifiestan, elementos como la autoestima, autonomía, autoconcepto, etc., se ven deteriorados y en la mayoría de casos poco fortalecidos por aquellas personas que forman parte de su círculo principal como lo son los padres y maestros. Perjudicando en gran medida el concepto que los niños pueden tener de sí mismo, la confianza en ellos, la toma de decisiones positiva, relaciones intrapersonales e interpersonales saludables, etc.

Por lo que es necesario tomar en cuenta esta área en dicho programa de prevención, ya que es necesario instruir a los padres y maestros acerca de cómo fomentar una autonomía en los niños/as para que puedan desenvolverse por sí mismos a la hora de realizar las actividades de la vida diaria y de disfrutar de los recursos de la sociedad, en sí psicoeducar en cuanto a la importancia del cuidado de la autoestima, y de esta manera potenciar las capacidades y cualidades de los niños, motivarlos, entablar un diálogo, escucha, empatía y construir la confianza con ellos.

### 4. Desarrollo de habilidades sociales.

Las habilidades sociales incluyen una serie de comportamientos dirigidos al manejo adecuado de la comunicación tanto verbal como no verbal dentro de una conversación. Saber cómo moverse con seguridad dentro de una conversación, saber iniciarla y finalizarla, expresar y recibir refuerzo, concertar citas de forma exitosa, habilidad para introducirse en un grupo de forma correcta, poder presentar a otras personas con facilidad.

Pero las habilidades sociales también incluyen una manera de desenvolverse dentro del grupo con asertividad a través de determinadas habilidades que nos permitan afianzar nuestra respuesta, decir «no», poder expresar emociones tanto positivas como negativas.

Por lo tanto, al tener una dificultad como lo es el trastorno por déficit atencional con o sin hiperactividad, el desarrollo de esta habilidad sumamente importante se ve afectada. Al conocer sobre como los niños/as que sufren esta dificultad se desenvuelve de forma negativa con sus pares y con las personas que les rodea, podemos decir que es importante la orientación de los adultos en cuanto a poder desarrollarla de forma adecuada y evitar con ello los sentimientos de rechazo, el aislamiento y la posibilidad de relaciones interpersonales inadecuadas.

Por lo que, el principal objetivo de esta área es guiar a los padres de familia, maestros o tutores a que conozcan la forma más necesaria y adecuada de emplear los distintos tipos de castigo y como llegar a un acuerdo mutuo, evitar comparaciones con hermanos u otros niños y concientizar sobre las expectativas y exigencias de los padres y maestros. Lo anterior evitaría con ello, diferentes secuelas y consecuencias al no tratarse este trastorno, como la adicción a sustancias, la aparición de un trastorno secundario etc.

## Capítulo III

### VI. Contenido de la intervención

#### **Sensibilización hacia el niño con Déficit de atención con Hiperactividad**

Explicación del TDAH:

- El TDAH y sus causas implicadas.
- ¿Qué es el TDAH?
- Desmitificación del TDAH
- Modelo psicosocial como factores implicados en el origen, mantenimiento y desarrollo del TDA.

Secuelas psicológicas del TDAH en la adultez:

- Trastornos del estado de ánimo
- TDAH y su relación con uso de sustancias psicoactivas
- Trastornos de personalidad.
- Pronósticos favorables al tratar el TDAH desde la infancia.

#### **Autocontrol emocional enfocado en los padres, maestros y tutores familiares:**

El afecto y sus resultados positivos:

- La regulación emocional de los adultos con niños con TDAH.
- Reconocer las propias emociones y la de los niños
- La sobreprotección y/o el control.
- Potenciar la autonomía e independencia

## **Desarrollo de Habilidades Personales**

La importancia del cuidado de la autoestima.

- Potenciar las capacidades y cualidades de los niños
- Motivación
- El diálogo, escucha y empatía hacia los niños.
- Construir la confianza con los niños.

## **Desarrollo de habilidades sociales**

Disciplina en niños/as con TDAH:

- Expectativas y exigencias de los padres y maestros.
- Los distintos tipos de castigo y sus resultados.
- Comparaciones con hermanos u otros niños.
- Aceptando las diferencias individuales a través de la asertividad.

## **VII. Beneficiarios de la propuesta de intervención**

Ante la temática manifestada y sus bases teóricas indicadas en los apartados anteriores, podemos mencionar que los beneficiarios directos serán los padres, maestros y tutores familiares, que tienen hijos o enseñan a niños/as con déficit atencional con o sin hiperactividad. Es necesario manifestar, que existirán otras personas que también se verán beneficiadas de esta propuesta, pero más indirectamente como lo son los compañeros de clase, los hermanos o familiares que están presentes en el entorno y el mismo niño/a con déficit atencional con o sin hiperactividad ya que, proporcionará las bases para que las personas que guían su proceso de

desarrollo tengan las mejores herramientas para conocer su dificultad y sensibilizarse ante dicho tema.

## **VIII. Metodología**

- **Sujetos**

El programa preventivo está orientado para trabajar con padres, tutores familiares y maestros de organizaciones y escuelas especiales que trabajen con niños con déficit atencional con y sin hiperactividad, entre las edades de 8 a 12 años de edad, en el municipio de San Salvador, departamento de San Salvador.

- **Método**

Dicho programa preventivo será de modalidad psicoeducativo; en donde padres y maestros conformaran un único grupo. Cada una de las jornadas dispondrá de una agenda de actividades a realizar; abordando distintas áreas y contenidos.

- **Actividades.**

Las actividades que compondrán las jornadas se realizarán de manera grupal e individual, durante el transcurso de las mismas estas procurarán crear cohesión grupal con la finalidad de crear dinamismo y participación; así como también, generar un espacio de reflexión y sensibilización individual.

Dichas actividades se realizarán mediante dinámicas grupales, foros de discusión, visualización de un video, leer una lectura seleccionada, compartir sus propias experiencias, boletines informativos, crucigrama, cuestionarios reflexivos.

- **Técnicas**

La técnica principal a utilizar en el plan preventivo de atención primaria, será la psicoducción. De igual manera se utilizarán técnicas como: Conferencia Magistral, técnicas expositivas, retroalimentación, autorregistros y registros.

- **Tiempo de aplicación**

Las jornadas serán realizadas con una duración de 2 horas; siendo un aproximado de 12 jornadas en total. Cada una de las actividades dispondrán de un tiempo exacto; y será dirigido por cada una de las facilitadoras del programa.

- **Evaluación del programa.**

**Hoja de Consentimiento.**

Al inicio del programa se les dará a los participantes una hoja de consentimiento, cabe decir que no es un instrumento de evaluación, sin embargo, es importante recalcarlo porque mediante este documento, se dejará constancia de que los participantes aceptan por voluntad propia participar en el programa. Así mismo; se comprometerán a asistir de inicio a fin, asegurándoles que de parte de los profesionales de psicología quienes les garantizarán confidencialidad, respeto y compromiso.

### **Cuestionario del conocimiento del tema.**

En el presente programa se ha construido un cuestionario en base a la revisión de la literatura, dirigido a padres de familia, tutores familiares y maestros, que permitirá recoger información sobre los conocimientos que disponen y las estrategias que han aplicado para enfrentar el TDA de los niños y niñas.

Este cuestionario consta de once preguntas, donde los participantes deben contestar en una escala del uno al cinco; donde uno significa nada, dos significa poco, tres significa normal, cuatro significa bastante y cinco significa mucho a cada pregunta los participantes deben escribir una justificación de la opción que seleccionen.

Al finalizar el programa, se aplicará otro cuestionario similar al anterior, con algunas diferencias en ciertas interrogantes, que se utilizara para evaluar que los conocimientos abordados en el programa han sido interiorizados y comprendidos por los participantes. Este cuestionario consta de nueve preguntas, la forma para responder será igual al mismo sistema que el cuestionario anterior.

### **Conductas objetivas.**

Aplicar un instrumento de las conductas objetivos que los padres y maestros desean disminuir o mejorar al finalizar el programa, y que en la actualidad les ha generado dificultad lograr. Especificarán y describirán cada una de las conductas y establecerán de una escala del 0 al 10 el grado de dificultad.

- **Recursos materiales**

Los recursos utilizados para el programa principalmente es disponer de un espacio que permita a los participantes sentirse cómodos y con privacidad.

Para el desarrollo de las jornadas se utilizarán medios tecnológicos como laptop, bocinas; así como también, páginas de papel bond, cartulina, lápices, plumones, fotocopias, impresiones

- **Descripción del Programa**

El presente programa de prevención está dirigido a padres, tutores familiares y maestros, para reducir las incidencias que probablemente este trastorno provocará en los niños/as en su edad adulta, fortaleciendo aquellas habilidades socioemocionales.

Para ello, se exponen las bases teóricas en las que se fundamenta, las personas a las que va dirigido principalmente, el lugar y momento en el que se puede aplicar, a partir del análisis de necesidades y potencialidades de los destinatarios, su finalidad, así como las técnicas utilizadas, qué materiales y personal es necesario para su ejecución, qué duración y frecuencia presenta.

A lo largo del marco teórico y en la justificación de este trabajo de grado hemos expuesto las principales dificultades que presentan los niños con TDAH y cómo se ven afectadas sus familias y su ambiente escolar. Por ello, se ha planteado el diseño de un programa centrado en las necesidades y potencialidades que las familias y la escuela presentan para poder dar respuesta a éstas.

Este Programa de Prevención se denomina “LA AVENTURA DE AMAR, COMPRENDER Y ENSEÑAR A UN NIÑO/A CON TDAH”, que está basado en un conjunto de contenidos y actividades prácticas que se pueden incorporar en la vida cotidiana de la familia y en la escuela.

El presente programa surge a partir de programas y estudios relacionados con la psicología preventiva de nivel primario, teniendo como máxima influencia el enfoque psicoeducativo. Por un lado, el objetivo general de este programa es favorecer el bienestar personal, social, emocional, escolar y familiar de los niños con TDAH a través de la prevención de las alteraciones en la edad adulta de esta población. Cuya prevención grupal está basada en el conocimiento del desarrollo y/o potenciación de competencias y/o habilidades socioemocionales en el hogar y la escuela.

El programa LA AVENTURA DE AMAR, COMPRENDER Y ENSEÑAR A UN NIÑO/A CON TDAH”, se estructura mediante planes operativos, dicho programa consta de 12 sesiones y se centra en cuatro áreas que se distinguen por un color diferente, que se explicarán a continuación para ello es necesario utilizar como guía los planes operativos y el Manual Práctico y Psicoeducativo para padres, tutores familiares y maestros.

La primera y última sesión de este programa se direccionan en el área denominada Vinculación y Encuadre. Se diferencian porque los planes operativos correspondientes a dichas sesiones son de color azul. La primera sesión tiene como objetivo explicar a los padres

y maestros sobre el desarrollo del programa preventivo con la finalidad de disipar dudas y motivarlos para su participación activa de inicio a fin en dicho programa. El plan operativo De la primera y la doceava sesión se distinguen porque es de color azul.

Las áreas en las que se divide el programa son: Sensibilización hacia el niño/a con déficit de atención con Hiperactividad, Autocontrol Emocional enfocado en los padres, maestros y tutores familiares, Desarrollo de habilidades personales y Desarrollo de habilidades sociales.

Dentro del Área de Sensibilización hacia el niño/a con déficit de atención con Hiperactividad encontramos la sesión 2, denominada: Definamos y desmitifiquemos al TDAH, la sesión 3 denominada: Comprendamos el origen del TDAH y la sesión 4 denominada: Construyendo al adulto de mañana. Estas sesiones dentro de los planes operativos se identifican con color amarillo.

En el Área de Autocontrol Emocional enfocado en los padres, maestros y tutores familiares encontramos la sesión 5 denominada: Conciencia, Expresión y Regulación Emocional, y la sesión 6 denominada: ¿Cómo brindarle autonomía a mi hijo y estudiante con TDAH? Estas sesiones dentro de los planes operativos se identifican con color verde.

Por lo que en el Área de Desarrollo de habilidades personales encontramos la sesión 7 denominada: Motivando Capacidades y Cualidades de los niños/as y la sesión 8

denominada: Construyendo la Confianza en los niños/as. Estas sesiones dentro de los planes operativos se identifican con color rosado.

En cuanto al Área de Desarrollo de habilidades sociales encontramos la sesión 9 denominada: Expectativas y exigencias de los padres y maestros, la sesión 10 denominada: Los distintos tipos de castigo y sus resultados y la sesión 11 denominada: Comparaciones con hermanos u otros niños y aceptando las diferencias individuales a través de la asertividad. Estas sesiones dentro de los planes operativos se identifican con color anaranjado.

Finalmente, la sesión 12 como se dijo anteriormente lleva una estructura diferente y pertenece al área de Vinculación y encuadre, que tiene como objetivo evaluar el conocimiento adquirido sobre el trastorno por déficit atencional con o sin hiperactividad en los padres y maestros a lo largo de las sesiones, como cierre del programa preventivo.

## **IX. Localización Física y cobertura espacial**

Los lugares en donde puede aplicarse dicha propuesta son escuelas especiales y organizaciones, que se dediquen en cierta medida a diagnosticar y dar un tratamiento a niños/as con trastorno con déficit atencional con o sin hiperactividad.

## X. Planes operativos o de actividades.

**Modelo propuesto:** Preventivo.

**Área a trabajar:** Vinculación y encuadre grupal.

**Temática:** Comenzando un nuevo reto.

**Objetivo general:** Explicar a los padres y maestros sobre el desarrollo del programa preventivo con la finalidad de disipar dudas y motivarlos para su participación activa de inicio a fin en dicho programa.

Objetivo específico	Actividad	Responsable	Recursos materiales	Recursos Humanos	Tiempo a emplear	Evaluación
Establecer una relación de armonía, cercanía y confianza entre las(os) participantes y los profesionales de psicología, con el fin de sentar las bases de una buena relación grupal.	<b>Bienvenida o Recepción:</b> Se les dará la bienvenida y se les colocará a cada uno de los participantes un gafete con su nombre.	Profesionales de psicología.	Gafetes	Profesionales de psicología.	10 minutos	Se hará una retroalimentación de lo tratado en la jornada.
	<b>Dinámica de animación y presentación:</b> <b>Tres verdades y una mentira.</b> Todos escriben sus nombres y tres cosas verdaderas y una falsa acerca de sí mismos en una hoja grande de papel. Por ejemplo, 'Me llamo Alfonso me gusta cantar, me encanta el fútbol, tengo cinco esposas y me encanta la ópera'. Luego los participantes de manera voluntaria intentarán adivinar cuál información es mentira.		Hojas de papel. Lapiceros o plumones.	Participantes y profesionales	20 minutos	De manera voluntaria algunos de los participantes expondrán sus opiniones completando los enunciados siguientes:  -Lo mejor de la jornada fue... Y lo peor fue...

<p>Explicar a los padres y maestros las áreas y temas a tratar en el programa preventivo.</p>	<p><b>Presentación del programa:</b> Explicar mediante diapositivas el programa preventivo.</p> <p>Describiendo las áreas abordar, las actividades y técnicas que aprenderán y los logros que se pretenden obtener al terminar dicho programa. De igual manera se dará apertura para contestar a preguntas.</p>		<p>Presentación en power point</p>	<p>Participantes y profesionales</p>	<p>15 minutos</p>	<p>-Lo más interesante fue... Lo más aburrido fue...</p> <p>-Me habría gustado más si... y menos si...</p> <p>Lo que aprendí fue...</p>
<p>Conocer las expectativas y motivaciones personales, así como también las dudas o dificultades de los participantes, al decidir estar en el programa.</p>	<p><b>Actividad grupal (conocer motivaciones grupales)</b></p> <p><b>Los seis sombreros para pensar:</b> Uno de los psicólogos del grupo contextualizará, a modo de presentación, que cada vez que iniciamos una actividad nueva, la hacemos por un motivo. Para explorar dichos motivos se realizará mediante sombreros con diferente color donde cada uno representa pensamientos y emociones diferentes. Así que, acompañado de la música, se pasarán unos a otros todos los sombreros, y al parar la canción, los participantes que les quede los sombreros deberán responder a las preguntas correspondientes. (ANEXO 1)</p>		<p>-Los seis sombreros con diferentes colores.</p> <p>-Música.</p>	<p>Participantes y profesionales</p>	<p>25 minutos</p>	
<p>Acordar conjuntamente las normas que regularán al grupo,</p>	<p><b>Elaboración conjunta de normas:</b> Al inicio uno de los coordinadores explicará sobre la necesidad y el</p>		<p>Papelógrafo Plumones</p>	<p>Participantes y profesionales</p>	<p>10 minutos</p>	

<p>para propiciar un ambiente cómodo y seguro para todos y todas.</p>	<p>beneficio de establecer normas en conjunto.</p> <p>Lluvia de ideas: mediante este se establecerán las normas que en conjunto se complicarán.</p>					
<p>Aplicar diferentes instrumentos pre test que permitan tener parámetros de los conocimientos y actitudes de los padres y maestros respecto al TDAH.</p>	<p><b>Firma del convenio, aplicación de instrumento de evaluación y conductas objetivos:</b></p> <p>-Se realizará una firma de convenios donde los participantes darán fe que aceptarán las normas y compromisos que se establezcan en el programa. (ANEXO 2)</p> <p>-Posteriormente se aplicará un cuestionario sobre los conocimientos que poseen del TDAH y las distintas estrategias que han aplicado antes de estar en el programa. (ANEXO 3)</p> <p>-Finalmente como padres y maestros de los niños, reflexionarán sobre las conductas que desean trabajar y que actualmente representa dificultad. Deberán definirlo en una escala del 0-10. (ANEXO 4)</p>		<p>Convenio</p> <p>Cuestionario</p> <p>Cuadro de conductas objetivos.</p>	<p>Participantes y profesionales</p>	<p>35 minutos</p>	
	<p><b>Despedida o Cierre:</b> Finalizar recordando el día y hora para la siguiente sesión.</p>		<p>ninguno</p>	<p>Participantes y profesionales</p>	<p>5 minutos</p>	

**Modelo propuesto:** Preventivo.

**Área a trabajar:** Sensibilización hacia el niño con Déficit de atención con Hiperactividad

**Temática:** Definamos y desmitifiquemos al TDAH.

**Objetivo general:** Concientizar a los padres y maestros a través de información veraz y certera sobre el TDAH para que comprendan mejor a sus niños y niñas.

Objetivo específico	Actividad	Responsable	Recursos materiales	Recursos Humanos	Tiempo Inicial	Evaluación
Establecer una relación de armonía, cercanía y confianza entre las(os) participantes y los profesionales de psicología.	<b>Bienvenida o Recepción:</b> Se les dará la bienvenida y se le colocará a cada uno de los participantes un gafete con su nombre.	Profesionales de psicología.	Gafetes	Profesionales de psicología.	10 minutos	Se hará una retroalimentación de lo tratado en la jornada.  De manera voluntaria algunos de los participantes expondrán sus opiniones completando los enunciados siguientes:  -Lo mejor de la jornada fue... Y lo peor fue...  -Lo más interesante fue... Lo más aburrido fue...  -Me habría gustado más si... y menos si...  Lo que aprendí fue...
Propiciar la cohesión grupal mediante la identificación de gustos, intereses y situaciones similares de unos con otros.	<b>Dinámica de animación:</b> <b>Lo que tenemos en común:</b> El coordinador de esta actividad, deberá decir diferentes características que ayuden a las personas del grupo a identificarse unos con otros, como, por ejemplo: 'las personas que tienen hijos'. Todos aquellos que tengan hijos deben moverse hacia un lado del salón. Cuando el coordinador dice más		Ninguno	Profesionales de psicología.	20 minutos	

	<p>características, como 'les gusta el fútbol', no les gusta hacer ejercicio, les gusta comer mucho y otros. Las personas con esas características se mueven al lugar indicado.</p> <p>Posteriormente se puede ir exclamando características más personales como: los que les preocupa el TDAH de sus niños y niñas, los que se sienten frustrados por el TDAH de sus hijos, los que desean mejorar para el bien de sus niños.</p> <p>Al finalizar se invitará a que de forma voluntaria los participantes digan una reflexión de la dinámica realizada.</p>					
<p>Eliminar prejuicios en relación al TDAH.</p>	<p><b>Técnica específica:</b> Algunos de los coordinadores realizará una pequeña conferencia sobre el TDAH. Explicando sus síntomas, ejemplificando y desmitificando diferentes conceptos y se dará un espacio de preguntas. (ANEXO 5)</p> <p>Para finalizar se reproducirá un video denominado: Pablito un niño con TDAH.</p> <p>Al terminar el video, los padres y maestros deberán responder a unas preguntas para reflexionar. (ANEXO 6)</p>		<p>Presentación en diapositivas</p> <p>Preguntas de reflexión personal.</p>	<p>Profesionales de psicología.</p>	<p>25 minutos</p>	

<p>Concientizar a los padres y maestros de sus creencias y actitudes en relación al TDAH de sus niños/as, para la disminución de la carga emocional negativa de estos</p>	<p><b>Actividad de Grupo:</b> Se formarán diferentes equipos, en los cuales cada uno tendrán tareas diferentes.</p> <p><b>Primer equipo:</b> En un pliego de papel bond deberán dividir mitos y verdades del TDAH. Tendrán diferentes enunciados y los colocarán donde corresponde (ANEXO 7)</p> <p><b>Segundo equipo:</b> Con juegos de palabras claves, deberán formar su propio concepto de TDAH.</p> <p><b>Tercer equipo:</b> con diferentes imágenes representativas de niños, tendrán que descifrar que síntomas del TDAH están manifestando (ANEXO 8)</p> <p>Se les dará un tiempo limitado y cuando terminen explicarán lo que realizaron como equipo.</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>-Imágenes</li> <li>-Pliegos de papel</li> <li>-Tirro</li> <li>-Plumones</li> </ul>	<p>Profesionales de psicología.</p> <p>Participantes</p>	<p>30 minutos</p>	
<p>Aclarar cualquier duda que se haya generado de la temática.</p>	<p><b>Retroalimentación y Preguntas:</b></p> <p>Se retomará de manera resumida lo tratado en la jornada y podrán realizar respectivas preguntas sobre el mismo.</p>		<p>Ninguno</p>	<p>Profesionales de psicología.</p> <p>Participantes</p>	<p>10 minutos</p>	
<p>Generar un momento de reflexión en los padres y maestros para que realicen cambios en la</p>	<p><b>Asignación de Tareas:</b></p> <p>La tarea consistirá en que los padres y maestros reflexionen en casa sobre lo tratado en la jornada.</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>-Boletín informativo</li> <li>-Guía de preguntas,</li> </ul>	<p>Profesionales de psicología.</p>	<p>5 minutos</p>	

cotidianidad con sus niños y niñas.	Por lo tanto, se concretará la información en un boletín informativo y se les dará una guía reflexiva que lo compondrá diferentes preguntas (ANEXO 9)					
Motivar a los participantes a seguir asistiendo al programa de prevención.	<b>Despedida o Cierre:</b> Finalizar recordando el día y hora para la siguiente sesión; además de recordarles sobre la tarea a realizar.		ninguno	Profesionales de psicología	3 minutos	

**Modelo propuesto:** Preventivo.

**Área a trabajar:** Sensibilización hacia el niño con Déficit de atención con Hiperactividad

**Temática:** Comprendamos el origen, mantenimiento y desarrollo del TDAH.

**Objetivo general:** Concientizar a los padres y maestros de los diferentes factores que influyen en el origen del TDAH para que puedan comprender y empatizar con las dificultades que se enfrenta su niño/a.

Objetivo específico	Actividad	Responsable	Recursos materiales	Recursos Humanos	Tiempo Inicial	Evaluación
Establecer una relación de armonía, cercanía y confianza entre las(os) participantes y los profesionales de psicología.	<p><b>Bienvenida o Recepción:</b> Se les dará la bienvenida y se le colocará a cada uno de los participantes un gafete con su nombre.</p> <p>Se brindará un saludo cordial a los participantes, dándoles la bienvenida a una nueva jornada. Se hará una breve revisión de la tarea que se dejó en la jornada anterior, para verificar las dificultades y logros.</p>	Profesionales de psicología.	Gafetes	Profesionales de psicología.	10 minutos	<p><b>Balance del día (lo que me llevo del grupo)</b></p> <p>Solicitar que los participantes hagan un círculo en el centro de la sala para verbalizar o expresar lo más sobresaliente o relevante que podrían llevar consigo del aprendizaje adquirido en el día.</p>
Generar un ambiente ameno y divertido que motive a los participantes con la jornada.	<p><b>Dinámica de animación:</b></p> <p>Nudos: los participantes de pie forman un círculo y se toman de las manos. Manteniendo las manos unidas, se mueven en cualquier dirección que ellos quieran, torciéndose y volteándose para crear un 'nudo'. Luego tienen que desatar este nudo, sin soltar las manos de las otras personas.</p>		Ninguno	Profesionales de psicología.	20 minutos	

<p>Concientizar a los padres y maestros del origen del TDAH para evitar la estigmatización sobre sus niños/as</p>	<p><b>Técnica específica:</b></p> <p>Estación de exposiciones: se dividirá en grupo pequeños a los participantes los cuales irán a diferentes estaciones del salón, donde habrá una coordinadora en cada uno de ellas, explicando el modelo biopsicosocial implicado en el TDAH.</p> <p>El grupo se irá rotando por cada estación.</p> <p>Un coordinador hablará de los factores biológicos, otro de los psicosociales y el último de los psicológicos.</p> <p>Una consigna importante para esta actividad, es que en cada estación habrá palabras claves que tendrán que poner atención, ya que son respuestas para realizar la actividad grupal. Estas palabras las acentuará el coordinador o estarán plasmadas en algún cartel o imagen de cada estación.</p> <p>Al terminar, se concluirá y se abrirá un espacio para preguntas. (Anexo 10)</p>		<p>-Cartulinas con información e imágenes.</p>	<p>Profesionales de psicología.</p>	<p>30 minutos</p>	
<p>Reforzar los conocimientos sobre los factores que influyen en el TDA mediante una actividad grupal.</p>	<p><b>Actividad de Grupo:</b></p> <p>Para la actividad grupal, cada equipo tendrá un crucigrama con diferentes preguntas respecto al tema que se abordó en la técnica principal (ANEXO 11)</p>		<p>Crucigrama en páginas de papel bond.</p> <p>-Lápices o lapiceros</p>	<p>Profesionales de psicología. Participantes</p>	<p>25 minutos</p>	

	El primer equipo que termina gana un premio.					
Aclarar cualquier duda que se haya generado de la temática.	<b>Retroalimentación y Preguntas:</b> Se retomará de manera resumida lo tratado en la jornada y podrán realizar respectivas preguntas sobre el mismo.		Ninguno	Profesionales de psicología. Participantes	10 minutos	
Generar un momento de reflexión en los padres y maestros para que realicen cambios en la cotidianidad con sus niños y niñas.	<b>Asignación de Tareas:</b> Concretar la información en un boletín informativo y responder preguntas en casa (ANEXO 12)		-Boletín informativo -Guía de preguntas,	Profesionales de psicología.	5 minutos	
Motivar a los participantes a seguir asistiendo al programa de prevención.	<b>Despedida o Cierre:</b> Finalizar recordando el día y hora para la siguiente sesión.		ninguno	Profesionales de psicología	3 minutos	

**Modelo propuesto:** Preventivo.

**Área a trabajar:** Sensibilización hacia el niño con Déficit de atención con Hiperactividad

**Temática:** Construyendo al adulto de mañana.

**Objetivo general:** Advertir a los padres y maestros de las secuelas psicológicas del TDAH en la adultez, para que realicen cambios tempranamente con sus niños/as y que se conviertan en adultos que gocen de salud mental.

Objetivo específico	Actividad	Responsable	Recursos materiales	Recursos Humanos	Tiempo Inicial	Evaluación.
Establecer una relación de armonía, cercanía y confianza entre las(os) participantes y los profesionales de psicología.	<p><b>Bienvenida o Recepción:</b> Se les dará la bienvenida y se le colocará a cada uno de los participantes un gafete con su nombre.</p> <p>Se brindará un saludo cordial a los participantes, dándoles la bienvenida a una nueva jornada. Se hará una breve revisión de la tarea que se dejó en la jornada anterior, para verificar las dificultades y logros.</p>	Profesionales de psicología.	Gafetes	Profesionales de psicología.	10 minutos	<p><b>Balance del día (lo que me llevo del grupo)</b></p> <p>Solicitar que los participantes hagan el círculo en el centro de la sala para verbalizar o expresar lo más sobresaliente o relevante que podrían llevar consigo del aprendizaje adquirido en el día.</p>
Generar un ambiente ameno y divertido que motive a los participantes con la jornada	<p><b>Dinámica de animación:</b></p> <p>El facilitador repartirá a cada participante una vejiga y un plumón.</p> <p>Pedirá que inflen su vejiga y que allí en una palabra definan como estuvo su semana.</p>		-Globos. -Plumones-	Profesionales de psicología.	20 minutos	

	<p>Luego, les pedirá que entre compañeros/as traten de reventar la vejiga de los demás y cuiden la propia.</p> <p>Al final, se les pedirá que expliquen cómo habían definido su semana y qué les pareció la dinámica.</p>					
	<p><b>Técnica específica:</b></p> <p>Mediante exposición se les explicará a los padres las secuelas psicológicas del TDAH en la adultez.</p> <p>Se conformarán grupos pequeños donde cada coordinador explicará en su respectivo equipo todos los trastornos que se desarrollan como secuelas del TDAH (trastornos del estado de ánimo, adicción a sustancias psicoactivas y trastorno de personalidad).</p> <p>Los participantes tendrán la oportunidad de hacer preguntas, realizar aportes y debatir. (ANEXO 13)</p>		<p>-Cartulinas con información e imágenes.</p>	<p>Profesionales de psicología.</p>	<p>30 minutos</p>	
	<p><b>Actividad de Grupo:</b></p> <p>En los mismos equipos ya divididos planificarán de qué manera podrían evitar que sus niños en la adultez manifiesten los problemas explicados anteriormente.</p> <p>Definirán soluciones y estrategias que propondrían como padres y maestros</p>		<p>-Pliegos de papel bond -Lápices o lapiceros</p>	<p>Profesionales de psicología. Participantes</p>	<p>25 minutos</p>	

	para ser constructores del futuro de sus niños y niñas.				
Aclarar cualquier duda que se haya generado de la temática.	<b>Retroalimentación y Preguntas:</b> Se retomará de manera resumida lo tratado en la jornada y podrán realizar respectivas preguntas sobre el mismo.		Ninguno	Profesionales de psicología Y Participantes	10 minutos
Generar un momento de reflexión en los padres y maestros para que realicen cambios en la cotidianidad con sus niños y niñas.	<b>Asignación de Tareas:</b> Concretar la información en un boletín informativo y responder preguntas en casa (ANEXO 14)		-Boletín informativo -Guía de preguntas,	Profesionales de psicología.	5 minutos
Motivar a los participantes a seguir asistiendo al programa de prevención.	<b>Despedida o Cierre:</b> Finalizar recordando el día y hora para la siguiente sesión. Recordar el compromiso de ir cambiando, día a día, aquellas actitudes que necesitan mejorar con sus niños.		ninguno	Profesionales de psicología	3 minutos

**Modelo propuesto:** Preventivo.

**Área a trabajar:** Autocontrol Emocional.

**Temática:** Conciencia, Expresión y Regulación Emocional.

**Objetivo general:** Reconocer las emociones propias y la de los niños/as con TDAH, que permita brindar una adecuada regulación emocional a dichos niños/as.

Objetivo específico	Actividad	Responsable	Recursos materiales	Recursos Humanos	Tiempo a Emplear	Evaluación
Lograr un clima de confianza y empatía con los participantes, así también que conozcan el fin que tendrá esta jornada.	<b>Bienvenida o Recepción:</b> Se brindará un saludo cordial a los participantes, dándoles la bienvenida a una nueva jornada, se les dará a conocer el nombre de la temática, y explicará el área a trabajar, así como el objetivo que se pretende lograr a nivel general.	Profesionales en Psicología.	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Rotulo con el nombre de la temática y área a trabajar.</li> <li>● Cartel con el objetivo general de la jornada.</li> </ul>	Profesionales y Participantes.	15 minutos.	Marioneta del Conocimiento:  Se colocará una figura en grande de una marioneta, pero cada participante la encontrara en sus manuales para llenarla de manera personal, que posee un espacio para que escriban en el corazón, cabeza, manos, pies, y se pedirá la participación de cinco personas para que escriban lo siguiente:
Motivar a los participantes generando un ambiente ameno y de confianza, dando una introducción a la temática mediante la	<b>Dinámica de Animación:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Se realizará una dinámica llamada ¡Exprésate! Todos los participantes se colocarán formando un círculo.</li> <li>● Posteriormente a cada participante se les colocará en la espalda una etiqueta en la que dirá "Sonríeme", "Abrázame", "Halágame", "Anímame", "Dame la mano".</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>● Etiquetas con las palabras: Sonríeme, abrázame, halágame, anímame y dame la mano.</li> </ul>	Profesionales y Participantes.	17 minutos.	En el <u>corazón</u> : Que sintieron durante la jornada.

<p>dinámica de ¡Exprésate!</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Luego cada persona mirará en la espalda de la persona que se encuentra a la par y realizará lo que indica la etiqueta.</li> <li>• Una vez que todos los miembros han interactuado con sus compañeros, se sentarán y cada uno explicará cómo se ha sentido cuándo los demás le han abrazado, sonreído, halagado, animado, etc. y si les ha resultado difícil realizar esta actividad.</li> </ul>		<p>Las expresiones de estas etiquetas se podrán repetir, dependerá de la cantidad de participantes.</p>			<p>- <u>Cabeza:</u> Que aprendieron.</p> <p>- <u>Manos:</u> Que haré de ahora en adelante para cuidar mis emociones y las de mis hijos y alumnos.</p> <p>- <u>Pie derecho:</u> Escribirán lo positivo que hicieron como participantes</p> <p>- <u>Pie izquierdo:</u> Deberán escribir lo positivo de los facilitadores y lo que deben mejorar. (ANEXO 18).</p>
<p>Explicar y analizar el tema de las emociones e inteligencia emocional, dejando claro que a través de la comprensión de esta temática se puede lograr un mejor reconocimiento de las emociones y como poder regularlas.</p>	<p><b>Técnica Específica:</b></p> <p>Se utilizará la técnica de conferencia Magistral, para abordar los siguientes temas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Qué son las emociones?</li> <li>• ¿Qué son los sentimientos?</li> <li>• Emociones Primarias y Secundarias.</li> <li>• Competencias de las Emociones.</li> <li>• Inteligencia Emocional: <ul style="list-style-type: none"> <li>-Regulación Emocional.</li> </ul> </li> <li>• Inteligencia Emocional con niños/as con TDAH: <ul style="list-style-type: none"> <li>-Pasos para lograr una inteligencia emocional con los hijos y alumnos con TDAH. (ANEXO 15).</li> </ul> </li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Carteles con los temas a exponer.</li> </ul>	<p>Profesionales. Y Participantes</p>	<p>35 minutos.</p>	

<p>Reflexionar y hacer conciencia de si se está haciendo un reconocimiento de las emociones propias y la de los demás, así como también si se está realizando una regulación adecuada de las emociones hacia los niños con TDAH.</p>	<p><b>Actividad de Grupo:</b></p> <p>Se realizará una actividad llamada: "Mis Emociones", que consiste en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Los participantes trabajarán en la página número seis de sus manuales, deberán realizar las siguientes indicaciones:</li> <li>● Escribir y reflexionar acerca de: <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Las emociones y sentimientos que han tenido ese día.</li> <li>→ La importancia de ser consciente de lo que siente y por qué.</li> <li>→ Sí suele expresar sus sentimientos y cómo lo hace. (ANEXO 16).</li> </ul> </li> <li>● De manera voluntaria se pedirá la participación de dos profesores y dos padres de familia para que compartan y den su punto de vista de lo trabajado anteriormente.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>● Manual de trabajo</li> <li>● Rotulo con el nombre de la dinámica.</li> <li>● Lapiceros.</li> </ul>	Profesionales y Participantes	35 minutos.	
<p>Aclarar cualquier duda que se haya generado de la temática.</p>	<p><b>Retroalimentación y Preguntas:</b></p> <p>Se realizará un resumen de lo tratado durante la jornada, para aclarar cualquier duda, comentario u opinión.</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>● Cartel para escribir las ideas de la retroalimentación.</li> <li>● Plumones.</li> </ul>	Profesionales Y Participantes	10 minutos.	

<p>Fomentar y evaluar a través de un autorregistro la toma de conciencia del reconocimiento de las emociones y como regularlas.</p>	<p><b>Asignación de Tareas:</b></p> <p>La tarea consistirá en: Tanto padres de familia como maestros llenarán un autorregistro de la semana, que se encontrara en sus manuales en lo que ubicarán lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Las emociones que ellos y los niños/as han experimentado con respecto al trabajo que se realiza con los niños con TDAH.</li> <li>✓ Cómo han enfrentado su propia emoción y la de los niños. (ANEXO 17).</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>● Manual.</li> <li>● Cartel con el autorregistro en grande para explicarlo a los participantes</li> </ul>	<p>Profesionales y Participantes</p>	<p>5 minutos.</p>	
<p>Animar a los participantes a seguir asistiendo al programa.</p>	<p><b>Despedida o Cierre:</b></p> <p>Se procederá a despedirse del grupo haciéndoles la atenta invitación a que asistan a la próxima jornada.</p>			<p>Profesionales Y Participantes</p>	<p>3 minutos.</p>	

Modelo propuesto: Preventivo.

Área a trabajar: Autocontrol Emocional.

Temática: ¿Cómo brindarle autonomía a mi hijo y estudiante con TDAH?

Objetivo general: Prevenir la sobreprotección hacia niños con TDAH, para generar autonomía e independencia permitiéndoles garantizar un desempeño saludable en la familia y en la escuela.

Objetivo específico	Actividad	Responsable	Recursos materiales	Recursos Humanos	Tiempo a Emplear	Evaluación
Generar un clima ameno con los participantes, y explicar el objetivo de esta jornada.	<p><b>Bienvenida o Recepción:</b></p> <p>Se brindará un saludo cordial a los participantes, dándoles la bienvenida a una nueva jornada. Se hará una breve revisión de la tarea que se dejó en la jornada anterior, para verificar las dificultades y logros.</p> <p>Luego se explicará el área a trabajar, así como el objetivo que se pretende lograr a nivel general de la jornada.</p>	Profesionales en psicología.	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Rotulo con el nombre de la temática y el área a trabajar.</li> <li>● Cartel con el objetivo general de la jornada</li> </ul>	Profesionales y Participantes	15 minutos.	<p>Marioneta del Conocimiento:</p> <p>Se colocará una figura en grande de una marioneta que posee un espacio para que escriban en el corazón, cabeza, manos, pies, y se pedirá la participación de cinco personas para que escriban lo siguiente:</p>
Motivar a los participantes generando un ambiente divertido, para dar introducción a la temática.	<p><b>Dinámica de Animación:</b></p> <p>Se realizará una dinámica llamada: ¡Vamos a jugar!, que consiste en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Se harán tres grupos y se elige a una persona para dibujar una casa en un folio.</li> <li>● Se le da una indicación a cada grupo sin que el que dibuja lo sepa.</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>● Tres folios de papel bond.</li> <li>● Plumones</li> </ul>	Profesionales y Participantes	17 minutos.

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un grupo tiene que animar a la persona que está dibujando, otro grupo tiene que decirle como debe hacer el dibujo sin tomar la opinión del dibujante y al tercer grupo se le dice que no digan nada.</li> <li>• Una vez terminado el tiempo, se muestran los tres dibujos y se explica cuál era el mensaje que tenían que mandar a su compañero.</li> <li>• A continuación, se hace una reflexión sobre lo que ha ocurrido en los dibujos y cómo se han sentido los dibujantes.</li> </ul>					<p>- <u>Manos:</u> Que harán de ahora en adelante para brindar autonomía a los niños/as con TDAH.</p> <p>- <u>Pie derecho:</u> Escribirán lo positivo que hicieron como participantes</p> <p>- <u>Pie izquierdo:</u> Deberán escribir lo positivo de los facilitadores y lo que deben mejorar. <b>(ANEXO 18).</b></p>
<p>Explicar sobre las consecuencias que la sobreprotección genera en los niños, así también conocer estrategias para fomentar autonomía en los niños/as con TDAH, en la escuela y en casa.</p>	<p><b>Técnica Específica:</b></p> <p>Se utilizará la técnica de conferencia Magistral, para abordar los siguientes temas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sobreprotección y sus causas.</li> <li>• Características de los niños/as sobreprotegidos.</li> <li>• Autonomía.</li> <li>• Estrategias/pautas en el ámbito escolar para generar autonomía en los niños/as con TDAH.</li> </ul> <p>Estrategias/pautas en el ámbito familiar para generar autonomía en los niños/as con TDAH.</p> <p><b>(ANEXO 19).</b></p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Carteles con los temas a exponer.</li> </ul>	<p>Profesionales y Participantes</p>	<p>35 minutos.</p>	

<p>Analizar y reflexionar acerca de la autonomía que se posee ante la toma de decisiones o responsabilidades, así como identificar que tanta autonomía se le da a los hijos y alumnos con TDAH.</p>	<p><b>Actividad de Grupo:</b></p> <p>Se realizará una actividad llamada: "Lideres", que consistirá en lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En un cuadro deberán escribir: tres situaciones importantes que deben realizar o resolver, las opiniones que ha recibido de los demás, su opinión de cómo hacerlo, decisión final, actitud ante la situación.</li> <li>• Posteriormente de manera voluntaria se pedirá la participación de dos profesores y dos padres de familia para que compartan y den su punto de vista en cuanto a la difícil o fácil que ha sido realizar o enfrentar una situación de manera independiente. <b>(ANEXO 20).</b></li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manual de trabajo</li> <li>• Rotulo con el nombre de la dinámica.</li> <li>• Lapiceros.</li> </ul>	<p>Profesionales y Participantes</p>	<p>35 minutos</p>	
<p>Aclarar cualquier duda que se haya generado de la temática.</p>	<p><b>Retroalimentación y Preguntas:</b></p> <p>Se realizará un resumen de lo tratado durante la jornada, para aclarar cualquier duda, comentario u opinión. Se procederá a despedirse del grupo haciéndoles la atenta invitación a que asistan a la próxima jornada.</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cartel para escribir las ideas de la retroalimentación.</li> <li>• Plumones</li> </ul>	<p>Profesionales y Participantes</p>	<p>10 minutos.</p>	
<p>Reflexionar y evaluar si los participantes han puesto en</p>	<p><b>Asignación de Tareas:</b></p> <p>La tarea consistirá: Los participantes deberán complementar un registro, mientras ponen en práctica las</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manual.</li> <li>• Cartel con el autorregistro en grande</li> </ul>	<p>Profesionales y Participantes</p>	<p>5 minutos.</p>	

<p>práctica las estrategias para fomentar autonomía en los niños/as, y que tan frecuentes son estas conductas en los niños/as.</p>	<p>estrategias/pautas que aprendieron para fomentar la autonomía en los niños/as. El registro consiste en calificar 6 conductas que observen en los niños que les fomenten autonomía, se calificara del 1 al 4, teniendo en cuenta que el 1 es de menor frecuencia y el 4 de mayor frecuencia. <b>(ANEXO 21).</b></p>		<p>para explicarlo a los participantes</p>	<p>Profesionales y Participantes</p>		
<p>Animar a los participantes a seguir asistiendo al programa de prevención.</p>	<p><b>Despedida o Cierre:</b> Se procederá a despedirse del grupo haciéndoles la atenta invitación a que asistan a la próxima jornada.</p>				<p>3 minutos.</p>	

Modelo propuesto: Preventivo.

Área a trabajar: Desarrollo de Habilidades Personales.

Temática: Motivando Capacidades y Cualidades de los niños/as.

Objetivo general: Aprender a fortalecer las cualidades y capacidades de los niños/as a través de la motivación.

Objetivo específico	Actividad	Responsable	Recursos materiales	Recursos Humanos	Tiempo a emplear	Evaluación
Generar un clima ameno con los participantes, y explicar el objetivo de esta jornada.	<p><b>Bienvenida o Recepción:</b></p> <p>Se brindará un saludo cordial a los participantes, dándoles la bienvenida a una nueva jornada. Se hará una breve revisión de la tarea que se dejó en la jornada anterior, para verificar las dificultades y logros.</p> <p>Luego se explicará el área a trabajar, así como el objetivo que se pretende lograr a nivel general de la jornada.</p>	Profesionales en psicología.	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Rotulo con el nombre de la temática y área a trabajar.</li> <li>● Cartel con el objetivo general de la jornada</li> </ul>	Profesionales y Participantes.	15 minutos.	<p>Marioneta del Conocimiento:</p> <p>Se colocará una figura en grande de una marioneta que posee un espacio para que escriban en el corazón, cabeza, manos, pies, y se pedirá la participación de cinco personas para que escriban lo siguiente:</p> <p>- En el <u>corazón:</u> Que sintieron</p>
Concientizar a los participantes que a través de palabras motivacionales se puede exaltar las cualidades y capacidades de los niños/as.	<p><b>Dinámica de Animación:</b></p> <p>Se realizar una dinámica llamada: "Cualidades" que consiste en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Los participantes se situarán en un círculo y se les da un trozo de papel en el que tienen que escribir su nombre y primer apellido y doblarlo por la mitad.</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>● Rotulo con el nombre de la dinámica.</li> <li>● Trozos de papel, de acuerdo a la cantidad de</li> </ul>	Profesionales y Participantes.	17 minutos.

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Depositarán los papelitos en una caja y se mezclan.</li> <li>• Cada participante recogerá un papel para ver el nombre que le ha tocado, entonces deberá escribir debajo lo siguiente: una cualidad positiva que tiene esa persona y algo que ha aprendido de ella desde que la ha conocido en el grupo.</li> <li>• Para terminar, cada persona depositara el papel de nuevo en la caja, a continuación, se reparten los papeles a cada persona y leerán en el grupo lo que los compañeros le han puesto y expresaran que sienten al leer esa cualidad.</li> </ul>		participante s <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lapiceros.</li> <li>• Una caja.</li> </ul>			durante la jornada. - <u>Cabeza:</u> Que aprendieron. - <u>Manos:</u> Que harán de ahora en adelante para fortalecer las cualidades de los niños/as con TDAH. - <u>Pie derecho:</u> Escribirán lo positivo que hicieron como participantes
Aprender que a través de la motivación padres de familia y maestros pueden motivar a los niños/as con TDAH.	<b>Técnica Especifica:</b> Se utilizará la técnica expositiva, para abordar los siguientes temas: <ul style="list-style-type: none"> <li>• La Motivación y sus elementos.</li> <li>• ¿Cómo motivar a los niños/as en casa?</li> <li>• ¿Cómo motivar a los niños/as en la escuela? <b>(ANEXO 22).</b></li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Carteles con los temas a exponer.</li> </ul>	Profesionales y Participantes	35 minutos.	- <u>Pie izquierdo:</u> Deberán escribir lo positivo de los facilitadores y lo que deben mejorar. <b>(ANEXO 18).</b>
Reflexionar si se está motivando a los niños/as con TDAH, para	<b>Actividad de Grupo:</b> Se realizará una actividad llamada: "Mis Logros", que consistirá en lo siguiente:		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manual de trabajo para los</li> </ul>	Profesionales y Participantes	35 minutos.	

<p>fortalecer sus capacidades y cualidades.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Harán un listado de los logros que han tenido durante el día, no importa si estos son pequeños o grandes.</li> <li>• A la par de cada logro anotaran que personas los motivaron para lograr esos logros y de qué manera lo hicieron.</li> <li>• Al finalizar se pedirá la participación de cuatro participantes para que den su punto de vista de: Lo que sintieron al recibir motivación por parte de otras personas y si ellos motivan a sus hijos/as y de qué forma lo hacen. <b>(ANEXO 23).</b></li> </ul>		<p>participantes</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rotulo con el nombre de la dinámica.</li> <li>• Lapiceros</li> </ul>			
<p>Aclarar cualquier duda que se haya generado de la temática.</p>	<p><b>Retroalimentación y Preguntas:</b></p> <p>Se realizará un resumen de lo tratado durante la jornada, para aclarar cualquier duda, comentario u opinión.</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cartel para escribir las ideas de la retroalimentación.</li> <li>• Plumones.</li> </ul>	<p>Profesionales y Participantes</p>	<p>10 minutos.</p>	
<p>Crear la motivación necesaria para despertar en el niño/a la conciencia de que es capaz de alcanzar</p>	<p><b>Asignación de Tareas:</b></p> <p>La tarea consistirá: En el manual deberán trabajar junto al niño/a en el caso de los padres cada noche antes de irse a dormir, un listado de los logros que el niño/a obtuvo durante el día, hay que felicitarlos y motivarlos</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manual.</li> <li>• Stickers de estrellas para los padres y maestros.</li> </ul>	<p>Profesionales y Participantes</p>	<p>5 minutos.</p>	

cualquier meta que se proponga.	dándole una estrella representativa, si reúne un cierto número de estrellas durante un determinado tiempo, podría ganar una salida al parque o hacerle su comida favorita. En el caso de los maestros deberán llenar ese listado al finalizar la jornada escolar. <b>(ANEXO 24).</b>					
Animar a los participantes a seguir asistiendo al programa de prevención.	<b>Despedida o Cierre:</b> Se procederá a despedirse del grupo haciéndoles la atenta invitación a que asistan a la próxima jornada.			Profesionales y Participantes	3 minutos.	

Modelo propuesto: Preventivo.

Área a trabajar: Desarrollo de Habilidades Personales.

Temática: Construyendo la Confianza en los niños/as.

Objetivo general: Construir la confianza de los niños/as, a través de la empatía, dialogo y escucha.

Objetivo específico	Actividad	Responsable	Recursos materiales	Recursos Humanos	Tiempo a emplear	Evaluación
Generar un clima ameno con los participantes, y explicar el objetivo de esta jornada.	<p><b>Bienvenida o Recepción:</b></p> <p>Se brindará un saludo cordial a los participantes, dándoles la bienvenida a una nueva jornada. Se hará una breve revisión de la tarea que se dejó en la jornada anterior, para verificar las dificultades y logros.</p> <p>Luego se explicará el área a trabajar, así como el objetivo que se pretende lograr a nivel general de la jornada.</p>	Profesionales en psicología.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rotulo con el nombre de la temática y del área a trabajar.</li> <li>• Cartel con el objetivo general de la jornada.</li> </ul>	Profesionales y Participantes	15 minutos.	<p>Marioneta del Conocimiento:</p> <p>Se colocará una figura en grande de una marioneta que posee un espacio para que escriban en el corazón, cabeza, manos, pies, y se pedirá la participación de cinco personas para que escriban lo siguiente:</p>
Fomentar y reflexionar que la aceptación y conocimientos de nuestras capacidades y cualidades generan una	<p><b>Dinámica de Animación:</b></p> <p>Se realizará una dinámica llamada: "Yo soy" que consiste en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En sus manuales los participantes encontraran un listado de cinco frases que dicen "yo soy", deberán complementar cada frase con</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manuales.</li> <li>• Lapiceros.</li> </ul>	Profesionales y Participantes.	17 minutos.

<p>confianza de sí mismos.</p>	<p>características o cualidades positivas que poseen y escribir una descripción de como ellos se venderían o presentarían a los demás.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Posteriormente se solicitará la participación de tres personas para que compartan esa descripción. <b>(ANEXO 25).</b></li> </ul>					<p>- <u>Cabeza:</u> Que aprendieron.</p> <p>- <u>Manos:</u> Que harán de ahora en adelante para fomentar la confianza en sí mismos en los niños/as con TDAH.</p>
<p>Conocer la importancia de la autoestima, autoconcepto para fomentar la confianza en los niños/as.</p>	<p><b>Técnica Específica:</b></p> <p>Se utilizará la técnica expositiva para abordar los siguientes temas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La Confianza resultado del autoestima y autoconcepto.</li> <li>• Empatía, dialogo y escucha hacia los niños/as.</li> <li>• Competencias de la Empatía. <b>(ANEXO 26).</b></li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Carteles con los temas a exponer.</li> </ul>	<p>Profesionales y Participantes.</p>	<p>35 minutos.</p>	<p>- <u>Pie derecho:</u> Escribirán lo positivo que hicieron como participante.</p> <p>- <u>Pie izquierdo:</u> Deberán escribir lo positivo de los facilitadores y lo que deben mejorar. <b>(ANEXO 18).</b></p>
<p>Conocer la autoconfianza que se ha desarrollado durante las experiencias vividas y la</p>	<p><b>Actividad de Grupo:</b></p> <p>Se realizará una actividad llamada "Sembrando Seguridad" que consiste en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se pedirá a los participantes que se dibujen y describan alrededor</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manuales.</li> <li>• Lapiceros</li> </ul>	<p>Profesionales y Participantes.</p>	<p>35 minutos.</p>	

<p>importancia de fomentar esta confianza en los niños/as.</p>	<p>de la figura lo siguiente: Lo que les gusta y no les gusta de ellos, cuanto se quieren y lo bonito que ven de ellos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se solicitará la participación voluntaria de cuatro participantes para que muestren su trabajo y lo lean, al final se dirán a sí mismos algo bonito.</li> <li>• Se hará una breve reflexión del objetivo de la actividad. <b>(ANEXO 27).</b></li> </ul>					
<p>Aclarar cualquier duda que se haya generado de la temática.</p>	<p><b>Retroalimentación y Preguntas:</b> Se realizará un resumen de lo tratado durante la jornada, para aclarar cualquier duda, comentario u opinión.</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cartel para escribir las ideas de la retroalimentación.</li> <li>• Plumones.</li> </ul>	<p>Profesionales y Participantes</p>	<p>10 minutos.</p>	
<p>Motivar a padres de familia y maestros a incentivar la seguridad y confianza en los niños/as.</p>	<p><b>Asignación de Tareas:</b> La tarea consistirá en: En sus manuales encontrarán un registro que los padres y maestros deberán llenar en casa y la escuela. Deberán poner en práctica lo aprendido de la temática, por lo que tendrán que registrar las conductas que reflejen seguridad por parte de ellos niños/as. <b>(ANEXO 28).</b></p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manual.</li> <li>• Cartel con el autorregistro en grande para explicarlo a los participantes</li> </ul>	<p>Profesionales Y Participantes</p>	<p>5 minutos.</p>	

<p>Animar a los participantes a seguir asistiendo al programa de prevención.</p>	<p><b>Despedida o Cierre:</b> Se procederá a despedirse del grupo haciéndoles la atenta invitación a que asistan a la próxima jornada.</p>			<p>Profesionales y Participantes</p>	<p>3 minutos.</p>	
--	--	--	--	--------------------------------------	-------------------	--

**Modelo propuesto:** Programa preventivo

**Área:** Desarrollo de habilidades sociales

**Temática:** Expectativas y exigencias de los padres y maestros.

**Objetivo general:** Orientar a los padres, tutores familiares y maestros, sobre la importancia de la comunicación y comprensión sobre las dificultades mostradas en sus hijos o alumnos en cuanto a las exigencias y expectativas que se forman a nivel académico, social y familiar.

Objetivos específicos	Actividad	Responsable	Recursos materiales	Recursos Humanos	Tiempo a Emplear	Evaluación
“Crear un ambiente de confianza y de comodidad, para que los participantes puedan expresarse lo mejor posible”	<p>Bienvenida o Recepción:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Se dará un breve saludo a los participantes, expresándoles el agradecimiento por haber asistido a esta sesión.</li> <li>➤ Se proporcionará una breve retroalimentación de lo que se explicó de la sesión anterior.</li> <li>➤ Luego se revisará de forma general, la realización de la tarea y las fortalezas y dificultades que encontraron al ponerlas en práctica.</li> </ul>	Profesionales en psicología	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hoja de registro de la tarea.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Profesionales en psicología</li> <li>• Participantes</li> </ul>	12 minutos	<p>Cómo fue la reunión: Se les proporcionará una hoja en donde deberán de contestar algunas interrogantes. <b>(ANEXO 33)</b></p>

<p>“Establecer un ambiente de confianza y comodidad por medio de una dinámica para que los participantes puedan relajarse y motivarse”</p>	<p>Dinámica de animación: ¿Te gusta tu vecino?</p> <p>El participante puede responder con un SI, NO o MAS O MENOS. Si la respuesta es SI, todos se quedan en el mismo lugar; si la respuesta es NO, todos cambian de lugar, y si responde MAS O MENOS sólo se cambia esa persona con cualquier otra.</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sillas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participantes</li> <li>• Profesionales en psicología.</li> </ul>	15 minutos	
<p>“Informar de forma concreta y precisa sobre las exigencias y expectativas para la efectiva comprensión y asimilación de lo impartido”</p>	<p>Técnica Especifica: Psicoeducación</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Al terminar de realizar con la actividad anterior, se comenzará explicando la temática seleccionada para este día.</li> <li>➤ Primeramente, se comenzará explicando brevemente que son las expectativas y exigencias. <b>(ANEXO 29)</b></li> <li>➤ Seguido se les mencionará las exigencias provenientes tanto de parte de los padres como de los maestros. <b>(ANEXO 30)</b></li> <li>➤ Después se les explicará sobre las exigencias negativas y positivas y cómo afrontar estrategias para no discriminar a los niños. <b>(ANEXO 31)</b></li> <li>➤ Por último, se les indicará estrategias para dar exigencias</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Computadora</li> <li>▪ Carteles</li> <li>▪ USB</li> <li>▪ Cañón</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participante</li> <li>• Profesionales en psicología.</li> </ul>	30 minutos	

	<p>de forma adecuada. <b>(ANEXO 32).</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ La temática se explicará por medio de carteles o diapositivas que se llevarán en una memoria USB.</li> </ul>					
<p>“Concientizar tanto a padres y maestros sobre las diferentes expectativas y exigencias que tiene, para la fomentación de la comunicación positiva”</p>	<p>Actividad de Grupo: Antes de empezar la actividad de manera individual se entregará un pequeño manual de trabajo donde irán registrando las diferentes actividades de las jornadas del área de habilidades sociales.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Primeramente, se separará al grupo a la mitad, en ambos subgrupos estará un profesional de psicología el cual dará las indicaciones generales.</li> <li>➤ Cuando ya estén colocados correctamente se les mencionará que en la hoja que se les proporcionará a continuación deben de contestarla de forma honesta. Cada hoja tendrá diferentes preguntas tanto para los padres como para los maestros. En esa hoja se encontrará un cuadro que se divide en 2 partes, y con ellas diferentes preguntas:             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Qué es lo que quiere ser mi hijo/a cuando sea grande?</li> <li>2. ¿Qué es lo que yo espero de mi hijo/a cuando sea grande?</li> </ol> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hoja de trabajo</li> <li>▪ Lapiceros</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participante</li> <li>• Profesionales en psicología.</li> </ul>	40 minutos		

	<p>3. ¿Qué es lo que espera mi hijo de mí?</p> <p>4. ¿Existen diferentes opiniones, con respecto a la perspectiva de mis alumnos?</p> <p>5. ¿Qué es lo que espero de mis alumnos?</p> <p>6. ¿Qué es lo que esperan mis alumnos de mí? <b>(ANEXO 34)</b></p> <p>Al terminar de contestar se discutirá sobre las respuestas proporcionadas, tanto de padres como de maestros.</p>					
<p>“Analizar juntos con los participantes, dudas con respecto a los temas proporcionados en la sesión, para ir solventando diferentes preguntas”.</p>	<p>Retroalimentación y Preguntas:  <b>Yo Tengo una Pregunta</b>          Se les dará la consigna en general, en donde se les mencionará que deberán de escribir una pregunta sobre los temas tratados en la charla, en un pequeño papel de color que se le proporcionará.          Luego se pedirá un voluntario/a para comenzar las preguntas y aclarar dudas.</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Papel de colores</li> <li>▪ Lapiceros</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Participante</li> <li>▪ Profesionales en psicología.</li> </ul>	20 minutos	
<p>Evaluar por medio de un autorregistro, la comprensión y practica de lo visto en la charla, para ir fomentando una reflexión sobre las</p>	<p>Asignación de Tareas:          La tarea consistirá en: Tanto padres de familia como maestros llenarán un autorregistro de la semana, que se encontrara en sus manuales en lo que ubicarán lo siguiente:          ✓ Aparecerá un cuadro junto con los días de la semana en donde deberán de escribir cuál de las dos recomendaciones han</p>					

recomendaciones mencionadas	puesto en práctica sobre las exigencias hacia sus hijos y alumnos. <b>(ANEXO 35)</b>					
Animar a los participantes a seguir asistiendo al programa de prevención.	Despedida o Cierre: Se procederá a despedirse del grupo haciéndoles la atenta invitación a que asistan a la próxima jornada.			<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Participante</li> <li>▪ Profesionales en psicología.</li> </ul>	3 minutos	

**Modelo propuesto:** Programa preventivo

**Área:** Desarrollo de habilidades sociales

**Temática:** Los distintos tipos de castigo y sus resultados

**Objetivo general:** Explicar de forma contundente los diferentes tipos de castigos y los posibles resultados al aplicarlos, para el establecimiento de formas adecuadas en cuanto a niños/as con trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad.

Objetivos específicos	Actividad	Responsable	Recursos materiales	Recursos Humanos	Tiempo a Emplear	Evaluación
“Crear un ambiente de confianza y de comodidad, para que los participantes puedan expresarse lo mejor posible”	<p><b>Bienvenida o Recepción:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Se dará un breve saludo a los participantes, expresándoles el agradecimiento por haber asistido a esta sesión.</li> <li>➤ Se proporcionará una breve retroalimentación de lo que se explicó de la sesión anterior.</li> <li>➤ Luego se revisará de forma general, la realización de la tarea y las fortalezas y dificultades que encontraron al ponerlas en práctica.</li> </ul>	Profesionales en psicología	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hoja de registro de la tarea.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Profesionales en psicología</li> <li>• Participantes</li> </ul>	12 minutos	Cómo fue la reunión: Se les proporcionará una hoja en donde deberán de contestar algunas interrogantes. (Ver anexo 33)
“Establecer un ambiente de confianza y comodidad por medio de una dinámica para que los participantes	<p>Dinámica de animación: <b>Dígalo con mímica.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Se separará a los participantes en grupos de cinco integrantes.</li> <li>➤ A cada grupo se les proporcionará diferentes tarjetas de colores con</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tarjetas de colores con las frases.</li> <li>▪ Reloj de pulsera.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participantes</li> <li>• Profesionales en psicología.</li> </ul>	15 minutos	

puedan relajarse y motivarse”	<p>frases que tendrán que dramatizar.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Cada grupo pasará al frente y tendrán un aproximado de cinco minutos para que sus compañeros puedan adivinar la frase por medio de sus mímicas con su cuerpo.</li> <li>➤ A cada grupo se le proporcionarán cinco tarjetas.</li> <li>➤ Las frases pueden ser: “Estoy asustado, no puedo estar quieto, etc.</li> </ul>					
“Explicar y analizar sobre los distintos tipos de castigos y sus resultados, para que los participantes tomen conciencia de las acciones que realizan cuando sus hijos o alumnos tienen dificultades de conducta”	<p><b>Técnica Específica:</b> Se utilizará la técnica de conferencia Magistral, para abordar los siguientes temas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Estilos de crianza</li> <li>➤ Tipos de castigos y sus consecuencias</li> <li>➤ Estrategias para fomentar un adecuado castigo tanto en el hogar como en el aula. <b>(ANEXO 36)</b></li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Computador a</li> <li>▪ Carteles</li> <li>▪ USB</li> <li>▪ Cañón</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participante</li> <li>• Profesionales en psicología.</li> </ul>	30 minutos	
“Explicar por medio de una actividad sobre los temas tratados en la sesión para que los participantes tengan una adquisición	<p><b>Actividad de Grupo: El teatro</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Se separarán a los participantes en grupos de cinco personas.</li> <li>➤ A cada grupo se les proporcionará una hoja de papel bond con una pequeña historia sobre un niño que tiene malos</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hoja de trabajo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participante</li> <li>• Profesionales en psicología.</li> </ul>	40 minutos	

adecuada de conocimientos”	<p>comportamientos tanto en el aula como en su hogar. <b>(ANEXO 37)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Al proporcionarles la hoja se dará la consigna: Se les ha proporcionado una hoja con una pequeña historia la cual dramatizarán y elegirán quienes representarán que rol, pero también deberán de poner en práctica las estrategias que se les han proporcionado para establecer castigos.</li> <li>➤ Luego de eso se les dará 10 minutos para prepararse.</li> <li>➤ Cuando cada grupo termine se hará una pequeña reflexión de las dramatizaciones.</li> </ul>					
“Analizar juntos con los participantes, dudas con respecto a los temas proporcionados en la sesión, para ir solventando diferentes preguntas”.	<p>Retroalimentación y Preguntas: <b>Yo Tengo una Pregunta</b></p> <p>Se les dará la consigna en general, en donde se les mencionará que deberán de escribir una pregunta sobre los temas tratados en la charla, en un pequeño papel de color que se le proporcionará. Luego se pedirá un voluntario/a para comenzar las preguntas y aclarar dudas.</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Papel de colores</li> <li>▪ Lapiceros</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Participante</li> <li>▪ Profesionales en psicología.</li> </ul>	20 minutos	
Evaluar por medio de un autorregistro, la comprensión y practica de lo visto en la charla, para ir	<p>Asignación de Tareas: La tarea consistirá en: Tanto padres de familia como maestros llenarán un autorregistro de la semana, que se</p>					

fomentando una reflexión sobre las recomendaciones mencionadas	<p>encontrara en sus manuales en lo que ubicarán lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Aparecerá un cuadro en donde se deberá de escribir cuales estrategias o pautas para un adecuado castigo se han puesto en práctica, tanto en el aula como en el hogar.</li> </ul> <p><b>(ANEXO 38)</b></p>					
Animar a los participantes a seguir asistiendo al programa de prevención.	<p>Despedida o Cierre: Se procederá a despedirse del grupo haciéndoles la atenta invitación a que asistan a la próxima jornada.</p>			<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Participante</li> <li>▪ Profesionales en psicología.</li> </ul>	3 minutos	

**Modelo propuesto:** Programa preventivo

**Área:** Desarrollo de habilidades sociales

**Temática:** Comparaciones con hermanos u otros niños y aceptando de las diferencias individuales a través del asertividad.

**Objetivo general:** Explicar la influencia de las comparaciones en niños con trastorno por déficit con o sin hiperactividad, con sus hermanos u compañeros de clases, para la comprensión del efecto negativo en el desarrollo las habilidades sociales.

Objetivos específicos	Actividad	Responsable	Recursos materiales	Recursos Humanos	Tiempo a Emplear	Evaluación
“Crear un ambiente de confianza y de comodidad, para que los participantes puedan expresarse lo mejor posible”	<p><b>Bienvenida o Recepción:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Se dará un breve saludo a los participantes, expresándoles el agradecimiento por haber asistido a esta sesión.</li> <li>➤ Se proporcionará una breve retroalimentación de lo que se explicó de la sesión anterior.</li> <li>➤ Luego se revisará de forma general, la realización de la tarea y las fortalezas y dificultades que encontraron al ponerlas en práctica.</li> </ul>	Profesionales en psicología	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hoja de registro de la tarea.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Profesionales en psicología</li> <li>• Participantes</li> </ul>	12 minutos	Nueve palabras: Los participantes trabajan en subgrupos de 6 u 8 personas. Construir una evaluación del taller incluyendo estas nueve palabras: techo, sombras, cuerda, elefante, nueve, pero, sin, canto y piedras. Al comienzo los integrantes de cada grupo se sienten muy desorientados; es probable que
“Establecer un ambiente de confianza y comodidad por medio de una	<p>Dinámica de animación: <b>El regalo de la alegría</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ El profesional en psicología formará los grupos y reparte el papel.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tarjetas de colores con las frases.</li> <li>▪ Reloj de pulsera.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participantes</li> <li>• Profesionales en psicología.</li> </ul>	15 minutos	

<p>dinámica para que los participantes puedan relajarse y motivarse”</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Luego, hace una breve presentación: «Muchas veces apreciamos más un regalo pequeño que uno grande. Otras muchas, estamos preocupados por no ser capaces de realizar cosas grandes y dejamos de lado hacer cosas pequeñas, aunque tendrían quizás un gran significado. En la experiencia que sigue vamos a poder hacer un pequeño regalo de alegría a cada miembro del grupo».</li> <li>➤ Este invitará a los participantes a que escriban cada uno un mensaje de este tipo a cada compañero de su subgrupo. Mensaje que tienda a despertar en cada persona sentimientos positivos respecto a sí mismo.</li> <li>➤ Se procurará presentar sugerencias, procurando animar a todos los que envíen un mensaje a cada miembro de su subgrupo, incluso por aquellas personas por las que puedan no sentir gran simpatía. Respecto al mensaje, debe ser muy concreto, especificado y ajustado hacia la persona a la que va dirigido, y que no sea válido para cualquiera; que cada uno envíe mensaje a todos, aunque alguno no le conozca a fondo, en todos podrá encontrar</li> </ul>				<p>haya que repetir la consigna. En seguida, debaten sobre el taller y van organizando los elementos a resaltar; por último, articulan lo acordado en un fragmento, incluyendo las palabras mencionadas. Cada grupo le da a la evaluación su impronta: algunos lo hacen con humor, otros se ponen románticos o con cierto estilo literario.</p>
--	--	--	--	--	---

	<p>algo positivo; procura decir a cada uno algo que hayas observado en el grupo, sus mejores momentos, sus éxitos, y haz siempre la presentación de tu mensaje de un modo personal; dí al otro lo que tú encuentras en él que te hace ser más feliz.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Los participantes pueden, si quieren, firmar.</li> <li>➤ Escritos los mensajes, se doblan y se reúnen en una caja, dejando los nombres a quienes se dirigen hacia fuera.</li> <li>➤ Se dan a cada uno sus mensajes.</li> <li>➤ Cuando todos hayan leído sus mensajes, se tiene una puesta en común con las reacciones de todos.</li> </ul>					
<p>“Explicar y analizar sobre las comparaciones entre hermanos, sus consecuencias y las estrategias sobre la asertividad, para que los participantes tomen conciencia sobre la</p>	<p><b>Técnica Específica:</b> Se utilizará la técnica de conferencia Magistral, para abordar los siguientes temas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ ¿Qué es la comparación?</li> <li>➤ ¿Cómo afecta la comparación entre hermanos y compañeros de clase?</li> <li>➤ Rivalidad entre hermanos</li> <li>➤ ¿Qué es la asertividad?</li> <li>➤ Estrategias para enseñar a los niños/as a ser asertivos.</li> <li>➤ (ANEXO 39)</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Computadora</li> <li>▪ Carteles</li> <li>▪ USB</li> <li>▪ Cañón</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participante</li> <li>• Profesionales en psicología.</li> </ul>	30 minutos	

<p>importancia del desarrollo del desarrollo de las habilidades sociales en los niños/as”</p>						
<p>“Practicar por medio de una actividad todo lo aprendido en la psicoeducación para que los participantes lleguen a una reflexión sobre el conocimiento adquirido”</p>	<p><b>Actividad de Grupo: Tormenta de ideas o «Brainstorming»</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Primeramente, se separará a los participantes en grupos de cinco personas.</li> <li>➤ Antes de comenzar con la tormenta se expone el problema y se explican las reglas: las ideas se expresan con independencia de su calidad; Cada grupo, tendrá que ir anotando sus ideas en un papelógrafo, para encontrar estrategias o soluciones ante la dificultad expuesta por el profesional de psicología.</li> <li>➤ Al final, tres o cuatro personas que no hayan participado en la fase de producción analizarán todas las ideas para valorar su utilidad en función del objetivo que se pretendía con el empleo de la técnica.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Papelógrafo</li> <li>▪ Plumones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participante</li> <li>• Profesionales en psicología.</li> </ul>	<p>40 minutos</p>	

<p>“Analizar juntos con los participantes, dudas con respecto a los temas proporcionados en la sesión, para ir solventando diferentes preguntas”.</p>	<p>Retroalimentación y Preguntas:  <b>Yo Tengo una Pregunta</b>          Se les dará la consigna en general, en donde se les mencionará que deberán de escribir una pregunta sobre los temas tratados en la charla, en un pequeño papel de color que se le proporcionará.          Luego se pedirá un voluntario/a para comenzar las preguntas y aclarar dudas.</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Papel de colores</li> <li>▪ Lapiceros</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Participante</li> <li>▪ Profesionales en psicología.</li> </ul>	<p>20 minutos</p>	
<p>Evaluar por medio de un autorregistro, la comprensión y practica de lo visto en la charla, para ir fomentando una reflexión sobre las recomendaciones mencionadas</p>	<p>Asignación de Tareas:          La tarea consistirá en: Tanto padres de familia como maestros llenarán un autorregistro de la semana, que se encontrara en sus manuales en lo que ubicarán lo siguiente:          ✓ Aparecerá un cuadro en donde se presentarán los espacios para colocar si se han puesto en prácticas recomendaciones o estrategias que se mencionaron en la sesión.          (ANEXO 40)</p>					
<p>Animar a los participantes a seguir asistiendo al programa de prevención.</p>	<p>Despedida o Cierre:          Se procederá a despedirse del grupo haciéndoles la atenta invitación a que asistan a la próxima jornada.</p>			<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Participante</li> <li>▪ Profesionales en psicología.</li> </ul>	<p>3 minutos</p>	

**Modelo propuesto:** Programa preventivo

**Área a trabajar:** Finalización y evaluación del programa.

**Temática:** Finalizando un nuevo reto.

**Objetivo general:** “Evaluar el conocimiento adquirido sobre el trastorno por déficit atencional con o sin hiperactividad en los padres y maestros a lo largo de las sesiones, para el cierre del programa preventivo, por medio de diferentes actividades.

Objetivos específicos	Actividad	Responsable	Recursos materiales	Recursos Humanos	Tiempo a Emplear	Evaluación
“Crear un ambiente de confianza y de comodidad, para que los participantes puedan expresarse lo mejor posible”	<b>Bienvenida o Recepción:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Se dará un breve saludo a los participantes, expresándoles el agradecimiento por haber asistido a esta sesión.</li> <li>➤ Se proporcionará una breve retroalimentación de lo que se explicó de la sesión anterior.</li> <li>➤ Luego se revisará de forma general, la realización de la tarea y las fortalezas y dificultades que encontraron al ponerlas en práctica.</li> </ul>	Profesionales en psicología	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hoja de registro de la tarea.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Profesionales en psicología</li> <li>• Participantes</li> </ul>	12 minutos	<b>Cómo fue la coordinación:</b> Terminada la reunión, se propone al grupo que evalúe a los profesionales en psicología, por medio del siguiente cuestionario (Ver anexo 41)
“Establecer un ambiente de confianza y comodidad por medio de una dinámica para que los participantes	Dinámica de animación: <b>¡LEVÁNTESE Y SIÉNTESE!</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Primeramente, se darán las indicaciones necesarias.</li> <li>➤ El profesional en psicología empezará contando cualquier historia inventada.</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participantes</li> <li>• Profesionales en psicología.</li> </ul>	15 minutos	

puedan relajarse y motivarse”	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Cuando dentro del relato dice la palabra “quien” todos se deben levantar, y cuando dice la palabra “no”, todos deben sentarse. Cuando alguien no se levanta o no se sienta en el momento en que se dice “quien” o “no”, sale del juego o da una prenda.</li> </ul>					
“Analizar y examinar los diferentes temas planteados en las 10 sesiones, para la aclaración de dudas”	<p><b>Técnica Específica: Retroalimentación</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Se realizará de forma breve y concisa una retroalimentación de lo visto en las diferentes jornadas de trabajo.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Computador</li> <li>▪ Carteles</li> <li>▪ USB</li> <li>▪ Cañón</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participante</li> <li>• Profesionales en psicología.</li> </ul>	30 minutos	
“Practicar por medio de una actividad todo lo aprendido en la psicoeducación para que los participantes lleguen a una reflexión sobre el conocimiento adquirido”	<p><b>Actividad de Grupo: Reconstrucción</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Se forman grupos de cinco personas.</li> <li>➤ El profesional en psicología dará las siguientes indicaciones: A continuación, se les proporcionará unos materiales, en donde deberán de responder a dos preguntas centrales             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Qué es lo que aprendí sobre el trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad?</li> <li>2. ¿Con toda la información brindada en las sesiones, que es lo que más llamó mi atención?</li> </ol> </li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Papelógrafo</li> <li>▪ Plumones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participante</li> <li>• Profesionales en psicología.</li> </ul>	40 minutos	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Los participantes tendrán 30 minutos para llegar a tomar una/s decisión/es, sobre que colocar sobre el papelógrafo.</li> <li>➤ Una vez agotado el tiempo, se pasarán al frente, en donde cada uno expone las conclusiones a las que llegaron escritas en el papelógrafo.</li> <li>➤ No es necesario entrar a discutir el contenido de las conclusiones lo central de esta técnica es reflexionar sobre:</li> <li>➤ En qué se fundamentaron para llegar a determinadas conclusiones.</li> <li>➤ Como se organizaron para trabajar</li> </ul>					
<p>“Aplicar nuevamente los instrumentos seleccionados, para la recapitulación de información sobre la adquisición de los conocimientos aprendidos por parte de los participantes”.</p>	<p><b>aplicación de instrumento de evaluación y conductas objetivos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Primeramente, se aplicará un cuestionario sobre los conocimientos adquiridos sobre el trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad las distintas estrategias que han aplicado antes de estar en el programa. <b>(ANEXO 42)</b></li> <li>➤ Seguido, se les indicará que nuevamente comparen las conductas que colocaron en la primera sesión y si estas pudieron</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Papel de colores</li> <li>▪ Lapiceros</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Participante</li> <li>▪ Profesionales en psicología.</li> </ul>	20 minutos	

	cambiar, llenando nuevamente la escala de conductas objetivo.					
“Finalizar por medio de un convivio el programa de prevención, dando un cierre a las jornadas sobre el trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad”.	Despedida o Cierre: Se procederá a dar palabras de agradecimiento por parte de los profesionales en psicología. Luego se realizará un convivio en donde todos participarán y se dará por terminada la jornada.			<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Participante</li> <li>▪ Profesionales en psicología.</li> </ul>	3 minutos	

### Referencias bibliográficas:

- ✓ Ancona, (2010). Trastorno por déficit de atención (Ed.), *Psicoterapia infantil con juego, casos clínicos* (pp. 111 -131). México: El manual moderno.
  
- ✓ Artigas-Pallarés, J. (2003). Comorbilidad en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Rev Neurol*, 36(Supl 1), S68-78.
  
- ✓ Albert, J., López-Martín S., Fernández-Jaén, A., Carretié, L. (2008). Alteraciones Emocionales en el Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad: datos existentes y cuestiones abiertas. Recuperado de [https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as\\_sdt=0%2C5&q=Alteraciones+emocionales+en+el+trastorno+por+d%C3%A9ficit+de+atenci%C3%B3n%2Fhiperactividad%3A+datos+existentes+y+cuestiones+abierta+s+J.+Albert+a%2C+S.+L%C3%B3pezMart%C3%ADn+a%2C+A.+Fern%C3%A1ndezJa%C3%A9n+b%2C+L.+Carreti%C3%A9+a&btnG=](https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=Alteraciones+emocionales+en+el+trastorno+por+d%C3%A9ficit+de+atenci%C3%B3n%2Fhiperactividad%3A+datos+existentes+y+cuestiones+abierta+s+J.+Albert+a%2C+S.+L%C3%B3pezMart%C3%ADn+a%2C+A.+Fern%C3%A1ndezJa%C3%A9n+b%2C+L.+Carreti%C3%A9+a&btnG=)
  
- ✓ Bulacio, JM., Vieyra, MC, Álvarez, C. y Mongiello E. (2004). USO DE LA PSICOEDUCACIÓN COMO ESTRATEGIA TERAPÉUTICA. Fundación de Investigación en Ciencias Cognitivas Aplicadas (ICCAp). Recuperado de [https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as\\_sdt=0%2C5&q=USO+DE+LA+PSICOEDUCACI%C3%93N+COMO+ESTRATEGIA+TERAP%C3%89UTICA+Autor+%3A+Dr.++Bulacio%2C++Juan+Manuel\\*+CoAutores+%3A++Lic.++Vieyra+M.++Carmen%3B++Lic.++Mongiello++Esteban.+Instituci%C3%B3n+%3A++Fundaci%C3%B3n+de+Investigaci%C3%B3n+en++Ciencias+Cognitivas+Aplicadas+%28ICCAp%29+www.fundacioniccap.org.ar+%2F+info%40fundacioniccap.org.ar&btnG=](https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=USO+DE+LA+PSICOEDUCACI%C3%93N+COMO+ESTRATEGIA+TERAP%C3%89UTICA+Autor+%3A+Dr.++Bulacio%2C++Juan+Manuel*+CoAutores+%3A++Lic.++Vieyra+M.++Carmen%3B++Lic.++Mongiello++Esteban.+Instituci%C3%B3n+%3A++Fundaci%C3%B3n+de+Investigaci%C3%B3n+en++Ciencias+Cognitivas+Aplicadas+%28ICCAp%29+www.fundacioniccap.org.ar+%2F+info%40fundacioniccap.org.ar&btnG=)
  
- ✓ Cámara, C. (2012). *Expectativas de los profesores y rendimiento escolar (Trabajo fin de grado)*. Universidad Internacional de La Rioja Hacer familia. (07 de Agosto de 2020). Los estilos de crianza y su influencia en el comportamiento de los hijos [Mensaje en un blog]. Recuperado de <https://www.hacerfamilia.com/educacion/noticia-estilos-crianza-influencia-comportamiento-hijos-20160711124004.html>
  
- ✓ Castellar, G. R., y Mínguez, T. R. (2003). *El papel de los padres en el desarrollo y aprendizaje de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad*. Recuperado de [https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as\\_sdt=0%2C5&q=violencia+en++ni%C3%B1o+s+con+trastorno+por+deficit+de+atencion+e+hiperactividad&btnG=](https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=violencia+en++ni%C3%B1o+s+con+trastorno+por+deficit+de+atencion+e+hiperactividad&btnG=)

- ✓ Capdevila-Brophy, C., Artigas-Pallarés, J., Ramírez-Mallafre, A., López-Rosendob, M., Real, J., J.E y Obiols-Llandricha. (2005). Fenotipo Neuropsicológico del Trastorno de Déficit Atencional/Hiperactividad: ¿Existen diferencias entre los subtipos? Recuperado de [https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as\\_sdt=0%2C5&q=Fenotipo+neuropsicol%C3%B3gico+del+trastorno+de+d%C3%A9ficit+atencional%2Fhiperactividad%3A+%C2%BFEstisten+diferencias+entre+los+subtipos%3F&btnG=](https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=Fenotipo+neuropsicol%C3%B3gico+del+trastorno+de+d%C3%A9ficit+atencional%2Fhiperactividad%3A+%C2%BFEstisten+diferencias+entre+los+subtipos%3F&btnG=)
- ✓ Caraveo-Anduaga, J. J., Colmenares-Bermúdez, E., & Martínez-Vélez, N. A. (2002). Síntomas, percepción y demanda de atención en salud mental en niños y adolescentes de la Ciudad de México. *salud pública de méxico*, 44(6), 492-498.
- ✓ Del Barrio, V., & Carrasco, M. A. (2009). Detección y prevención de problemas psicológicos emocionales en el ámbito escolar. *Formación continuada a distancia. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos*, 3.
- ✓ Del Arco, E. S. (2011). FOMENTAR LA AUTONOMÍA EN LOS CASOS DE TDAH: ESTRATEGIAS EN EL ÁMBITO ESCOLAR Y FAMILIAR. Universidad de Barcelona. XII Congreso Internacional de Teoría de la Educación. Recuperado de [https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as\\_sdt=0%2C5&q=FOMENTAR+LA+AUTONOM%C3%8DA+EN+LOS+CASOS+DE+TDAH%3A+ESTRATEGIAS+EN+EL+%C3%81MBITO+ESCOLAR+Y+FAMILIAR&btnG=](https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=FOMENTAR+LA+AUTONOM%C3%8DA+EN+LOS+CASOS+DE+TDAH%3A+ESTRATEGIAS+EN+EL+%C3%81MBITO+ESCOLAR+Y+FAMILIAR&btnG=)
- ✓ Espina, A., Ortego, A. (2005). GUÍA PRÁCTICA PARA LOS TRASTORNOS DE DÉFICIT ATENCIONAL CON/SIN HIPERACTIVIDAD. Recuperado de [https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as\\_sdt=0%2C5&q=GU%C3%8DA+PR%C3%81CTICA+PARA+LOS+TRASTORNOS+DE+D%C3%89FICIT+ATENCIONAL+CON%2FSIN+HIPERACTIVIDAD+Alberto+Espina+y+Asunci%C3%B3n+Ortego&btnG=](https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=GU%C3%8DA+PR%C3%81CTICA+PARA+LOS+TRASTORNOS+DE+D%C3%89FICIT+ATENCIONAL+CON%2FSIN+HIPERACTIVIDAD+Alberto+Espina+y+Asunci%C3%B3n+Ortego&btnG=)
- ✓ Fernandes, S. M., y Blanco, P. A. (2017). TDAH y TEA (Transtornos del Espectro del Autismo): Comorbilidad y Diagnóstico Diferencial. *Lex Localis*, (1), 103-105. Recuperado de <http://repositorio.uportu.pt:8080/bitstream/11328/2095/1/TDAH%20y%20TEA.pdf>

✓ Gonzalez, R. C., y Marcos, M. (2017, Noviembre). Prevalencia del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños de una localidad urbana. *Scielo*. Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1139-76322017000500003](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322017000500003)

✓ Galarza. D., Valdez. S. (2017). INFLUENCIA DE PADRES SOBREPTECTORES EN EL DESARROLLO INTEGRAL EN NIÑOS CON PERFIL DE TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD DE 5 A 6 AÑOS EN EL CENTRO EDUCATIVO NUEVA ALBORADA. Universidad de Laica Vicente Roca Fuerte de Guayaquil. Recuperado de [https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as\\_sdt=0%2C5&q=INFLUENCIA+DE+PADRES+SOBREPTECTORES+EN+EL+DESARROLLO+INTEGRAL+EN+NI%C3%91OS+CON+PERFIL+DE+TRASTORNO+DE+D%C3%89FICIT+DE+ATENCI%C3%93N+E+HIPERACTIVIDAD+DE+5+A+6+A%C3%91OS+EN+EL+CENTRO+EDUCATIVO++%CC%88NUEVA+ALBORADA+%CC%88+PER%C3%8DODO+2017&btnG=](https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=INFLUENCIA+DE+PADRES+SOBREPTECTORES+EN+EL+DESARROLLO+INTEGRAL+EN+NI%C3%91OS+CON+PERFIL+DE+TRASTORNO+DE+D%C3%89FICIT+DE+ATENCI%C3%93N+E+HIPERACTIVIDAD+DE+5+A+6+A%C3%91OS+EN+EL+CENTRO+EDUCATIVO++%CC%88NUEVA+ALBORADA+%CC%88+PER%C3%8DODO+2017&btnG=)

✓ Garcia, F. (11 de mayo de 2020). La importancia de no realizar comparaciones entre hermanos [Mensaje en un blog]. Recuperado de <https://eresmama.com/no-realizar-comparaciones-entre-hermanos/>

✓ Guambaña, M. (2017). "PLAN DE ORIENTACIÓN A PADRES DE NIÑOS DE 4 A 5 AÑOS DEL CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL CARRUSEL SOBRE EL EFECTO DE LA SOBREPTECCIÓN EN EL DESARROLLO DE LA AUTONOMÍA E INDEPENDENCIA". Universidad del Azuay, Facultad de Filosofía letras y Ciencias de la Educación. Escuela de Educación Especial. Recuperado de [https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as\\_sdt=0%2C5&q=%E2%80%9CPLAN+DE+ORIENTACI%C3%93N+A+PADRES+DE+NI%C3%91OS+DE+4+A+5+A%C3%91OS+DEL+CENTRO+DE+DESARROLLO+INFANTIL+CARRUSEL+SOBRE+EL+EFECTO+DE+LA+SOBREPTECCI%C3%93N+EN+EL+DESARROLLO+DE+LA+AUTONOM%C3%8DA+E+INDEPENDENCIA%E2%80%9D&btnG=](https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=%E2%80%9CPLAN+DE+ORIENTACI%C3%93N+A+PADRES+DE+NI%C3%91OS+DE+4+A+5+A%C3%91OS+DEL+CENTRO+DE+DESARROLLO+INFANTIL+CARRUSEL+SOBRE+EL+EFECTO+DE+LA+SOBREPTECCI%C3%93N+EN+EL+DESARROLLO+DE+LA+AUTONOM%C3%8DA+E+INDEPENDENCIA%E2%80%9D&btnG=)

✓ Granados Monchez, G. G. (2013). Prevalencia de trastorno por Deficit de atención en población estudiantil Facultad de Medicina Universidad de El Salvador (Doctoral dissertation, Universidad de El Salvador).

✓ Jadue, J. G. (2002). FACTORES PSICOLOGICOS QUE PREDISPONEN AL BAJO RENDIMIENTO, AL FRACASO Y A LA DESERCIÓN ESCOLAR. *Scielo*.

Estudios Pedagógicos, N° 28, pp. 193-204. Recuperado de [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-07052002000100012](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-07052002000100012)

✓ Joffre-Velázquez, V. M., García-Maldonado, G., & Joffre-Mora, L. (2007). Trastorno por déficit de la atención e hiperactividad de la infancia a la vida adulta. *Archivos en Medicina Familiar*, 9(4), 176-181.

✓ Ledezma, AJA., Terriquez, MAM. (2007). Aportaciones para un modelo Psicoeducativo en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Civil Fray Antonio alcalde en Guadalajara, Jalisco, México. Recuperado de [https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as\\_sdt=0%2C5&q=Aportaciones+para+un+modelo+psicoeducativo+en+el+servicio+de+psiquiatr%C3%ADa+del+Hospital+Civil+Fray+Antonio+Alcalde+en+Guadalajara%2C+Jalisco%2C+M%C3%A9xico+ANG%C3%A9l+CA+JAzM%C3%ADN+AIBAr%C3%A1N+leDezMAMArCo+ANtoNio+MAC%C3%ADAs+terriquez&btnG=](https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=Aportaciones+para+un+modelo+psicoeducativo+en+el+servicio+de+psiquiatr%C3%ADa+del+Hospital+Civil+Fray+Antonio+Alcalde+en+Guadalajara%2C+Jalisco%2C+M%C3%A9xico+ANG%C3%A9l+CA+JAzM%C3%ADN+AIBAr%C3%A1N+leDezMAMArCo+ANtoNio+MAC%C3%ADAs+terriquez&btnG=)

✓ Lynam, D.R. (1998). Early identification of the fledgling psychopath: Locating the psychopathic child in the current nomenclature. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 566-575.

✓ Korzeniowski, C., & Ison, M. S. (2008). Estrategias psicoeducativas para padres y docentes de niños con TDAH. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 17(1), 65-71.

✓ Manzano, J. L. (2010). Intervención Psicoeducativa en el Aula con TDAH Psychoeducation Management in the Attention-deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) Classroom. *Colectivo para la Investigación y Desarrollos Educativos Aplicados*. Recuperado de [https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as\\_sdt=0,5&q=intervenci%C3%B3n+Psicoeducativa+en+el+Aula+con+TDAH+Psychoeducation+Management+in+the+Attentiondeficit+Hyperactivity+Disorder+\(ADHD\)+Classroom+Jos%C3%A9+Luis+Galve+Manzano+Colectivo+para+la+Investigaci%C3%B3n+y+Desarrollos+Educativos+Aplicados](https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0,5&q=intervenci%C3%B3n+Psicoeducativa+en+el+Aula+con+TDAH+Psychoeducation+Management+in+the+Attentiondeficit+Hyperactivity+Disorder+(ADHD)+Classroom+Jos%C3%A9+Luis+Galve+Manzano+Colectivo+para+la+Investigaci%C3%B3n+y+Desarrollos+Educativos+Aplicados)

✓ Mármol, D. J. S., & Gutiérrez, E. H. EDUCACIÓN FAMILIAR, COMPORTAMIENTO HIPERACTIVO Y PROBLEMAS DE ADAPTACIÓN EN ALUMNOS DE EDUCACIÓN PRIMARIA.

- ✓ Martínez-León, NC. (2006). Psicopatología del Trastorno por Déficit atencional e Hiperactividad. Fundación Universitaria Konrad Lorenz. Recuperado de [https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as\\_sdt=0%2C5&q=Psicopatolog%C3%ADa+del+trastorno+por+d%C3%A9ficit+atencional+e+hiperactividad1+ISSN+16972600+2006%2C++Vol.+6%2C+N%C2%BA+2%2C+pp.+379399+Nancy+Consuelo+Mart%C3%ADnezLe%C3%B3n+2%28Fundaci%C3%B3n+Universitaria+Konrad+Lorenz%2C+Colombia%29+%28Recibido+3+de+marzo+2005%2F+Received+March+3%2C+2005%29+%28Aceptado+4+de+julio+2005+%2F++Accepted+July+4%2C+2005%29&btnG=](https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=Psicopatolog%C3%ADa+del+trastorno+por+d%C3%A9ficit+atencional+e+hiperactividad1+ISSN+16972600+2006%2C++Vol.+6%2C+N%C2%BA+2%2C+pp.+379399+Nancy+Consuelo+Mart%C3%ADnezLe%C3%B3n+2%28Fundaci%C3%B3n+Universitaria+Konrad+Lorenz%2C+Colombia%29+%28Recibido+3+de+marzo+2005%2F+Received+March+3%2C+2005%29+%28Aceptado+4+de+julio+2005+%2F++Accepted+July+4%2C+2005%29&btnG=)
  
- ✓ Martínez, A. Cádiz, S. (2010). ¿Qué es el TDAH? Innovación y Experiencia. Recuperado de [https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as\\_sdt=0%2C5&q=%C2%BFQue+es+el+TDAH%3F+Autor%C3%ADa++%C2%83+Ana+Mar%C3%ADa+Sib%C3%B3n+Mart%C3%ADnez++%C2%83+San+Fernando%2C+C%C3%A1diz+2010&btnG=](https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=%C2%BFQue+es+el+TDAH%3F+Autor%C3%ADa++%C2%83+Ana+Mar%C3%ADa+Sib%C3%B3n+Mart%C3%ADnez++%C2%83+San+Fernando%2C+C%C3%A1diz+2010&btnG=)
  
- ✓ Mimenza, C.O. (2020). Padres exigentes: 7 aspectos en los que se equivocan. *Psicología y mente*, Recuperado de <https://psicologiaymente.com/desarrollo/padres-exigentes>
  
- ✓ Ministerio de educación. (2018). OBSERVATORIO MINED 2018 SOBRE LOS CENTROS EDUCATIVOS PÚBLICOS Y PRIVADOS SUBVENCIONADOS DEL DEPARTAMENTO DE SAN SALVADOR. Recuperado de <https://www.mined.gob.sv/EstadisticaWeb/observatorio/2018/OBSERVATORIO%20SAN%20SALVADOR.pdf>
  
- ✓ Montañez. M.I. (2014). PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN NIÑOS CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH) Y FAMILIA. Tesis Doctoral, Universidad de Extremadura, Departamento de Psicología y Antropología. Recuperado de [https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as\\_sdt=0%2C5&q=PROGRAMA+DE+INTERVENCION%3%93N+EN+NI%C3%91OS+CON+TRASTORNO+POR+D%C3%89FICIT+DE+ATENCI%C3%93N+CON+HIPERACTIVIDAD+%28TDAH%29+Y+FAMILIA&btnG=](https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=PROGRAMA+DE+INTERVENCION%3%93N+EN+NI%C3%91OS+CON+TRASTORNO+POR+D%C3%89FICIT+DE+ATENCI%C3%93N+CON+HIPERACTIVIDAD+%28TDAH%29+Y+FAMILIA&btnG=)
  
- ✓ Nava, M. C., y Barbero, M. I. (2005). CLIMA FAMILIAR EN EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN-HIPERACTIVIDAD. *Psicología Conductual*, Vol. 13, Nº 2, 2005, pp. 297-310. Recuperado de [https://www.fundacioncadah.org/j289eghfd7511986\\_uploads/20120606\\_H9wFZ9h2YftQL84peS4H\\_0.pdf](https://www.fundacioncadah.org/j289eghfd7511986_uploads/20120606_H9wFZ9h2YftQL84peS4H_0.pdf)

- ✓ Pardos, A., y Mayoralas, M. F. (2009). *Habilidades sociales en el trastorno por déficit de atención/ hiperactividad*. Recuperado de <http://www.afantdah.org/images/stories/Documentacion/habilidadessociales.pdf>
- ✓ Peña, F., y Palacio, D. J. (2018, 6 de Noviembre). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad en América Latina. *Scielo*. Recuperado de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252018000600247](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252018000600247)
- ✓ Pérez, J. P., y Merino, M. (2009-2012). *Definición de expectativas*. Definición de: <https://definicion.de/expectativa/>
- ✓ PJC, J., Ramos-Quiroga, J. A., Chalita, P. J., Vidal, R., Bosch, R., Palomar, G., & Prats, L. (2012). Diagnóstico y tratamiento del trastorno por déficit de atención/hiperactividad en adultos. *Rev neurol*, 54(Supl 1), S105-15.
- ✓ Quintanilla, L. O. (2015). *El castigo en niños con TDAH*. Fundación Cadah.org. Recuperado de <https://www.fundacioncadah.org/web/articulo/el-castigo-en-ninos-con-tdah.html>
- ✓ Quicios, B. (marzo 28, 2016). Las expectativas de los padres [Mensaje en un blog]. Recuperado de <https://babyradio.es/blogfamiliar/las-expectativas-de-los-padres/#:~:text=Las%20expectativas%20de%20los%20padres%20pueden%20ayudar%20a%20la%20autoestima,vaya%20bien%20en%20la%20vida.&text=Esto%20ocurre%20cuando%20se%20establecen,las%20capacidades%20de%20sus%20hijos.>
- ✓ Ramos-Quiroga, J. A., Sáez-Francàs, N., Munsó, R. B., Corrales, M., Vinardell, M. F., & Brugué, M. C. (2009). Aproximación clínica a la comorbilidad entre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad y el Trastorno Límite de Personalidad en adultos. *Norte de Salud mental*, 8(35), 4.
- ✓ Rodríguez, M. C. (2010). Factores personales y familiares asociados a los problemas de comportamiento en niños. *Estudios de Psicología (Campinas)*, 27(4), 437-447.

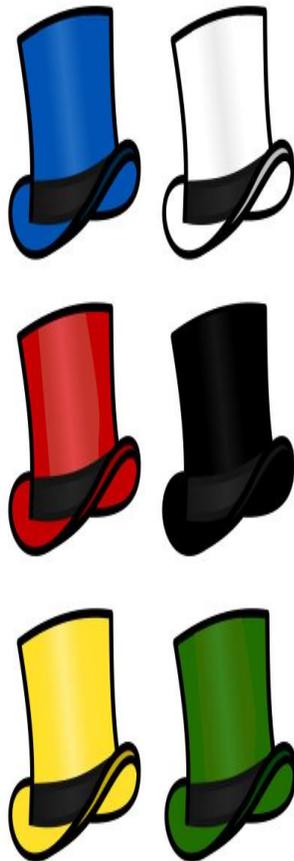
- ✓ Rodríguez-Jiménez, R., Cubillo, A. I., Jiménez-Arriero, M. A., Ponce, G., Aragüés-Figuero, M., & Palomo, T. (2006). Disfunciones ejecutivas en adultos con trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Revista de neurología*, 43(11), 678-684.
- ✓ Roselló, B., García Castellar, R., Tárraga Mínguez, R., & Mulas, F. (2003). El papel de los padres en el desarrollo y aprendizaje de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Neurología*, 2003, vol. 36, num. Supl. 1, p. 79-84.
- ✓ Romero, E. (2001). El constructo psicopatía en la infancia y la adolescencia: del trastorno de conducta a la personalidad antisocial. *Anuario de psicología/The UB Journal of psychology*, 32(3), 25-49.
- ✓ Sarason, I. G. (1993). *Psicopatología: psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada*. Pearson Educación.
- ✓ Sabaté, N., & Tomás, J. (2005). Trastorno por déficit de atención (TDA). *Centre Londres*, 94, 7-8.
- ✓ Santacreu, J., Márquez, M., & Rubio, V. (1997). La prevención en el marco de la psicología de la salud. *Psicología y salud*, 10, 81-92.
- ✓ Servera, M. A. T. E. U. (2012). Actualización del Trastorno por déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) en niños. *Formación Continua a Distancia en Psicología (FOCAD)*. *Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos*, 19, 1-29.
- ✓ Siegenthaler-Hierro, R., Presentación-Herrero, M. J., Colomer-Diago, C., & Miranda-Casas, A. (2013). Análisis de factores moduladores de la intervención psicosocial en preescolares con trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Rev Neurol*, 56(Supl 1), S85-92.
- ✓ Siegenthaler, R., Presentación, M. J., & Miranda, A. (2014). Efectos a largo plazo de una intervención psicosocial en el contexto familiar de niños con tdah. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 4(1), 445-453

- ✓ Suáreza, A. D., Quintanab, A. F., & Esperónb, C. S. (2006). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH): comorbilidad psiquiátrica y tratamiento farmacológico alternativo al metilfenidato. *Revista pediatría de atención primaria*, 8(Suplemento 4).
- ✓ Ticas, J. A. R., & Ochoa, E. R. (2010). Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) en adultos. *REV MED HONDUR*, 78(4).
- ✓ Toribio. C. (2019). "Cómo actúan los colores sobre las emociones y sentimientos en los niños con TDAH". Universidad de Valladolid, Facultad de Educación y Trabajo Social. Recuperado de [https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as\\_sdt=0%2C5&q=%E2%80%9CC%C3%B3mo+act%C3%BAan+los+colores+sobre+las+emociones+y+sentimientos+en+los+ni%C3%B1os+con+TDAH%E2%80%9D++Valladolid%2C+junio+2019&btnG=](https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=%E2%80%9CC%C3%B3mo+act%C3%BAan+los+colores+sobre+las+emociones+y+sentimientos+en+los+ni%C3%B1os+con+TDAH%E2%80%9D++Valladolid%2C+junio+2019&btnG=)
- ✓ Vélez-Álvarez, C., & Vidarte Claros, J. A. (2012). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), una problemática a abordar en la política pública de primera infancia en Colombia. *Revista de salud pública*, 14, 113-128.
- ✓ Weiss, T. N., y Chavira, D. (2015, 15 de Mayo). Prevalencia y tamizaje del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en Costa Rica. *US National Library of Medicine National Institutes of Health*. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4431996/>.
- ✓ Zúñiga, H. (2018, mayo). El TDAH y su comorbilidad. *Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia*. Recuperado de <https://www.adolescenciasema.org/ficheros/REVISTA%20ADOLESCERE/vol6num2-2018/54-64-EI%20TDAH%20y%20su%20comorbilidad.pdf>

## Anexos

### ANEXO 1

#### 1. Para conocer las motivaciones referido al grupo terapéutico.



2. Los seis sombreros para pensar. Se le repartirá a cada uno sombreros con diferentes colores, donde cada uno aportará al grupo según su color.

3. **Sombrero Blanco:** El blanco es neutro y objetivo. Se ocupa de hechos objetivos y de cifras.

4. **Sombrero Rojo:** El rojo sugiere ira, furia y emociones. Da el punto de vista emocional.

5. **Sombrero Negro:** El negro es triste y negativo. Cubre los aspectos negativos, el por qué algo no se puede hacer.

6. **Sombrero Amarillo:** El amarillo es alegre y positivo. Es optimista y cubre la esperanza y el pensamiento positivo.

7. **Sombrero Verde:** El verde es césped, abundancia, vegetación y crecimiento fértil. Indica creatividad e ideas nuevas.

8. **Sombrero Azul:** El azul es frío, y es también el color del cielo, que está por encima de todo. Se ocupa del control y la organización del proceso del pensamiento. También del uso de los otros sombreros.

9. **Para las personas que tienen sombreros rojos:** Responder preguntas referido a sentimientos ¿Cuál podría ser mi miedo de estar en este programa? ¿Cómo me hace sentir este nuevo reto? ¿Cómo me siento en este momento?

10. Sombrero blanco:

11. ¿Qué cosas específicas me gustaría pedirle al grupo?

12. Sombrero Amarillo:

13. ¿Cuáles podrían ser los beneficios de estar en este programa psicoeducativo? ¿Cuáles podrían ser las fortalezas que debería tener el grupo?

14. Sombrero verde:

15. ¿Qué necesitamos como grupo para superar las dificultades? ¿De qué manera aportaré al grupo?

16. Sombrero negro:

17. ¿Cuáles podrían ser los obstáculos que tendría que enfrentar el grupo? ¿Cuál es mi obstáculo personal que podría ser difícil para mí superar?

18. Sombreo azul

19. Al final del programa ¿Cómo me gustaría ver a nuestro grupo?

## ANEXO 2

## HOJA DE CONSENTIMIENTO.

**Estimado participante,**

Como profesionales de psicología que velamos por el bienestar de cada uno de los niños y niñas a través del abordaje psicoeducativo y preventivo dirigido para padres y maestros; informamos que este día \_\_\_ del mes de \_\_\_ del año \_\_\_ damos inicio al Programa denominado: **“la aventura de amar, comprender y enseñar a un niño/a con déficit de atención.”**

Antes de confirmar su participación en el programa es importante que entienda en qué consiste. Por favor, lea detenidamente este documento y pregunte todas las dudas que le puedan surgir.

**Introducción:** El objetivo general de este programa psicoeducativo es proporcionar a los padres, familiares y maestros de niños con déficit de atención información sobre el mencionado trastorno, así como habilidades y estrategias para ayudar a sus hijos y estudiantes y así favorecer el bienestar de los niños y niñas.

**Proceso:** Con este objetivo se realizarán 12 jornadas grupales de dos horas de duración aproximadamente en las que se realizarán diferentes actividades para proporcionar tanto información teórica como habilidades y estrategias en relación al T.D.A.H.

**Participación:** La participación en este proyecto es voluntaria. Usted decide si participar o no e incluso si usted decide participar, puede retirarse en cualquier momento sin tener que dar explicaciones.

**Confidencialidad:** Sus opiniones tendrán un carácter totalmente confidencial.

**Preguntas/información:** Si tiene alguna pregunta antes, durante o después de la jornada puede hablar con los profesionales psicólogos coordinadores del programa.

**Consentimiento:** Si está de acuerdo en participar firme en el espacio reservado para ello.

Yo \_\_\_\_\_ (Nombre y apellidos)  
como \_\_\_\_\_ (padre de familia, docente o familiar)

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el proyecto.

He recibido suficiente información sobre el proyecto.

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme:

1) cuando quiera

2) sin tener que dar explicaciones

Presto libremente mi conformidad para participar en el proyecto.

Firma del participante:

\_\_\_\_\_



## ANEXO 3

## CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN

**Indicación:** en este momento nos gustaría que empleara unos minutos para contestar las siguientes preguntas en relación al déficit de atención, con el fin de evaluar sus conocimientos acerca del mismo y poder abordar los diferentes vacíos o dudas referidos al TDA. Dicho cuestionario es totalmente anónimo.

Seleccione una única opción del 1 al 5:

1-Nada.

2-Poco.

3-Normal.

4-Bastante.

5-Mucho

Considero importante la comprensión acerca del T.D.A. para poder ayudar a mi hijo con T.D.A.

1

2

3

4

5

¿Por qué?

---



---



---

Conozco los síntomas del T.D.A.

1

2

3

4

5

¿Cuáles conozco?

---



---



---

Conozco las causas del T.D.A.

1

2

3

4

5

¿Cuáles conozco?

---



---



---

Me he informado sobre lo que consiste el TDA con profesionales en psicología.

1

2

3

4

5

Conozco las posibles secuelas que el T.D.A podría generar en la adultez al no abordarse a edad temprana.

1  2  3  4  5

¿Cuáles conozco?

---



---



---

Conozco las distintas conductas y dificultades de los niños con T.D.A.

1  2  3  4  5

¿Cuáles conozco?

---



---



---

Reconozco dichas conductas y dificultades cuando las veo.

1  2  3  4  5

Conozco las estrategias para desarrollar una autoestima saludable en mi hijo/a o estudiante con TDAH

1  2  3  4  5

¿Cuáles conozco?

---



---



---

Soy capaz de desarrollar habilidades sociales en mi hijo/a o estudiante.

1  2  3  4  5

¿Cuáles conozco?

---



---



---

Se me hace difícil controlar mis propias emociones al momento de corregir a mi hijo/a o estudiante con TDAH.

1  2  3  4  5

Experimento constantemente emociones negativas ante el diagnostico de mi hijo/a o estudiante.

1

2

3

4

5

¿Qué emociones? ¿Por qué?

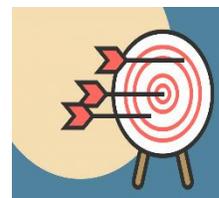
---

---

---

## ANEXO 4

## ESCALA DE CONDUCTAS-OBJETIVO



Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Es importante reflexionar y ser consciente de las conductas que se nos dificultan actualmente en la interacción y educación con nuestros niños y niñas; esto con la finalidad de visualizarlas como objetivos en mejorar al final de este programa. Por lo tanto, escribe las conductas que te gustaría cambiar agregando el grado de dificultad que encuentras en cada una de ellas, señalándolo en una escala del 0 al 10, siendo 10 el nivel más alto de dificultad.

Conductas	Explícala	Grado de dificultad (0-10)
1.		
2.		
3.		
4.		



# LA AVENTURA DE AMAR, COMPRENDER Y ENSEÑAR A UN NIÑO/A CON TDAH.

MANUAL PRÁCTICO Y  
PSICOEDUCATIVO PARA PADRES,  
TUTORES FAMILIARES Y MAESTROS.

ESTE MANUAL PERTENECE A:

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA.  
UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR.  
Lara, M., Linares, K., Lúe, L.





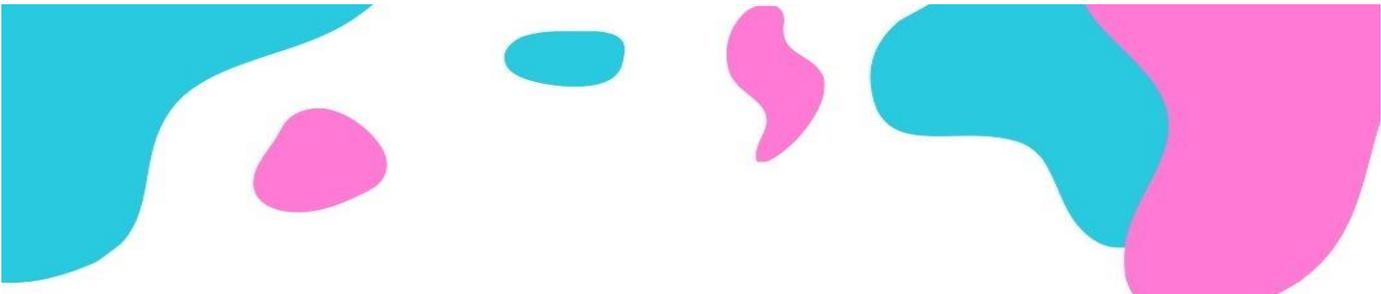
# Índice

## **Sensibilización hacia el niño con Déficit de atención con Hiperactividad**

- ¿Qué es el TDAH?
- Desmitificación del TDAH
- Modelo psicosocial como factores implicados en el origen, mantenimiento y desarrollo del TDA.

## **Secuelas psicológicas del TDAH en la adultez:**

- Trastornos del estado de ánimo
  - TDAH y su relación con uso de sustancias psicoactivas
  - Trastornos de personalidad.
  - Pronósticos favorables al tratar el TDAH desde la infancia.
- 



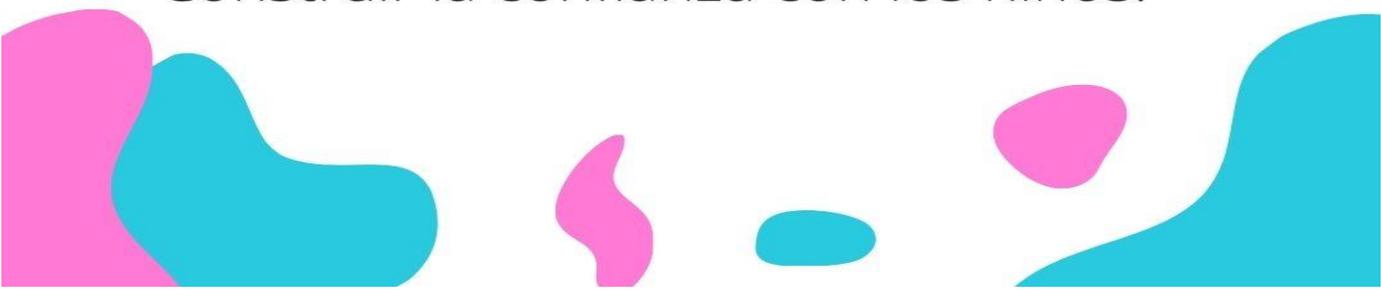
## **Autocontrol emocional enfocado en los padres, maestros y tutores familiares:**

El afecto y sus resultados positivos:

- La regulación emocional de los adultos con niños con TDAH.
- Reconocer las propias emociones y la de los niños
- La sobreprotección y/o el control.
- Potenciar la autonomía e independencia

## **Desarrollo de Habilidades Personales**

La importancia del cuidado de la autoestima.

- Potenciar las capacidades y cualidades de los niños
  - Motivación
  - El diálogo, escucha y empatía hacia los niños.
  - Construir la confianza con los niños.
- 

## **Desarrollo de habilidades sociales**

Disciplina en niños/as con TDAH:

- Expectativas y exigencias de los padres y maestros.
- Los distintos tipos de castigo y sus resultados.
- Comparaciones con hermanos u otros niños.
- Aceptando las diferencias individuales a través de la asertividad.



---

## Sensibilización hacia el niño con Déficit de atención con o sin hiperactividad

---

### **Sesión 1: vinculación y encuadre.**

- Presentación del programa preventivo.
- Conociendo motivaciones grupales.
- Elaborando normas en conjunto.
- Firma de consentimiento
- Responder cuestionario de evaluación
- Conductas objetivas
- Actividad: "Los seis sombreros para pensar"

### **Sesión 2: Definamos y desmitifiquemos el TDAH.**

- ¿Qué es el TDAH?
- ¿Cuáles son los síntomas del TDAH?
- Desmitificar el TDAH
- Actividad: "Conferencia"
- Tarea: Boletín informativo y preguntas.
- 

### **Sesión 3: comprendamos el origen, mantenimiento y desarrollo del TDAH.**

- Factores biológicos del TDAH
- Factores psicológicos: familia y escuela.
- Factores sociales: estigmatización social.
- Actividad: estación de exposiciones.
- Tarea: boletín informativo y preguntas.

### **Sesión 4: Construyendo al adulto del mañana.**

- Manifestación de las características del TDAH en la adultez
- Trastornos del estado de ánimo
- TDAH y su relación con uso de sustancias psicoactivas
- Trastornos de personalidad.
- Pronósticos favorables al tratar el TDAH desde la infancia.

---

ESTE MANUAL PERTENECE A:

**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA.  
UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR.  
Lara, M., Linares, K., Lúe, L.**

## ANEXO 5

### ¿Qué es el TDA?

El TDA es un trastorno de origen neurobiológico, cuyos síntomas provocan en el niño las siguientes conductas:

- ✓ Hiperactividad. Presenta un nivel superior e inapropiado de actividad dada su edad.
- ✓ Impulsividad. Le cuesta controlar sus conductas, emociones y pensamientos.
- ✓ Inatención Tiene una gran dificultad para prestar atención y concentrarse.

Estos síntomas no siempre están presentes conjuntamente; de hecho, existen distintos subtipos de TDAH, según los síntomas predominantes: Hiperactivo-impulsivo, Inatento, Combinado

### ¿Cuál es su diagnóstico?

Los síntomas del TDAH se manifiestan antes de los 7 años y en al menos dos ambientes de la vida del niño (casa, colegio, etc.). A lo largo de su desarrollo, éstos pueden cambiar o disminuir; no obstante, se estima que más del 80% de los niños continuarán teniendo problemas en la adolescencia, y entre el 30-65%, en la edad adulta. Por todo ello, es fundamental que sean los profesionales médicos (neuropediatra, psiquiatra infantil, psiquiatra o neurólogo) los que realicen un diagnóstico precoz y definitivo. Éste debe formularse en base a la clínica ya que en la actualidad no existen pruebas de laboratorio que puedan diagnosticar el TDAH. Los Criterios del Manual Estadístico y de Diagnóstico DSM-IV-TR y las descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico de la Clasificación Internacional de las Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (CIE-10) son los más utilizados y reconocidos internacionalmente. Para asegurar el diagnóstico, el especialista desarrollará entrevistas con los padres y el niño, un análisis de la información de los profesores, exámenes físicos y pruebas complementarias.

## Hablemos de sus síntomas

Para diagnosticar a un niño o niña con déficit de atención, debe ser evaluado por un profesional de psicología a través de diferentes técnicas, estrategias e instrumentos de evaluación. Para comprobar dicho diagnóstico con ayuda de los maestros y padres de familia, el profesional acude al DSM-IV (-TR) un Manual diagnóstico de los trastornos psicológicos para verificar y diagnosticar a un niño o niña con TDAH.

Los síntomas son los siguientes:

### DESATENCIÓN

- ✓ 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.
- ✓ A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades lúdicas.
- ✓ A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente.
- ✓ A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos u obligaciones en el centro de trabajo.
- ✓ A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades.
- ✓ A menudo evita, le disgusta o es renuente a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido.
- ✓ A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades.
- ✓ A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.
- ✓ A menudo es descuidado en las actividades diarias.

## HIPERACTIVIDAD

- ✓ A menudo mueve en exceso manos y pies, o se remueve en el asiento.
- ✓ A menudo abandona su asiento en clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado.
- ✓ A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo.
- ✓ A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.
- ✓ A menudo está en marcha o suele actuar como si tuviera un motor.
- ✓ A menudo habla en exceso.

## IMPULSIVIDAD

- ✓ A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.
- ✓ A menudo tiene dificultades para guardar turno.
- ✓ A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros.

**ANEXO 6**

**REFLEXIÓN PERSONAL.**

1. ¿Qué fue lo primero que pensaste de Pablito?

---

---

---

---

2. ¿Qué emociones identificaste en Pablito?

---

---

---

---

3. ¿Qué piensas de la madre de Pablito?

---

---

---

---

4. ¿Qué piensas del maestro y compañeros de Pablito?

---

---

---

---

5. ¿Te idénticas con el video? ¿por qué?

---

---

---

---

6. ¿Qué emociones experimentaste al ver el video?

---

---

---

---

7. ¿Qué aspectos te falta mejorar para ayudar a tu niño/a con déficit atencional?

---

---

---

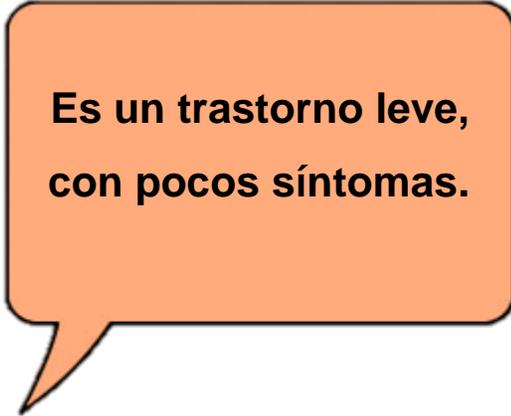
---

## ANEXO 7

## MITOS Y VERDADES



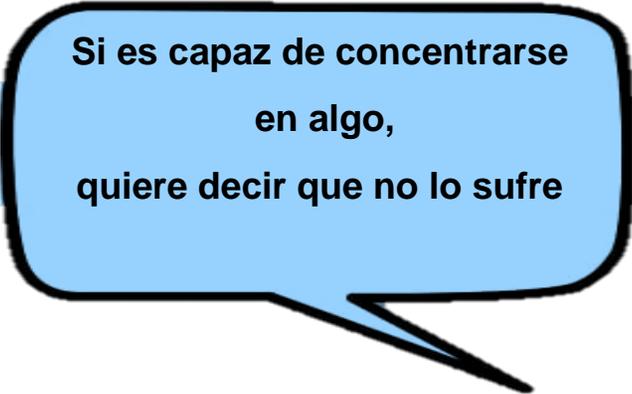
**EL TDAH no existe**



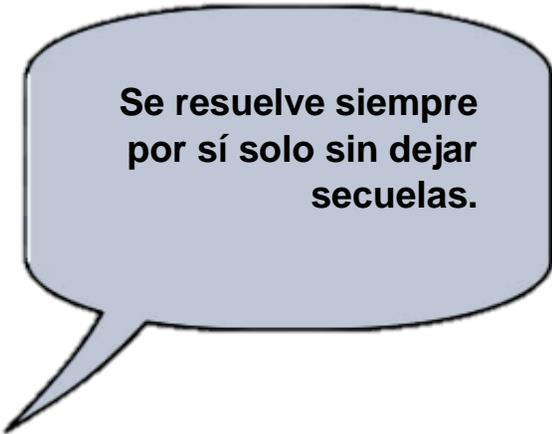
**Es un trastorno leve,  
con pocos síntomas.**



**Un niño con TDAH es  
menos inteligente**



**Si es capaz de concentrarse  
en algo,  
quiere decir que no lo sufre**



**Se resuelve siempre  
por sí solo sin dejar  
secuelas.**



**Si ya se médica, no  
hace falta la psicoterapia.**

**Los niños con TDAH son mentirosos**

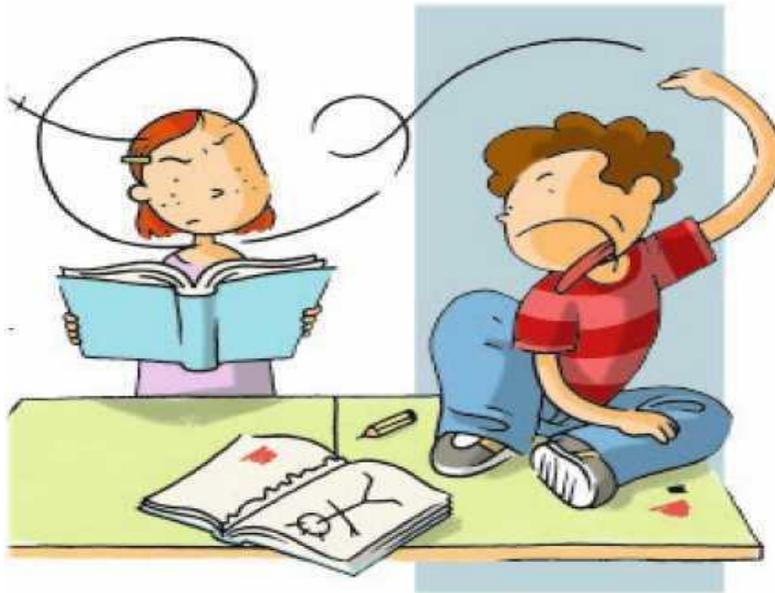
**El comportamiento TDAH se soluciona con una buena paliza**

**Es un trastorno poco común**

**Es raro que los adultos lo sufran**

**La mala educación que hoy en día proporcionan los padres a sus hijos genera en ellos TDAH**

**El niño con TDAH necesita clases especiales**

**ANEXO 8****DESCUBRAMOS LOS SINTOMAS ATRAVÉS DE LAS IMÁGENES.**



## ANEXO 9

# TDAH.

*¡Recordando lo que aprendimos hoy!*

EL TDAH ES UN TRASTORNO DE ORIGEN NEUROBIOLÓGICO, CUYOS SÍNTOMAS PROVOCAN EN EL NIÑO LAS SIGUIENTES CONDUCTAS:

**HIPERACTIVIDAD:** PRESENTA UN NIVEL SUPERIOR E INAPROPIADO DE ACTIVIDAD DADA SU EDAD.

**IMPULSIVIDAD:** LE CUESTA CONTROLAR SUS CONDUCTAS, EMOCIONES Y PENSAMIENTOS.

**INATENCIÓN** TIENE UNA GRAN DIFICULTAD PARA PRESTAR ATENCIÓN Y CONCENTRARSE.



ESTOS SÍNTOMAS NO SIEMPRE ESTÁN PRESENTES CONJUNTAMENTE; DE HECHO, EXISTEN DISTINTOS SUBTIPOS DE TDAH, SEGÚN LOS SÍNTOMAS PREDOMINANTES:

**HIPERACTIVO-IMPULSIVO.**  
**INATENTO.**  
**COMBINADO**

ES IMPORTANTE QUE COMO PADRES Y MAESTROS QUE SE ENFRENTAN A UN DIAGNÓSTICO DE TDAH CONOZCAN LA CADENA DE REACCIONES QUE ESTE TRASTORNO PUEDE GENERAR SOBRE USTEDES; ÉSTAS PUEDEN DAR LUGAR A CONDUCTAS ANSIOSAS O AGRESIVAS QUE RESULTAN MUY PERJUDICIALES PARA EL NIÑO. ADEMÁS, DE ESTA FORMA SE SENTIRÁN MENOS SOLOS Y PODRÁN REFLEXIONAR SOBRE LAS CAUSAS Y CONSECUENCIAS DE SU COMPORTAMIENTO. A SU VEZ, LES SERÁ MÁS FÁCIL ALIVIAR SU ANSIEDAD Y ENCAUZAR SUS ESFUERZOS HACIA LA BÚSQUEDA DE LA MEJOR FORMA DE EDUCAR Y COMPORTARSE CON SUS NIÑOS Y NIÑAS.

**POSIBLES FRASES QUE ESCUCHASTE O  
DIJISTE SOBRE LAS CONDUCTAS DE TU  
NIÑO/A CON TDAH.**

*"PARECE COMO SI SIEMPRE ESTÁ SOÑANDO DESPIERTO. NUNCA RESPONDE CUANDO LE HABLO. ME PREGUNTO SI ME ESCUCHA".*

*"LO PIERDE TODO. HE TENIDO QUE COMPRAR CUATRO LONCHERAS NUEVAS DESDE QUE LA ESCUELA EMPEZÓ".*

*"LE PIDO QUE SUBA A SU HABITACIÓN Y SE VISTA Y DIEZ MINUTOS DESPUÉS LO ENCUENTRO JUGANDO CON SUS JUGUETES CON SÓLO LA CAMISA PUESTA".*

*"NO PUEDE RECORDAR LO QUE APRENDE PORQUE PIERDE INSTRUCCIONES Y EXPLICACIONES EN LA ESCUELA. AUNQUE TRABAJAMOS TANTO EN SU TRABAJO ESCOLAR EN LAS NOCHES, AL DÍA SIGUIENTE YA SE LE OLVIDÓ TODO".*

*"UN MAESTRO LE DIJO 'QUE ANDA EN LA LUNA' Y OTRO LE DIJO 'HACE COSAS INESPERADAS'".*

**NEGAR LOS SÍNTOMAS DE TDAH NO  
PROTEGE AL NIÑO DEL RECHAZO SOCIAL,  
SÓLO LE IMPIDE RECIBIR AYUDA  
ADECUADA.**

**REFLEXIONA Y ACCIONA.**

- **¿DE QUÉ MANERA SE MANIFIESTA EL TDA DE MI NIÑO/A?**
- **¿QUÉ IDEAS ERRÓNEAS O NEGATIVAS DEBO CAMBIAR RESPECTO AL TDA DE MI NIÑO/A?**
- **¿QUÉ CARACTERÍSTICAS POSITIVAS VALORO DE MI HIJO O ESTUDIANTE? (REFLEXIONA COMO EL VIDEO DE PABLITO)**

## ANEXO 10

### MODELO BIOPICOSOCIAL DEL TDAH.

El origen del TDAH es desconocido; sin embargo, los científicos sugieren que este trastorno podría surgir como consecuencia de diversos factores biológicos (en muchas ocasiones, de origen genético) y psicosociales. Se han descrito alteraciones en el funcionamiento de dos neurotransmisores cerebrales: la noradrenalina y la dopamina. Estos afectan directamente a las áreas del cerebro responsables del autocontrol y de la inhibición del comportamiento inadecuado.

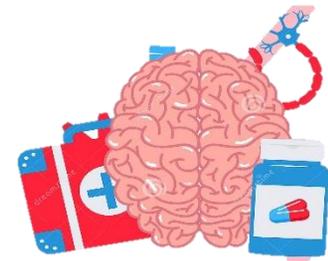
### FACTORES BIOLÓGICOS.

- **Factores genéticos**

Se han demostrado que los factores de origen hereditario explican en un 80% de los casos la aparición del trastorno, siendo la probabilidad de presentar el trastorno mayor si algún progenitor está afectado, esto es, que el padre o la madre tengan **TDAH** multiplica por 8,2 el riesgo de padecer el trastorno (Soutullo y Díez, 2007).

- **Factores neuroquímicos**

Las teorías explicativas neuroquímicas describen como origen de las disfunciones comportamentales y cognitivas y emocionales atribuidas al TDAH a un fallo en el desarrollo de los circuitos cerebrales del córtex prefrontal, los ganglios basales y las conexiones frontoestriadas, lo que provoca fallos en el sistema ejecutivo del cerebro y los mecanismos de inhibición y autocontrol (Soutullo y Díez, 2007).



## FACTORES PSICOLOGICOS.

La intervención temprana significa disminuir el impacto que tiene para el niño y su familia el ser *distinto*. **EI TDAH**, de no ser detectado a tiempo y no ser manejado adecuadamente, presenta el riesgo adicional de funcionar como *bola de nieve*, sumando efectos negativos derivados de diferentes facetas del cuadro.

La familia puede representar un factor protector para posibles dificultades de aprendizaje en el niño, pero también puede ser un factor de interferencia para el aprendizaje del niño. Cuando se evalúa al niño que consulta por mal rendimiento, se debe contextualizar la evaluación no solamente de acuerdo a su etapa evolutiva, sino también, de acuerdo a la etapa evolutiva de la familia, a su contexto sociocultural, a su funcionalidad o disfuncionalidad.

El rendimiento escolar, junto con la opinión de los padres y adultos significativos, constituyen los factores más decisivos en la conformación de la autoestima del niño, por lo que la focalización en el rendimiento, puede ser vivenciada por el niño de manera muy negativa, más aún si todas las expectativas se relacionan en el éxito escolar.

Una de las causas por las que más aumenta este impacto es por la falta de información y formación de los padres, la falta de recursos adecuados para poner en juego con sus hijos, presentar dificultades en habilidades personales, no contar con una suficiente implicación escolar, etc. Por todo ello es necesario que los padres y maestros aprendan recursos para regular las emociones que van a experimentar (ira, frustración, ansiedad, desesperanza, rabia, miedo, cansancio, etc) porque inevitablemente, en el transcurso de la aceptación y posteriormente, de la intervención, van a aparecer, y deben estar preparados para ello.



## FACTORES SOCIALES.

Son muchas las personas que padecen TDAH y que se enfrentan a diario con el estigma social que supone el trastorno. Se les ponen etiquetas como “vagos”, “malcriados”, “indisciplinados” o incluso “intelectualmente discapacitados” ... Un claro reflejo de la falta de información sobre el trastorno en la sociedad y la escasa comprensión a aquellos que lo padecen.

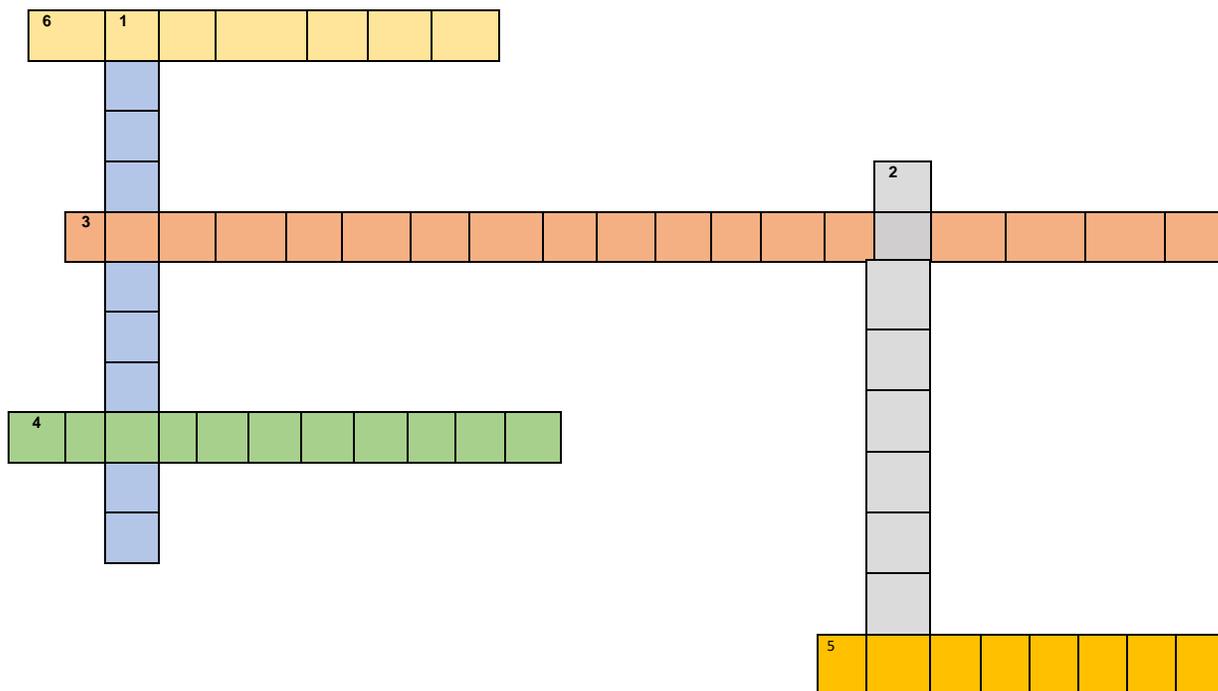
De igual manera, el sistema de salud y educativo no proporcionan atención psicológica a estos niños y niñas.

A pesar de que el estilo de crianza y la educación recibida no es origen del trastorno, si contribuye a agravar los síntomas y la evolución del trastorno en niños que ya presentan el trastorno, por lo que la elección de intervenciones psicológicas, educativas y familiares adecuadas contribuyen a una mejoría de los síntomas y a un mejor pronóstico.



## ANEXO 11

## CRUCIGRAMA



Vertical	horizontal
<p>1. Los padres y maestros son los principales adultos que influyen en la construcción de este aspecto importantes de los niños y niñas con TDAH.</p> <p>2. Este factor explica sobre la influencia de la genética y la herencia para el origen del TDAH.</p>	<p>3. Es uno de los recursos que padres y maestros deben aprender.</p> <p>4. En este factor se habla de la influencia que tiene la familia y maestros en el desarrollo socioemocional de los niños y niñas.</p> <p>5. En este factor se evidencia el estigma social sobre el TDAH y su poca comprensión con los niños y niñas que lo presentan.</p> <p>6. Este puede ser un factor de protección del niños y niñas con TDAH.</p>

## ANEXO 12

# ¡Recordando lo que aprendimos!

## EL TDA NO SE ESCOGE



EL ORIGEN DEL TDAH ES DESCONOCIDO; SIN EMBARGO, LOS CIENTÍFICOS SUGIEREN QUE ESTE TRASTORNO PODRÍA SURGIR COMO CONSECUENCIA DE DIVERSOS FACTORES BIOLÓGICOS (EN MUCHAS OCASIONES, DE ORIGEN GENÉTICO) Y PSICOSOCIALES. SE HAN DESCRITO ALTERACIONES EN EL FUNCIONAMIENTO DE DOS NEUROTRANSMISORES CEREBRALES : LA NORADRENALINA Y LA DOPAMINA. ESTOS AFECTAN DIRECTAMENTE A LAS ÁREAS DEL CEREBRO RESPONSABLES DEL AUTOCONTROL Y DE LA INHIBICIÓN DEL COMPORTAMIENTO INADECUADO.



EL TDAH GENERA UN IMPACTO NEGATIVO EN EL SISTEMA FAMILIAR, INFLUYENDO PRINCIPALMENTE EN UNA PERCEPCIÓN NEGATIVA DE LOS PADRES HACIA SUS HIJOS, UN AUMENTO DEL NIVEL DE ESTRÉS Y EN EL USO DE ESTILOS EDUCATIVOS AUTORITARIOS O PERMISIVOS, QUE REFUERZAN LAS CONDUCTAS DESADAPTATIVAS Y AUMENTAN EL CONFLICTO EN LAS RELACIONES FAMILIARES. ADEMÁS, LOS PADRES SE PERCIENEN A SÍ MISMOS INCAPACES DE AFRONTAR LAS DIFICULTADES QUE GENERAL EL TDAH EN LA VIDA FAMILIAR. POR LO TANTO, SE CONSTATA POR UN LADO QUE EL TDAH GENERA UN IMPACTO NEGATIVO EN EL SISTEMA FAMILIAR, PERO AL MISMO TIEMPO LOS SENTIMIENTOS Y ACTITUDES DE LOS PADRES PUEDEN ACTUAR COMO UN FACTOR DE RIESGO EN LA EVOLUCIÓN DE LOS SÍNTOMAS, POTENCIANDO SU GRAVEDAD Y AUMENTANDO LA PROBABILIDAD DE APARICIÓN DE TRASTORNOS DE CONDUCTA.

DIFERENTES ESTUDIOS REALIZADOS SEÑALAN QUE ENTRE UN 60-80 % DE LOS NIÑOS CON HIPERACTIVIDAD PRESENTAN PROBLEMAS ACADÉMICOS IMPORTANTES. POR ELLO, SE ESTABLECEN COMO IMPRESCINDIBLE EL CONOCIMIENTO DE ESTOS POR PARTE DEL PROFESORADO PARA HACERLES FRENTE DE LA MANERA MÁS ADECUADA POSIBLE. LA MOTIVACIÓN Y AUTOESTIMA DE LOS NIÑOS Y NIÑAS CON TDAH PUEDE DESARROLLARSE O AFECTARSE EN LA ESCUELA. ES DECIR, QUE TIENE EL MISMO IMPACTO QUE LA FAMILIA. LA ESCUELA ES UN FACTOR IMPRESCINDIBLE Y ES IMPORTANTE SABER QUE LAS ESTRATEGIAS PARA ENSEÑAR Y ORIENTAR A UN NIÑO/A CON TDA, SERÁ DIFERENTE; NO OBSTANTE, PODRÁ APRENDER JUNTO A LOS OTROS NIÑOS DE SU CLASE.



LOS NIÑOS CON TDAH SUELEN TENER DIFICULTADES EN LA RELACIONES CON LA FAMILIA, LOS PROFESORES Y OTROS NIÑOS. SU INCAPACIDAD INNATA PARA ENTENDER LO QUE SIENTEN LOS DEMÁS ES UNO DE LOS MOTIVOS PRINCIPALES POR LOS QUE LES CUESTA MÁS MANTENER RELACIONES. SUELEN TENER MENOS AMIGOS DE SU EDAD Y SUS RELACIONES SUELEN SER MENOS DURADERAS.

FRASES QUE NO DEBEN FORMAR PARTE DEL AUTODIALOGO DE SU NIÑO O NIÑA CON TDA.

# NO!

"La profesora me sienta en un rincón a pensar todos los días y no lo soporto". "Soy un burro porque no consigo aprobar ninguna asignatura". "Los niños en el patio no quieren jugar conmigo". "En la clase de educación física nadie me elige para su equipo". "Soy malo porque nunca me porto bien". "Mis padres no me quieren y estoy siempre castigado en casa". "Ni mis hermanos me quieren!" "Algunos amigos de mis padres no vienen a casa porque dicen que soy muy bruto jugando con sus hijos"...



### REFLEXIONA Y ACCIONA.

- ¿Qué factores pueden influir negativamente en mi niño o niña con TDA?
- ¿De qué manera he influido de manera negativa en mi niño/a?
- ¿Qué debo mejorar como padre o maestro para comprender el TDA de mi niño/a?



## ANEXO 13

### Secuelas psicológicas del TDAH en la adultez.

Aunque existe la creencia de que el TDAH es un trastorno propio de la infancia y la adolescencia, en realidad se trata de un trastorno evolutivo que se mantiene en un alto porcentaje de los casos en la edad adulta. Por tanto, los síntomas varían a los largo de las distintas etapas de la vida, descendiendo las manifestaciones de hiperactividad a medida que la persona va alcanzando la edad adulta. No ocurre así con el déficit de atención, que se mantiene constante; ni con la impulsividad, que tiende a dispararse a partir de la adolescencia. Veamos algunas manifestaciones en la edad adulta:

Se ha descrito para los adultos con TDAH, consecuentemente, una menor estabilidad laboral.

Hablan excesivamente e Interrumpen para responder antes de que hayan terminado de formularles la pregunta. Además se entrometen frecuentemente en conversaciones ajenas.

Las personas adultas con TDAH cometen errores o descuidos en el trabajo, especialmente porque son desorganizados, se distraen fácilmente, o tienen problemas de concentración para aquellas actividades que encuentran aburridas.

Suelen empezar muchos proyectos al mismo tiempo, aunque tienen problemas para finalizarlos, entre otras razones por una tendencia constante a aplazar las tareas indeseables hasta el último momento.

Invierten mucho tiempo al día buscando las llaves, las herramientas, la cartera o la agenda. Además se les tacha de olvidadizos porque con facilidad olvidan nombres o cosas.

Además de las manifestaciones descritas anteriormente; el TDAH al no prevenirse desde muy temprano o al generar un impacto negativo en la autoestima, la inteligencia emocional, y las habilidades sociales de nuestros niños y niñas, éstos pueden desarrollar otros trastornos psicológicos en la adultez. Estos los veremos a continuación:



**Trastornos del estado de ánimo.** Muchos adultos con trastorno por déficit de atención e hiperactividad también tienen depresión, trastorno bipolar u otro trastorno del estado de ánimo. Aunque los problemas del estado de ánimo no se deben necesariamente al trastorno por déficit de atención e hiperactividad, un patrón repetido de fracasos y frustraciones debido al TDAH puede empeorar la depresión.



**EL TDAH y su relación con sustancias psicoactivas:** el TDAH representa un factor de riesgo independiente para desarrollar un trastorno por consumo de para desarrollar un trastorno por consumo de sustancias (Biederman et al, 1995). TDAH en adultos con **dependencia al alcohol: 35-71%**, abuso de **cocaína: 12-35%**, adictos a **opiáceos en tratamiento: 17-22%**, adictos a **cannabis** , adictos a **cafeína** , adictos al **tabaco**.



**Trastornos de ansiedad.** Los trastornos de ansiedad se presentan con bastante frecuencia en adultos con trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Los trastornos de ansiedad pueden causar una preocupación abrumadora, nerviosismo y otros síntomas. La ansiedad puede empeorar debido a los desafíos y reveses causados por el trastorno por déficit de atención e hiperactividad.



**El TDAH y trastornos de personalidad.** del TDAH con los trastornos de personalidad es más frecuente y más grave en el subtipo combinado de TDAH. Los trastornos de personalidad límite y antisocial, ambos clasificados en el grupo B, son los que más disfunción psicosocial producen. El trastorno límite de personalidad es más frecuente en las mujeres, mientras que el trastorno antisocial es más frecuente en los hombres, especialmente si han tenido trastornos de conducta en la infancia o consumo de sustancia.

## ANEXO 14

## ¡RECORDANDO LO APRENDIDO!

EL TDA ESTARÁ A LO LARGO DE LA VIDA DE TU NIÑO/A.  
LA MEJOR HERENCIA QUE PUEDES DARLE, ES QUE GOCE DE UNA SALUD MENTAL EN LA ADULTEZ.

Todos los padres y maestros se preguntan cómo será su niño o niña cuando crezca y hacen todo lo posible para que desarrolle su potencial. Esto no difiere en el caso de los niños con TDAH.

La mejor vía para que su niño/a tenga un buen crecimiento personal radica en que usted le acepte tal cual es. Y para ello deberá trabajar una serie de necesidades, propias de todo niño con este trastorno.



Hagamos memoria de que el diagnóstico por TDAH tiene como predicción tener problemas con otros diagnósticos psicológicos (depresión, trastornos de personalidad, drogodependencia, trastorno de ansiedad) y otras condiciones no necesariamente circunscriptos a la salud mental, sino relacionados con el desenvolvimiento social (delincuencia, fracaso escolar o académico, dificultades familiares, afectivas o laborales).

Si comienzas a aceptar el diagnóstico de tu niño/a podrás comprender sus dificultades, y beneficiarte de sus fortalezas para enseñarle las distintas herramientas y estrategias para lidiar con su cotidianidad. Esto provocará que en el futuro sea un adulto independiente, estable, y con una autoestima adecuada. Por el contrario si le presionas, ridiculizas o no le escuchas, seás un factor de riesgo para que sea un adulto con poca salud mental.

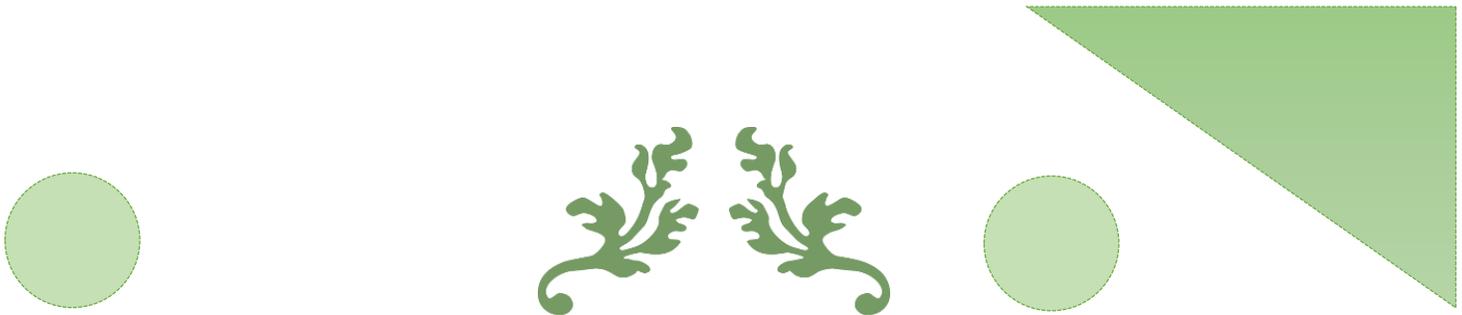


### REFLEXIONA Y ACCIONA.

¿Qué tipo de adulto deseas que se convierta tu niño/a?

¿De qué manera te gustaría que te recordase al crecer?

¿Qué acciones debes cambiar para que sea posible?

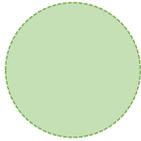


---

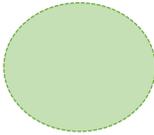
## Autocontrol emocional enfocado a padres, maestros y tutores familiares

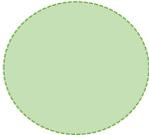
---

### Sesión 5: Conciencia, Expresión y Regulación Emocional.

- ¿Qué son las emociones?
  - ¿Qué son los sentimientos?
  - Emociones Primarias y Secundarias.
  - Competencias de las Emociones.
  - Inteligencia Emocional: Regulación Emocional.
  - Inteligencia Emocional con niños/as con TDAH: Pasos para lograr una inteligencia emocional con los hijos y alumnos con TDAH.
  - ACTIVIDAD: "Mis Emociones".
  - TAREA: Autorregistro.
- 

### Sesión 6: ¿Cómo brindarle autonomía a mi hijo y estudiante con TDAH?

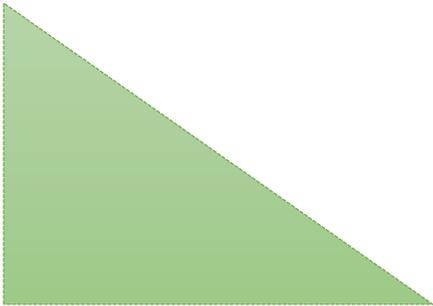
- Sobreprotección y sus causas.
  - Características de los niños sobreprotegidos.
  - Autonomía.
  - Estrategias/pautas en el ámbito escolar para generar autonomía en los niños con TDAH.
  - Estrategias/pautas en el ámbito familiar para generar autonomía en los niños con TDAH.
  - Actividad: "Lideres"
  - Tarea: Registro.
- 



ESTE MANUAL PERTENECE A:

---

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA.  
UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR.  
Lara, M., Linares, K., Lúe, L.



## ANEXO 15

**CONCIENCIA, EXPRESIÓN Y REGULACIÓN**

**¿Qué son las emociones?**

Son estados internos de los seres humanos que determinan las sensaciones, pensamientos, conductas y las reacciones. Tienen una enorme influencia en los pensamientos y en las conductas.

Por esto es necesario conocer y saber cómo explicar las emociones. No hay que reprimirlas si no controlarlas. Sabiendo cuando, con quien y como expresarlas.

**¿Qué son los sentimientos?**

Estado afectivo del ánimo que es provocado por una emoción hacia una persona, animal, objeto o situación. No hay sentimiento sin emoción, la emoción es menos duradera.

Los sentimientos se dan a través de las emociones, se da cuando ya se tiene una concepción y un pensamiento de la emoción, se ha valorado y se ha provocado un estado más estacionado y prolongado.

**EMOCIONES PRIMARIAS:**

Son innatas y universales, poseen un importante sustrato biológico y están asociadas a expresiones faciales. Las emociones básicas según este enfoque son: alegría, tristeza, ira, miedo, asco y sorpresa (no existe un consenso acerca de la sorpresa como emoción básica, pero está aceptado por muchos autores).

**EMOCIONES SECUNDARIAS.**

Son las que tienen su origen en la evolución cultural o social de las emociones básicas o combinación de estas. Algunas de estas emociones son el amor, la culpa, la vergüenza, el odio, la melancolía, admiración, asombro, cólera, rencor, impotencia, angustia, preocupación, incertidumbre, horror, nerviosismo, repugnancia, rechazo, desprecio, pena, soledad, decepción, placer, diversión, euforia y entusiasmo, entre otras.

## COMPETENCIAS DE LAS EMOCIONES.

### *Competencias emocionales:*

Conjunto, capacidades, habilidades y actitudes necesarias para comprender, expresar y regular de forma apropiada los fenómenos emocionales.

**Conciencia emocional:** habilidad de tomar conciencia de las emociones y sentimientos propias y las de los demás. Ser capaces de darles un nombre según el contexto y comprender tanto las nuestras como las de los demás mostrando empatía.

**Regulación emocional:** habilidad para manejar y regular emociones de forma apropiada. Debemos, aprender a expresarlas de la mejor forma posible, mostrar una mayor maduración en su control y en nuestra actitud ante las emociones de los demás. Además, tenemos que aprender a afrontar las emociones negativas, debemos buscar situaciones que nos produzcan emociones positivas y disfrutar de ellas.

**Autonomía emocional:** es un término más amplio que incluyen características relacionados con el autocontrol, donde se encuentra principalmente la autoestima.

**Competencia social:** Capacidad para relacionarnos de forma positiva con otras personas. Para ello, es necesario dominar las habilidades sociales (escuchar, hablar, pedir perdón, pedir permiso, dar las gracias), mostrar respeto hacia los demás, comunicándonos con los demás de forma receptiva y expresiva, compartir nuestros sentimientos y emociones y situaciones de grupo y cooperación, mantener asertividad y prevenir, solucionar conflictos gestionando las emociones propias y las de los demás.

**Competencia para la vida y el bienestar:** adquiriendo los comportamientos más idóneos para afrontar de manera satisfactoria los desafíos y problemas del día a día. Además, debemos fijarnos unas series de metas y objetivos en nuestra vida que sean realistas y positivas, tomar decisiones en los diferentes contextos de la vida, buscar los apoyos necesarios, desarrollar la capacidad de disfrutar de las pequeñas cosas de la vida e intentar ver el lado positivo de todas las situaciones.

## INTELIGENCIA EMOCIONAL.

Capacidad de motivarnos a nosotros mismos, de perseverar en el empeño a pesar de las posibles frustraciones, de controlar los impulsos, de diferir las gratificaciones, de regular nuestros propios estados de ánimo, de evitar que la angustia interfiera con nuestras facultades racionales y, por último, pero no por ello menos importante la capacidad de empatizar y confiar en los demás.

### Inteligencia Emocional con niños/as con TDAH:

Para los niños/as con TDAH cada tarea es un desafío que debe enfrentar todos los días, suelen caer en la frustración y responder de manera muy negativa, ya sea por medio de rabietas o agresiones. Por tanto, no de los papeles importantes de la inteligencia emocional es moldear la respuesta que los niños/as deben responder ante los retos y mejorar su confianza para lograr afrontarlos con éxito. Lo principal que se debe saber es que los alumnos pueden modificar su inteligencia emocional con esfuerzo y trabajo, aunque estén limitados por las dificultades de aprendizaje y atención.

### Pasos para lograr una inteligencia emocional con los hijos/as:

- Es importante que las familias pregunten a sus hijos cómo se sienten cuando se les presenta un problema.
- Dar un nombre a aquello que sienten y después preguntarle por sí está sintiendo la emoción que acaba de mencionar.
- También pueden proponerles ideas sobre cómo podrían haber actuado para que la situación fuera distinta.
- Acompañarlos a que cuiden de personas necesitadas para que desarrollen la empatía,
- Que vean realidades distintas, aumente su sensación de competencia y por tanto su bienestar socioemocional.

### Pasos para lograr una inteligencia emocional con los alumnos/as:

- Darse cuenta de que se está frustrando.
- Analizar las consecuencias de sus actos.
- Buscar una alternativa a una respuesta negativa.
- Querer intentarlo de nuevo o pedir ayuda.
- Comprender que necesita más tiempo u otras alternativas para llegar al éxito.

ANEXO 16

ACTIVIDAD: "MIS EMOCIONES"



Escribe todas las emociones que has tenido ayer.



---

---

---

¿Qué sentimientos suelo tener a raíz de las emociones que experimento?

---

---

---

¿Es importante ser consciente de lo que siento?

---

---

---

¿Porqué

---

---

---

¿Suelo expresar mis emociones?

---

---

---

¿Cómo lo expreso?

---

---

---



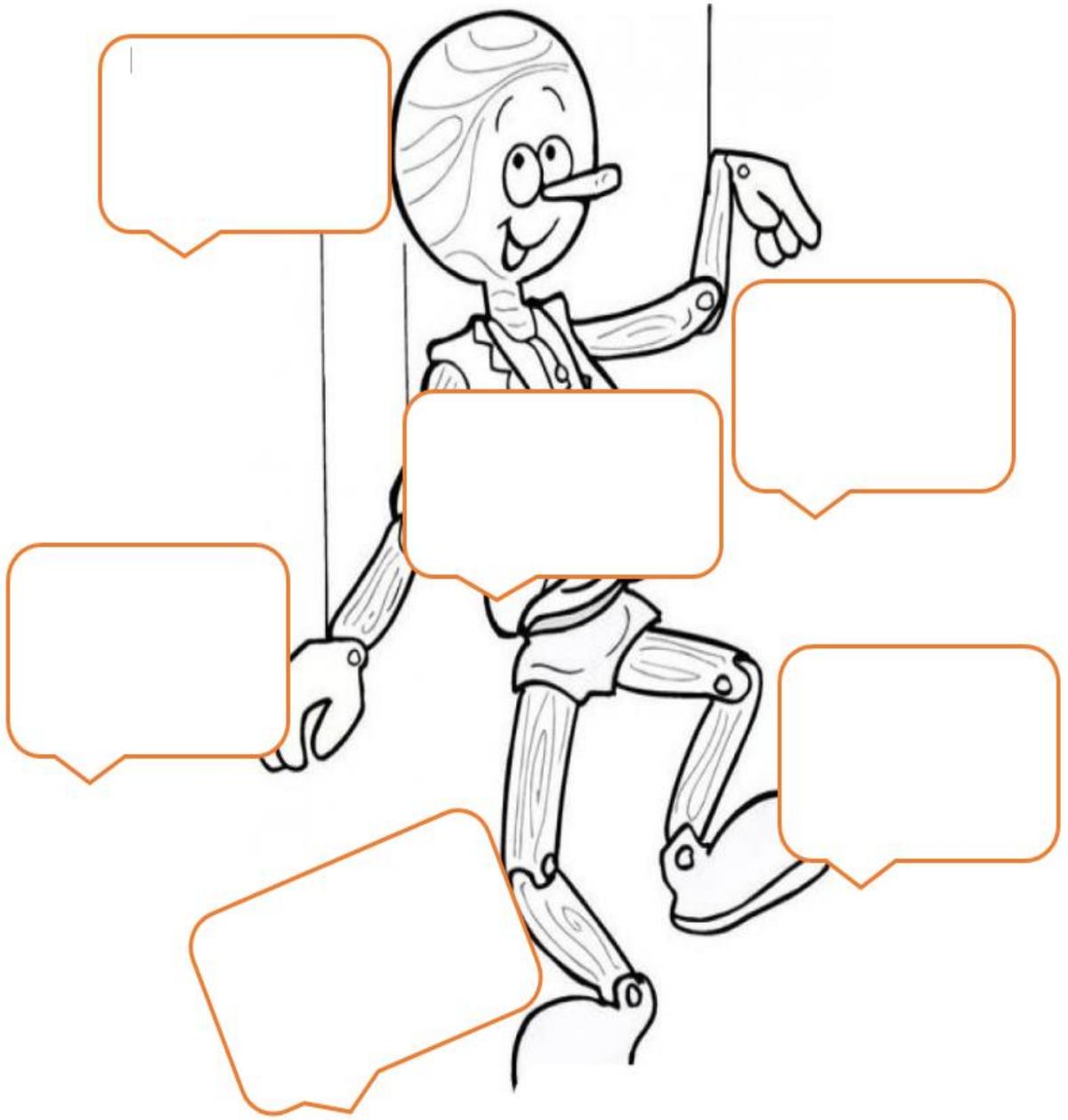
## ANEXO 17

## TAREA: AUTORREGISTRO.

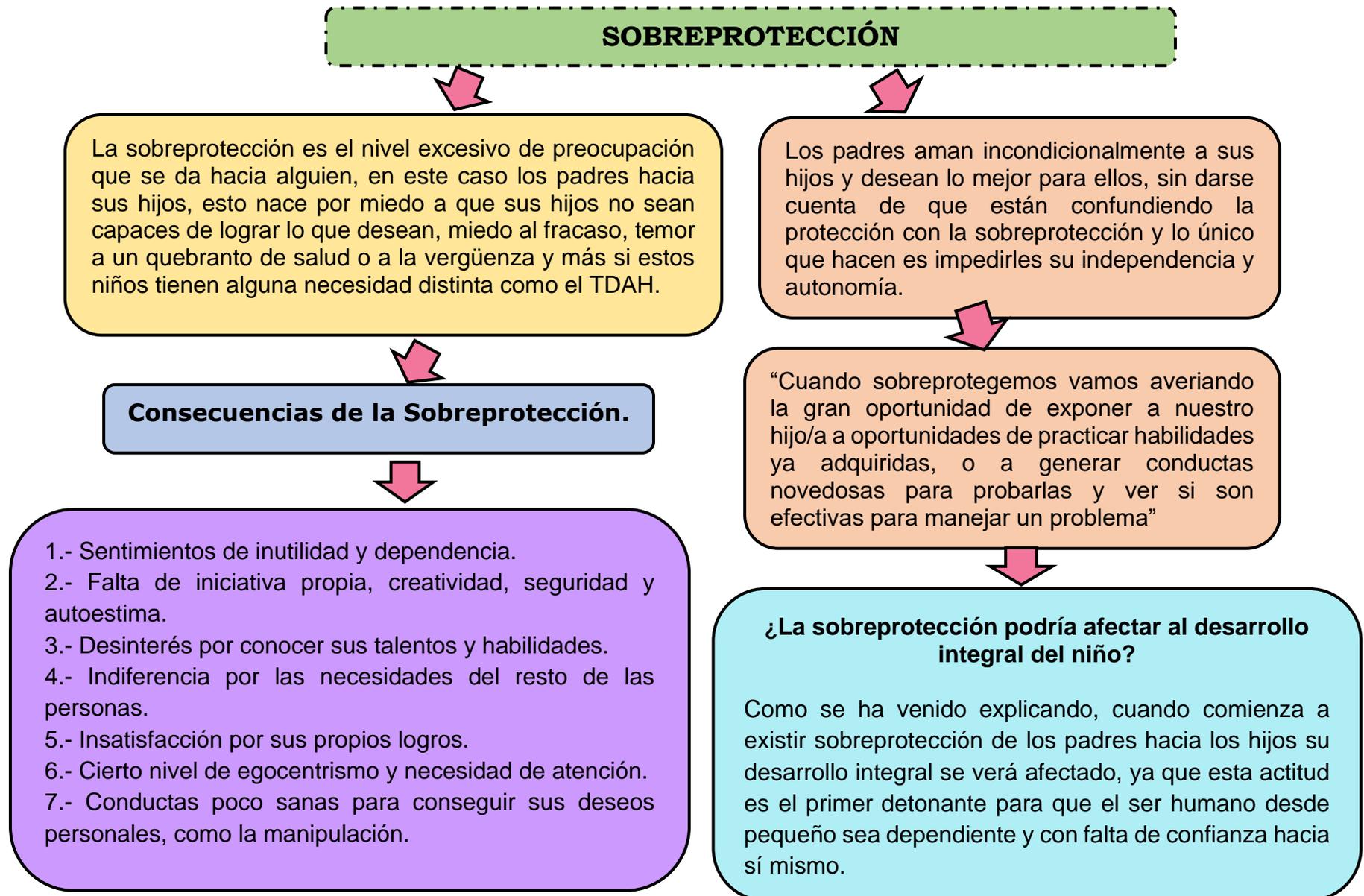
Anota aquí las distintas emociones que vayas sintiendo en estos días, con respecto al trabajo con los niños con TDAH, así también anota las emociones que vayas identificando en los niños/as y como las has enfrentado.

<b><i>MI EMOCIÓN</i></b>					
<b><i>¿Cómo lo enfrento?</i></b>					
<b><i>EMOCIÓN DEL NIÑO/AS</i></b>					
<b><i>¿Cómo lo enfrento?</i></b>					

**ANEXO 18. TÉCNICA DE EVALUACIÓN: MARIONETA DEL CONOCIMIENTO, PARA LAS SESIONES 5,6,7 Y 8.**



## ANEXO 19.



## CARACTERÍSTICAS DE NIÑOS/AS SOBREPOTEGIDOS



Manifiestan cierta dificultad para relacionarse en la escuela u otros grupos sociales, son niños y niñas nerviosos, tímidos e inseguros.



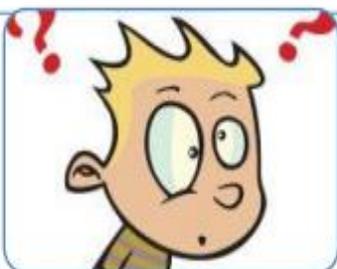
Presentan dependencia excesiva hacia sus padres, es más común a su progenitora.



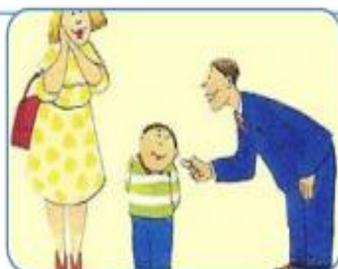
Sienten temor y miedo a lo desconocido.



Poca tolerancia a la frustración. Les gusta ganar y si sucede lo contrario se enfuresen.



No intentan resolver problemas de la vida diaria ni asumen sus responsabilidades.



En ocasiones suelen buscar la protección de terceros.

## Importancia de la Autonomía.

La autonomía tiene que ser parte del aprendizaje integral que debe recibir el niño/a, por lo que se le tiene que estimular, para que sea autosuficiente, con el apoyo y la supervisión de un adulto; hacer todo tipo de acciones y responsabilidades de acuerdo a su edad que le lleven a ser autónomo. Estas acciones deben empezar en los años preescolares.

Cuando el niño/a está sobreprotegido, en el futuro llega a ser una persona muy insegura, no pueda tomar decisiones por sí mismo, y la dependencia que tenía con sus padres posiblemente la dirija a otra persona. Tampoco se trata de educarlo con una libertad extrema, ya que se crearía una persona insatisfecha con las reglas que le impone la sociedad

Las expectativas de los padres de familia y maestros sobre las capacidades de los niños/as influyen en el rendimiento y superación de sus dificultades. Por ello, no existe una relación directa entre el TDAH y sus capacidades cognitivas. Son diversos los niños/as con TDAH que tienen unas óptimas capacidades. Sin embargo, sus dificultades en las funciones ejecutivas conllevan a que no sean tan eficientes Y autónomos en sus qué haceres cotidianos.

Debido a su dificultad en la función ejecutiva de la memoria de trabajo suelen olvidar y cometer errores a la hora de recordar y llevar a cabo el desarrollo de una actividad.

**Estrategias/pautas en el ámbito escolar para generar autonomía en los niños/as.**

**periodo escolar de infantil:**

Es necesario repetirles verbalmente los pasos a seguir. darle las instrucciones de una en una. Si al niño se le da varias instrucciones al mismo tiempo olvidará gran parte de la información necesaria para realizar correctamente lo que se le pide.

**En periodo de primaria:**

El profesor podrá proporcionarle un apoyo visual (auto instrucciones) para que puedan recordar cada uno de los pasos necesarios para realizar una tarea y no sea necesario repetirle las instrucciones verbalmente. Tendrá que mostrarle cómo se lleva a cabo la tarea, será un modelo para el alumno. Posteriormente, se deberán ir sustituyendo el modelaje por la administración propia de las auto instrucciones para lograr una mayor autonomía. La autonomía es fundamental para aumentar su autoestima, deben sentirse capaces de ir logrando pequeños pasos por sí solos.

**En secundaria.**

Algunos alumnos habrán logrado interiorizar la secuencia de las auto instrucciones y simplemente habrá que supervisar la realización de la tarea, algunos casos requerirán del apoyo visual de las auto instrucciones. Ante las tareas novedosas que aún no ha automatizado, se recomienda el apoyo visual de los pasos a seguir.

## Estrategias/pautas en el ámbito familiar para generar autonomía en los niños/as.

Aprender a formular las peticiones que realizan los padres para lograr mejoras en la obediencia. Formular la orden de forma directa y con autoridad. Debido a que les cuesta retener la información, lo cual dificulta la ejecución de las mismas, hay que comenzar a dar las instrucciones de una en una y nunca varias a la vez.

Es necesario reducir los estímulos distractores del contexto para evitar distracciones para cerciorarse que ha comprendido la información que se le ha dado, deberá repetirlo con sus propias palabras.

Solución de conflictos: Fomentar las habilidades comunicativas y poner en juego una serie de pasos para resolver los conflictos. Posteriormente el niño irá interiorizando los pasos que debe dar y le servirá para aplicarlos en otras ocasiones en las que se encuentre con algún problema.

Para la resolución de conflictos debe aprender a definir el problema, es decir, proporcionar un punto de vista y posibilitar que proporcione el suyo. A continuación, generar posibles soluciones, valorar las alternativas, poner en práctica la alternativa mejor valorada por todos. Finalmente, analizar si la alternativa elegida ha sido la más oportuna.

Es necesario generar autonomía y proporcionarle responsabilidades. Evitar la constante sobreprotección, anticiparles las cosas, ayudarle en la solución de los conflictos. Pero deben ser ellos mismos quienes decidan sobre sus propias acciones y las lleven a cabo. Podrán observar cómo se equivocan y reflexionar con ellos sobre los errores que han cometido. Pero, no se debe sobreproteger por miedo a que cometan errores.

**ANEXO 20****ACTIVIDAD: "LIDERES"**

Situaciones importantes que deben realizar o resolver:

1 \_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_

3 \_\_\_\_\_

Opiniones que ha recibido de los demás:

1 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Su opinión de cómo hacerlo:

1 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Decisión final:

1 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Actitud ante la situación:

1 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## ANEXO 21

## TAREA: REGISTRO.

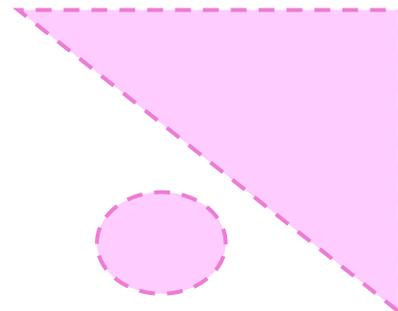
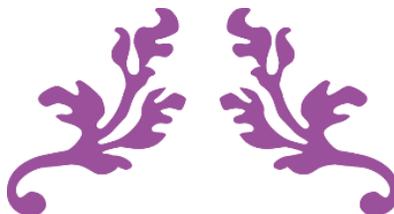
FECHA:

## REGISTRO DE LA ACTIVIDAD

**OBJETIVO:** Mejorar el desenvolvimiento del niño/a dentro del ámbito escolar y del hogar.

**INDICACIONES:** Seleccione el número de escala del 1 al 4, con total sinceridad, teniendo en cuenta que el 1 es de menor frecuencia y el 4 de mayor frecuencia.

CRITERIOS	FRECUENCIA				OBSERVACIONES
	1	2	3	4	
Se separa de sus padres y maestros con facilidad.					
Hace caso a las reglas o normas.					
Comienza a realizar sus actividades por sí solo.					
Hace más de lo que se le pide.					
Soluciona conflictos por sí solo.					
Toma decisiones propias o por sí solo.					



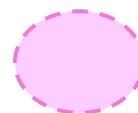
---

## **Autocontrol emocional enfocado a padres, maestros y tutores familiares**

---

### **Sesión 7: Motivando Capacidades y Cualidades de los niños/as.**

- La Motivación y sus elementos.
- ¿Cómo motivar a los niños/as en casa?
- ¿Cómo motivar a los niños/as en la escuela?
- Actividad: "Mis Logros"
- Tarea: Listado de Logros.
- 



### **Sesión 8: Construyendo la Confianza en los niños/as.**

- La Confianza resultado de la autoestima y auto concepto.
- Empatía, dialogo y escucha hacia los niños/as.
- Competencias de la Empatía.
- Dinámica de animación: "Yo Soy".
- Actividad: "Sembrando Seguridad"
- Tarea: Registro.

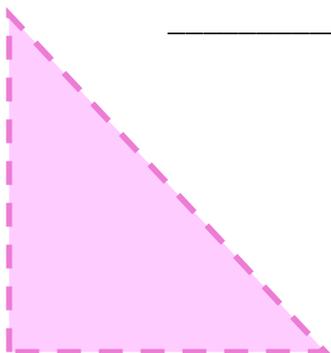


ESTE MANUAL PERTENECE A:

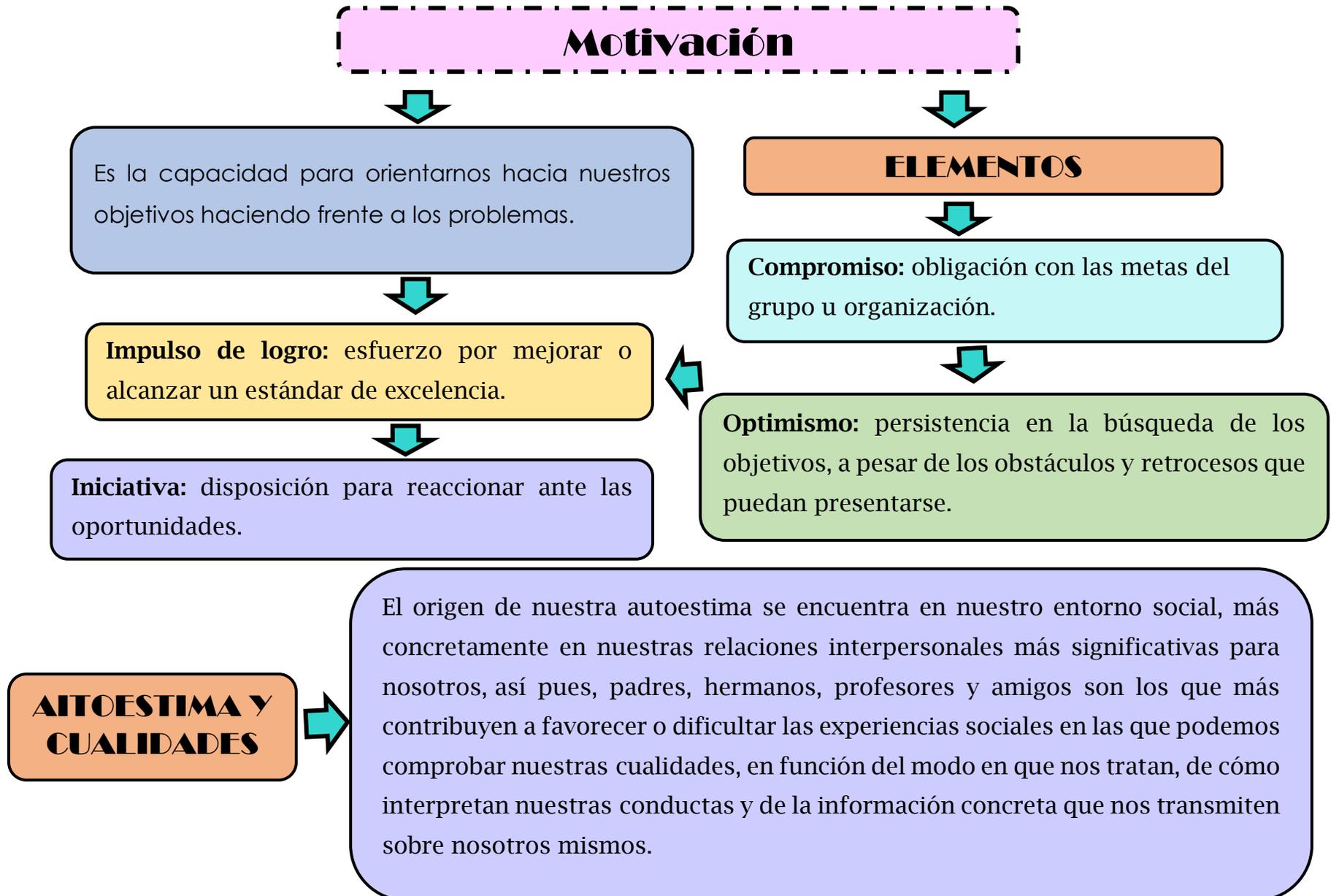


---

**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA.  
UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR.  
Lara, M., Linares, K., Lúe, L.**



## ANEXO 22.



### ¿Cómo motivar a los niños/as en casa?

Una estrategia para los padres es utilizar el refuerzo positivo para motivar a los niños. Debemos prestar atención y reforzarles en los casos en los que actúa correctamente. Sin embargo, cuando quieren llamar la atención con conductas inadecuadas, se debe evitar prestar atención a dichas conductas; para evitar que aprenda que esa es una correcta forma para captar nuestra atención.

Esto permitirá que los niños/as sean capaces de auto valorarse, reconociendo las características positivas que poseen, así como que reconozcan también en los demás estas cualidades y sean capaces de expresarlas de forma adecuada.

### ¿Cómo motivar a los niños/as en la escuela?

En el tema de los estudios se les debe motivar, ayudarles en la organización del tiempo que van a dedicar en cada una de las tareas que deben realizar. La presencia de los adultos durante la realización de los ejercicios (cuando son pequeños) les ayudará a dirigir su atención y evitar que se distraigan con estímulos irrelevantes. Como también, para darles seguimiento constante para supervisar la realización de las actividades. Pero cuando esta dedicación conlleve que los padres no tengan momentos para compartir otras actividades con ellos. Es necesario derivar a profesionales que puedan realizar este trabajo. Los padres podrán aprovechar los momentos con él para hablar y expresarles su afecto.

## ANEXO 23.

### ACTIVIDAD: "MIS LOGROS"

**INDICACIONES:** En el siguiente cuadro haga un listado de sus logros, las personas que lo motivaron y de qué manera lo hicieron, durante este proceso.

LOGROS 	PERSONAS QUE LO MOTIVARON	¿COMO LO HICIERON?

**ANEXO 24.****TAREA: LISTADO DE LOGROS.**

<b>LOGROS</b>	

**ANEXO 25.**

**DINÁMICA DE ANIMACIÓN: “YO SOY”.**

“YO SOY” \_\_\_\_\_

**¿COMÓ ME PRESENTARIA?**

---

---

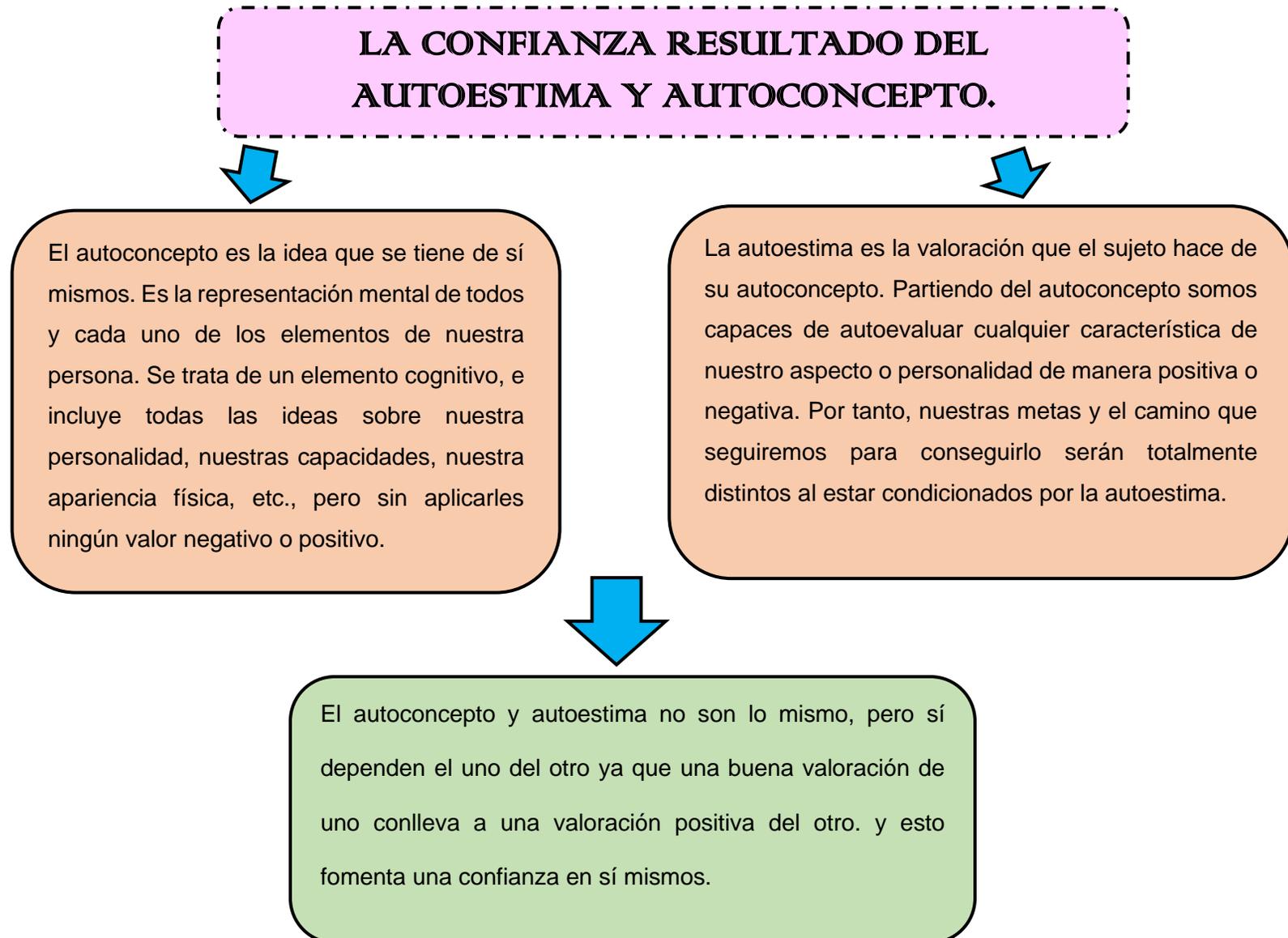
---

---

---

---

---

**ANEXO 26.**

## EMPATÍA, DIALOGO Y ESCUCHA HACIA LOS NIÑOS/AS.

A Través de la empatía, el diálogo y escucha a los niños se construye la confianza en sí mismos. Ya que la empatía, supone la conciencia de los sentimientos, necesidades y preocupaciones de los demás y capacidad para ponernos en su lugar. Y esto permitirá que el niño en los momentos en los que enfrente retos y frustraciones se sienta apoyado por su círculo más cercano, generando confianza consigo mismo para aceptar y superar las decepciones que vaya enfrentando. Logrando esto solo a través del diálogo con los niños/as, sabiendo escuchar sus necesidades y preocupaciones.

### Las competencias que forman parte de la empatía y que ayudarán a la confianza del niño/a son:

#### **Comprensión de los otros:**

Darse cuenta de los sentimientos y perspectivas de los demás.

#### **Desarrollar a los otros:**

Detectar las necesidades de desarrollo de otras personas y reforzar sus habilidades.

#### **Servicio de orientación:**

Anticipar, reconocer y satisfacer las necesidades reales de los otros.

#### **Potenciar la diversidad:**

Facilitar las oportunidades a través de distintos tipos de personas.

**ANEXO 27.****ACTIVIDAD: “SEMBRANDO SEGURIDAD”**

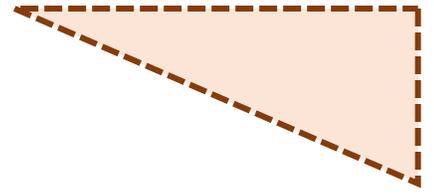
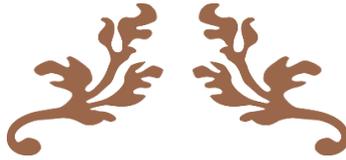
INDICACIONES: Dibújate y describe alrededor de la figura lo siguiente: Lo que te gusta y no de ti, cuanto te quieres y lo bonito que ves de ti.

**ANEXO 28.****TAREA: REGISTRO.**

FECHA:

**REGISTRO DE LA ACTIVIDAD****OBJETIVO:** Incentivar la seguridad y confianza en los niños.**INDICACIONES:** Seleccione el número de escala del 1 al 4, con total sinceridad, teniendo en cuenta que el 1 es de menor frecuencia y el 4 de mayor frecuencia.

CRITERIOS	FRECUENCIA				OBSERVACIONES
	1	2	3	4	
Organiza y lidera los trabajos en grupo.					
Planifica las actividades del día.					
Le gusta jugar con otros niños.					
Realiza las actividades cotidianas sin recordárselas.					
Habla con personas extrañas con facilidad.					
No tiene comportamientos extremos (agresión, timidez, tristeza, demasiado miedo)					



---

## Autocontrol emocional enfocado a padres, maestros y tutores familiares

---

### Sesión 9: Expectativas y exigencias de los padres y maestros

- Conceptos de Expectativas y exigencias
- Pros y contra de las expectativas
- Exigencias negativas
- Recomendaciones para evitar exigir de forma negativa
- Actividad: Conociendo la perspectiva de los demás
- Tarea: Auto registro.

### Sesión 10: Los distintos tipos de castigo y sus resultados

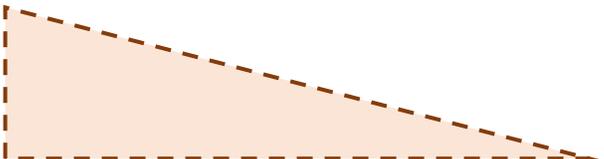
- Estilos de crianza
- Tipos de castigos y sus consecuencias
- Estrategias para fomentar un adecuado castigo tanto en el hogar como en el aula
- Actividad: El teatro
- Tarea: Auto registro.

### Sesión 11: Comparaciones con hermanos u otros niños y aceptando de las diferencias individuales a través del asertividad.

- ¿Qué es la comparación?
- ¿Cómo afecta la comparación entre hermanos y compañeros de clase?
- Rivalidad entre hermanos
- ¿Qué es la asertividad?
- Estrategias para enseñar a los niños/as a ser asertivos.
- Actividad: Tormenta de ideas o «Brainstorming»
- Tarea: Auto registro

### Sesión 12: Finalizando un nuevo reto.

- Bienvenida
- Dinámica de animación: ¡levántese y siéntese!
- Retroalimentación de los temas vistos en las sesiones anteriores.
- Actividad de grupo: Reconstrucción
- Aplicación de instrumentos de evaluación
- Cierre

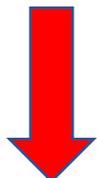


## Anexo 29. Conceptos de Expectativas y exigencias

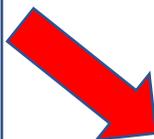
¿Qué son las expectativas?



Se conoce como **expectativa** (palabra derivada del latín *expectātum*, que se traduce como “mirado” o “visto”) a la **esperanza, sueño o ilusión de realizar o cumplir un determinado propósito**. Por ejemplo: “Tengo la expectativa de lograr algo grande con este muchacho”.



¿Qué son las exigencias?



Se trata del **acto y la consecuencia de exigir**: demandar, pedir algo de manera imperiosa.

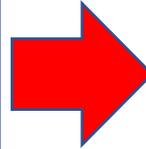
Cuando una **persona** exige, realiza un **reclamo** e insta a que su solicitud sea cumplida. Esto quiere decir que una exigencia, al menos en un sentido simbólico o teórico, **no contempla una respuesta negativa**. En cambio, si un individuo hace un pedido, acepta la posibilidad de que su requerimiento no sea atendido.



## Anexo 30. Pros y contra de las expectativas

Las expectativas, suelen estar asociadas o vinculadas a la incertidumbre. Cabe destacar, que la expectativa suele aparecer en aquellos casos rodeados de incertidumbre en los cuales no se puede todavía confirmar qué ocurrirá respecto de algo.

La incertidumbre implica un estado de duda, de ausencia de certeza sobre una situación, sobre las causas, las consecuencias, sentimientos e ideas, entre otros.



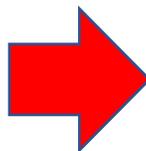
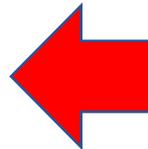
### Expectativas de los padres hacia los hijos:

Las expectativas de los padres pueden ayudar a la autoestima del niño y pueden alentar su desarrollo. El fin último de unos padres es que a su hijo le vaya bien en la vida. Por tanto, es normal que los padres tengan unas expectativas de felicidad con respecto a sus hijos y se esforzarán para poder transmitirle al pequeño todo lo que le pueda ayudar a lo largo de su desarrollo.

Pero también estas expectativas pueden ser un obstáculo. Esto ocurre cuando se establecen unas expectativas tan altas que son irreales y superan las capacidades de sus hijos. Aparecen cuando los deseos de los padres se convierten en obligaciones y en ambientes de excesiva atención y preocupación.

Cuando las expectativas de los padres hacia sus hijos son superadas existen ciertas reacciones:

Alegría, sorpresa, orgullo etc.



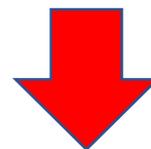
Cuando esas expectativas no son satisfechas por parte de los hijos se podemos tener reacciones como:

Decepción, frustración, enojo, comparaciones etc.



### Expectativas de los docentes, hacia sus alumnos:

Los docentes tienden a evaluar la capacidad del alumno con base en el grado de conocimiento y aceptación que tienen respecto de él. Cada nuevo año los docentes se encuentran expectantes de sus nuevos alumnos. Asimismo, podemos encontrar que los docentes tratan de manera diferente a los estudiantes más adelantados y a los de bajo rendimiento durante las clases; de esta forma, una expectativa no fundamentada se confirma sencillamente porque se espera su ocurrencia; en el aula esto significa que las opiniones del maestro sobre sus estudiantes ocasionan las conductas esperadas; por lo tanto, a pesar de mostrar cambios, las expectativas de su profesor se sostendrán.



Brophy (1985, cit. por García, 2008) señala que las expectativas son deducciones sobre la probabilidad de que un suceso ocurra. Además, indica que los profesores al interactuar sus conocimientos, creencias y experiencias con una situación escolar determinada desarrollan expectativas sobre los resultados de un alumno o un grupo.

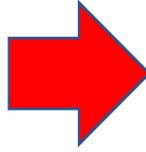
Beltrán (1995) añade que las expectativas son creencias que tienen los profesores relacionadas no sólo con el rendimiento, sino también con la conducta del alumno.

Las creencias y las deducciones, que hace el profesor sobre un alumno, necesitan pasar por un proceso para que se conviertan en expectativas. El profesor se forma impresiones sobre el alumno en un momento determinado, como puede ser un primer contacto con el alumno, o por medio de otro profesor.



## Anexo 31. Exigencias negativas

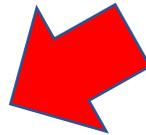
Las exigencias en su totalidad no son solamente negativas, ya que ayudan a que los niños puedan fijarse una meta y conseguir su objetivo. ¿Cuándo se vuelve una exigencia negativa?



Los padres excesivamente exigentes tienden a tener un estilo parental autoritario, que se caracterizan por tener **un tipo de comunicación básicamente unidireccional** y poco expresiva, con una jerarquía clara y que proporcionan reglas claras y rígidas, otorgando poca autonomía al menor y presentando un gran nivel de control y elevadas expectativas respecto a ellos. Sin embargo, si bien la disciplina y el esfuerzo son importantes, un exceso de exigencia puede provocar dificultades en el desarrollo psicoemocional de los niños y niñas, como las que se pueden ver a continuación.

### 7 errores frecuentes derivados de una elevada exigencia paternal:

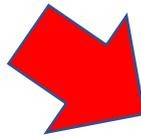
1. Sobreexigir no aumenta el rendimiento académico.
2. Intolerancia a los errores
3. Un exceso de perfeccionismo no es bueno
4. Se crean expectativas irreales
5. Exigir mucho puede provocar inseguridad y baja autoestima
6. Centrarse en cumplir puede causar falta de automotivación
7. Puede provocar problemas en las relaciones personales.



Por otra parte, existe también una sobreexigencia por parte de los docentes a los alumnos, que se forman a partir de las expectativas que se crean de estos.

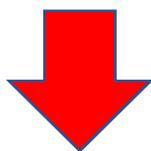
Lo anterior puede estar relacionado a la desmotivación que existe por parte de los alumnos al tratar de exigirles como se hace con los demás.

Cada niño/a tiene diferentes capacidades y ritmo de aprendizaje.

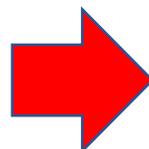


## Anexo 32. Recomendaciones para evitar exigir de forma negativa

Acompañar mejor que instruir



Valorar su esfuerzo y no sus logros



**La presión que sienten estos niños es muy elevada**, en ocasiones siendo incapaces de hacer lo que les gustaría hacer al nivel que querrían sus seres queridos. Para evitarlo se recomienda que las expectativas que se transmiten a los hijos sean realistas y ajustadas a las capacidades demostradas por el menor, evitando extremismos.

En lo que respecta a la intolerancia a los errores, esta no se produce si se enseña al niño o niña en cuestión que equivocarse no es malo ni significa fracasar, sino que son una oportunidad de mejorar y aprender. Y que aún en el caso de fracasar ello no implica que se les deje de amar.

Gran parte del problema que produce este tipo de educación es la **no valoración del esfuerzo llevado a cabo**. La solución pasa por considerar la importancia del esfuerzo realizado por los niños, independientemente de los resultados, y contribuir a que este esfuerzo llegue a buen término. Esto es especialmente importante cuando el niño hace una actividad correctamente, en que en ocasiones no se felicita al considerarse algo normal y esperable.

**La confianza en las habilidades de los niños es fundamental** de cara a motivarlos y **umentar su autoestima**. De cara a no desvalorizar las capacidades de los niños se recomienda que, si hay algo que se quiera corregir, se intente indicar de manera positiva y sin incurrir en la crítica, o en todo centrarla en la actividad o el objetivo a conseguir y no en el niño y su capacidad.

### Anexo 33. Hoja de evaluación

Indicaciones: Subraye la respuesta que más

a) – Si tuvieras que calificar el trabajo del grupo, ¿qué adjetivo utilizarías?

- intercambio fructuoso
- grupo inactivo
- charlatanería
- grupo de reflexión profunda

b) - ¿se alcanzó el fin propuesto?

- sí.....
- no.....
- ¿por qué?.....

c) la decisión o conclusión que se logró fue

- Apresurada
- Bien analizada
- Con un análisis suficiente
- De manera democrática

d)¿A quiénes se dirigían los que tomaron la palabra?

- A todo el grupo
- A algunos integrantes
- Solo al coordinador

**Anexo 34. Hojas de trabajo para padres**

PREGUNTAS		
1. ¿Qué es lo que quiere ser mi hijo/a cuando sea grande?	2. ¿Qué es lo que yo espero de mi hijo/a cuando sea grande?	3. ¿Qué es lo que espera mi hijo de mí?

## Hojas de trabajo para maestros

PREGUNTAS		
1. ¿Existen diferentes opiniones, con respecto a la perspectiva de mis alumnos?	2. ¿Qué es lo que espero de mis alumnos?	3. ¿Qué es lo que esperan mis alumnos de mí?

### Anexo 35. Tarea asignada

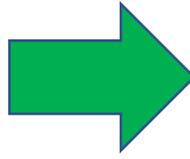
#### TAREA: AUTORREGISTRO.

Anota aquí cual, de las dos recomendaciones, mencionadas en la charla se ha puesto en práctica tanto en casa, como en el aula de clase, a lo largo de la semana.

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo

## Anexo 36. Estilos de crianza

**¿Qué son los estilos de crianza?**



El doctor John Gottman define los estilos de crianza como "la manera que tienen los progenitores de reaccionar y responder a las emociones de los niños y niñas". El estilo de crianza es un patrón de actuación que, los padres llevan a cabo, y recoge un conjunto de emociones, pensamientos, conductas y actitudes que los padres y madres desarrollan en torno a la crianza de los



**¿Por qué son importantes los estilos de crianza para las familias?**

Los estilos de crianza son muy importantes, porque la forma en que los padres interactúan con los hijos e hijas, va a ser la base de su desarrollo social y emocional, y por lo tanto de su bienestar actual y futuro. Los estilos de crianza van a hacer que el niño o niña se sienta de una determinada manera consigo mismo y con los demás, lo cual es fundamental para su desarrollo y también va a determinar las futuras interacciones sociales y relaciones afectivas.



### Los estilos de crianza y su influencia en el comportamiento de los hijos:

- **Estilo autoritario.** El nivel de exigencia y firmeza es muy elevado y en cambio la sensibilidad y el interés percibidos no siempre son positivos. Es un estilo en el que no se deja al niño o niña desarrollar su autonomía y en el que a veces se le exige demasiado.
- **Estilo permisivo.** El estilo permisivo está en el extremo contrario en cuanto a exigencia y firmeza. Los niveles de exigencia y firmeza son nulos o inexistentes. El niño/a necesita reglas para saber qué es lo que se espera de él o ella.
- **Estilo negligente.** Es un estilo en el que los progenitores no se ocupan de sus hijos. Los niveles de exigencia son bajos y también la sensibilidad.
- **Estilo democrático.** El estilo democrático, define la actitud que encuentra el término medio entre la exigencia y la sensibilidad.

## ¿Debemos castigar a los niños con TDAH? ¿Cómo deben aplicarse los castigos?

El establecimiento de unas **normas y límites** bien pautados para estos niños resulta imprescindible, tanto en el contexto educativo como familiar. Serán necesarios para marcar la organización familiar a la vez que proporcionan al niño seguridad, al saber lo que está permitido y lo que no lo está. Que el niño comprenda que ante una conducta va a producirse una determinada consecuencia es totalmente necesario, es más, es algo que el niño agradecerá en un futuro cuando deba enfrentarse al mundo por sí mismo.

El castigo negativo o coste de respuesta consiste en quitarle un estímulo agradable para él. Por ejemplo, no ir al cine el Sábado por la tarde por no haber hecho los deberes (Iremos al cine la siguiente vez que los haga, actuando de esta forma como reforzador positivo). Este tipo de castigo se ha evidenciado muy eficaz para eliminar conductas no deseadas.

Otro tipo de castigo negativo es el "tiempo fuera" es decir, sacarle del contexto en el cual están los reforzadores positivos hacia esa conducta indeseada. En estos casos será muy importante que el contexto dónde se vaya a llevar a cabo el tiempo fuera esté libre de estímulos positivos para él, es decir, no mandarle a su cuarto donde tiene el ordenador, la televisión...

### Castigo positivo:

Hablamos de castigo positivo cuando al niño se le administra un estímulo desagradable ante una determinada conducta, la cual queremos reducir o eliminar.

Este castigo ha sido el más utilizado tradicionalmente, ejemplo de ello sería la copia reiterada en el aula por una acción no deseada ("no volveré a gritar en clase").

Si bien, este tipo de castigo trae consigo una serie de efectos no deseados en el niño:

- El niño podrá respetar a la figura que ha ejercido el control de la situación, pero al no interiorizar la conducta, volverá a repetirlo una vez que esa figura no esté presente.

- El niño sabe la conducta que no debe de realizar, pero al no explicarle la conducta que sí que debe de hacer se sentirá



## ESTRATEGIAS O PAUTAS PARA FOMENTAR UN ADECUADO CASTIGO

- La consecuencia que tienen los castigos deben de ser conocidas por los niños de antemano para que sepan a qué deberán atenerse. Aunque como dijimos anteriormente las normas en el hogar deben de ser establecidas por los padres, dependiendo de la edad de nuestros hijos (a partir de los 6 años) algunas de ellas así como el tipo de consecuencia que tendrán sus actos, pueden ser consensuadas con los niños, de esta forma las adquirirán de mejor manera y las podrán hacer suyas.

- Tanto las normas como las consecuencias de su cumplimiento o no cumplimiento, deberán hacerse visibles. Sobre todo, en los niños que presentan TDAH dichas normas se les olvidan fácilmente y puede que nos las automaticen del todo al ser explicadas verbalmente. Por ello, será necesario que éstas estén visibles en el hogar (salón, habitación...) acompañándolas de dibujos si fuera necesario, para su mayor entendimiento.

- Deberán ser contingentes a la conducta realizada, es decir, inmediatamente después de que ésta se produzca. De no ser así, no entenderán la relación causa-efecto.

- Del mismo modo, las consecuencias deberán tener siempre la misma intensidad y ser directamente proporcionales a la conducta realizada. Algunas veces nuestro estado anímico puede repercutir en la intensidad del castigo, hay que tener en cuenta que esto no será entendido por el niño pudiendo crearle ansiedad al no comprender la mayor o menor intensidad del castigo.

- Los castigos deberán cumplirse siempre, independientemente de los factores externos que puedan darse, es decir, si hemos pactado con el niño que si no hace la tarea no vamos al cine, no se irá al cine, aunque con ello estemos privándonos a nosotros mismos de un rato de ocio. Debemos ser consecuentes nosotros también con nuestros actos ya que en definitiva somos el referente de nuestros hijos.

**Anexo 37.** Caso sobre un niño/a con Trastorno por déficit atencional con o sin hiperactividad.

Lucia es una niña de 12 años, la cual está cursando sexto grado. Actualmente fue diagnosticada con Trastorno por déficit atencional con o sin hiperactividad. En el aula, no se mantiene en su puesto y siempre trata de distraer a sus demás compañeros, ya que tiende a aburrirse. En cambio, en su casa, no quiere hacer las tareas y siempre trata de dejar de hacer las cosas cuando no las entiende o comprende.

Actualmente Lucia se siente desanimada para estudiar y eso provoca que no quiera ir a la escuela, tiende a contestarle a su profesor con desagrado cuando la regaña y es igual con sus padres. Se distrae con facilidad y tiende a no completar sus tareas ¿Qué es lo que se puede hacer ante esta situación?

**Anexo 38.** Autoregistro sobre las estrategias o pautas puestas en práctica.

**Indicación:** En el siguiente cuadro se expondrá sobre la práctica de las estrategias sobre como ejercer un castigo adecuado en diferentes escenarios.

DÍA / HORA	Situación	Estrategia o pauta puesta en practica	Emoción	Resultado

## Anexo 39. Comparación entre hermanos

### ¿Qué es comparar?

Comparación es la acción y efecto de comparar, es decir, de observar las diferencias y las semejanzas entre dos elementos, sean personas, objetos, lugares o cosas.



### ¿Por qué los padres realizan comparaciones entre hermanos?

Todo padre quiere lo mejor para su hijo. En esto radica, en parte, el origen de muchas comparaciones entre hermanos. Hay padres que creen que este es el camino, es decir, que el hermano destacado como mejor sea tomado como modelo a imitar por el otro. Generalmente, estas comparaciones se fundamentan en una actitud o habilidad específica. Los padres consideran que esa habilidad puede ser beneficiosa para el hijo desfavorecido de la comparación.

Estas comparaciones entre hermanos ponen también de manifiesto el modelo de hijo al que los padres aspiran. Sin tomar en cuenta las características y habilidades específicas de cada niño, seguramente valiosas y diferentes, muchos padres toman al hijo destacado en las comparaciones como modelo de hijo ideal y tratan de que el otro sea como él.

Hay ocasiones en las que estas comparaciones entre hermanos son el reflejo de la identificación del padre o la madre con uno de ellos. **Se reconocen más en uno de los hijos y por este hecho lo consideran mejor que el otro.** Se lo dicen al otro, con el agravante de que agregan: "tu hermano es tan bueno en Matemática como yo". Esto hace daño todavía más al otro niño, para quien sus padres son lo máximo.

## ¿Cómo afecta la comparación entre hermanos y compañeros de clase?

### Consecuencias de las comparaciones entre hermanos

Las consecuencias negativas afectarán generalmente al hermano que resulta desvalorizado en la comparación.

1. **Se perjudica la autoestima del niño.** Al compararlo, se le está diciendo que él no es valioso o que no tiene cualidades apreciables. El efecto será la inseguridad, el sentimiento de que es inútil y menos **querido**.
2. **Surgirán envidias y celos que motivarán fracturas en las relaciones entre ambos.** Es posible que el niño crea que sus padres van a querer más a su hermano porque es mejor que él, y esto los distanciará.
3. Cuando un hermano se siente inferior a otro porque las comparaciones lo desfavorecen, **se resiente con sus padres y se vuelve hostil y apagado.** En muchos casos tratará de buscar áreas en las que destacar para poder compensar la aparente diferencia. Sin embargo, esta búsqueda no tendrá como objetivo su propio crecimiento y mejora, sino, simplemente, superar a su hermano en algo. Esta actitud no es saludable ya que en el futuro puede llevar al niño por caminos que lo perjudiquen.



Las consecuencias mencionadas pueden provocar distintos conflictos entre los hermanos, provocando con ello cierta rivalidad.

¿Cuáles son las causas que pueden desencadenar cierta rivalidad y conflictos entre hermanos?

En niños con trastorno por déficit atencional con o sin hiperactividad las principales causas que desencadenan la rivalidad entre hermanos son las siguientes:

**ENVIDIA:** El niño con TDAH tiene envidia de las oportunidades y los éxitos en el colegio conseguidos por sus hermanos. De igual manera, los hermanos pueden tener envidia de la libertad que tiene el niño con TDAH y de la atención adicional que le prestan los padres.

**RESENTIMIENTO:** Los hermanos pueden estar resentidos porque al niño con TDAH se le trata de forma diferente y porque sus padres tienen poco tiempo para ellos. De igual manera, el niño con TDAH puede estar resentido con sus hermanos porque les permiten hacer cosas que él no puede hacer.

**BAJA AUTOESTIMA:** El niño con TDAH puede tener una baja autoestima, sobre todo en comparación con sus hermanos/as. También los hermanos pueden tener la autoestima baja si experimentan el estigma asociado a la enfermedad de su hermano.

**IRA:** Las diferencias, ya sean reales o percibidas por el niño con TDAH en comparación con sus hermanos/as, pueden provocar ataques de ira que a veces son muy perturbadores. También el comportamiento del niño con TDAH puede llevar a enfrentamientos de los hermanos.

**INTENTO DE LLAMAR LA ATENCIÓN:** Los hermanos ven la atención que se presta al niño con TDAH, por lo que pueden imitar sus comportamientos para obtener tiempo y atención de sus padres.



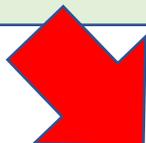
Recomendaciones para evitar situaciones difíciles y que puedan generar conflictos graves:

- Debemos *establecer reglas de disciplinas muy claras y equitativas* para todos los miembros de la familia, tratando al niño según sus capacidades.
- Los padres deben *explicarles las consecuencias* de las peleas y las agresiones.
- *No tomar partido hacia ninguno*. No se trata de buscar culpables, para pelear se necesitan dos y por lo tanto la llamada de atención será todos los implicados.
- *Evitar los castigos físicos* porque eso reforzaría la idea de que la violencia es la solución de los problemas.
- *Esperar a que la situación se tranquilice para hablar* con cada uno de los implicados al respecto y reconocer sus sentimientos.
- *Tener paciencia y hablar con calma* al solucionar el conflicto.
- *Tener en cuenta que la relación de pareja* influye directamente en el comportamiento entre hermanos.
- *Evitar comparaciones, favoritismo y la falta de atención a los hijos*; solo sirve para agrandar más la rivalidad entre hermanos y afectar su autoestima.
- *Elogiar las actitudes positivas*. Esto logrará que esas buenas conductas se repitan con más frecuencia.

## ¿Qué es la asertividad?

La asertividad **es una habilidad social** que poseen ciertos individuos de comunicar y defender sus propios derechos e ideas de manera adecuada y respetando las de los demás.

La asertividad es una aptitud que le permite a la persona comunicar su punto de vista desde el equilibrio entre un estilo agresivo y un estilo pasivo de comunicación.



En términos generales, tendemos a responder de 3 maneras ante los conflictos, que marcan 3 estilos diferentes:

**Estilo agresivo:** Defensa de los derechos personales y expresión de los pensamientos, sentimientos y opiniones de una manera inapropiada e impositiva y que transgrede los derechos de otras personas. Las víctimas acaban por sentir resentimiento y evitarlas. El objetivo de la agresión es la dominación de otras personas.

**Estilo pasivo:** Violación de los propios derechos al no ser capaz de expresar abiertamente sentimientos, pensamientos y opiniones o al expresarlos de una manera autoderrotista, con disculpas, con falta de confianza, de tal modo que los demás puedan de fácilmente no hacerle caso. Su objetivo es evitar conflictos a toda costa.

**Estilo asertivo:** Expresión directa de los propios sentimientos, deseos, derechos legítimos y opiniones sin amenazar o castigar a los demás y sin violar los derechos de esas personas. La conducta asertiva no tiene siempre como resultado la ausencia de conflicto; pero su objetivo es la potenciación de las consecuencias favorables y la minimización de las desfavorables.



Consejos o estrategias para enseñar a los niños/as a poder reaccionar de forma asertiva hacia ciertas situaciones o conflictos.

## Consejos para fomentar su desarrollo



**La Escucha** > Enséñales a escuchar a los demás

**La Empatía** > Enséñales a ponerse en lugar del otro

**El Respeto** > Enséñale a respetarse y respetar a los demás

**La Autoestima** > Enséñale a quererse a si mismo a valorarse

**La Comunicación** > Enséñale a comunicarse y respetar el turno

**La Emoción** > Enséñales a reconocer sus propias emociones

### Anexo 40. Autoregistro sobre recomendaciones sobre la rivalidad entre hermanos y la asertividad.

**Indicación:** En el siguiente cuadro se expondrá sobre la práctica de las recomendaciones para evitar la rivalidad entre hermanos o compañeros de clase y la enseñanza de la asertividad.

DÍA / HORA	Situación	Recomendaciones en práctica sobre la rivalidad entre hermanos o compañeros de clase	Estrategia puesta en práctica sobre la enseñanza de la asertividad	Resultado


## Anexo 41. Cómo fue la coordinación: Cuestionario

**Indicaciones:** Responda de la manera más honesta las siguientes interrogantes.

a) ¿Orientó al grupo para que recorriese las distintas etapas de la reunión?

Presentación del tema SI..... NO.....

Análisis SI..... NO.....

Conclusiones SI..... NO.....

b) ¿Ayudó a dejar claras las ideas a través de:

-Síntesis parciales

- Síntesis más generales

- Resúmenes finales?

c) ¿Supo encauzar las situaciones emotivas del grupo (desánimo, optimismo, ingenuidad, euforia, etc.)?

SI..... NO.....

d) ¿Mostró claramente una actitud de aceptación y comprensión?

---

---

e) ¿Su actitud fue:

-autoritaria

-débil

-firme

-democrática

f) En lo que se refiere al clima de relación entre los integrantes:

- ¿procuró establecerlo y fomentó la confianza?

---

---

- ¿Favoreció un ambiente de libertad y fraternidad?

---

---

g) ¿Estimuló al grupo a participar? ¿Se llegó a sacar conclusiones o tomar decisiones?

---

---

h) ¿Supo manejar los silencios? ¿Cómo?

---

---

i) Las preguntas dirigidas a él, ¿las devolvió al grupo?, ¿las devolvió a la persona que las hacía? ¿Cayó en la trampa y las respondió él mismo?

---

---

---

j) Las preguntas hechas por él, ¿abrieron nuevos caminos?, ¿dispersaron al grupo?, ¿lo centraron?

---

---

## Anexo 42. Cuestionario sobre la evaluación de la adquisición de conocimientos sobre el trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad.

### CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN

**Indicación:** En este momento nos gustaría que empleara unos minutos para contestar las siguientes preguntas en relación al déficit de atención, con el fin de evaluar sus conocimientos acerca del mismo y poder abordar los diferentes vacíos o dudas referidos al TDA. Dicho cuestionario es totalmente anónimo.

Seleccione una única opción del 1 al 5:

1-Nada.	2-Poco.	3-Normal.	4-Bastante.	5-Mucho
---------	---------	-----------	-------------	---------

¿Considero importante trabajar la autoestima y habilidades sociales en niños con TDAH?<sup>12</sup>

1       2       3       4       5

¿Por qué?

---



---



---

Identifico los síntomas del T.D.A.

1       2       3       4       5

¿Cuáles conozco? ¿Cuáles he reconocido en mi hijo o alumno?

---



---



---

Reconozco las causas del T.D.A.

1       2       3       4       5

¿Cuáles conozco?

---

<sup>12</sup> Trastorno por déficit atencional con o sin hiperactividad

---



---



---

Conozco las posibles secuelas que el T.D.A podría generar en la adultez al no abordarse a edad temprana.

1  2  3  4  5

¿Cuáles conozco?

---



---



---

Identifico las distintas conductas y dificultades de los niños con T.D.A.H.

1  2  3  4  5

¿Cuáles e identificado en mi hijo o alumno?

---



---



---

He aplicado estrategias para el desarrollo de la autonomía en mi hijo o alumno para prevenir las conductas propias del T.D.A.

1  2  3  4  5

¿Cómo cuáles?

---



---



---

¿Aplico los pasos para lograr una inteligencia emocional con los hijos y alumnos con TDAH?

1  2  3  4  5

SI, no ¿Por qué?

---



---



---

¿He aplicado las estrategias para fomentar un adecuado castigo tanto en el hogar como en el aula?

1  2  3  4  5

¿Cuáles he aplicado?

---

---

---

¿He practicado las estrategias para enseñar a los niños/as a ser asertivos?

1  2  3  4  5

¿Mencione al menos dos, que ha puesto practica?

---

---

---

