



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Filosofía y Letras  
Colegio de Pedagogía

" MODELOS Y ESTRATEGIAS TERAPEUTICAS PARA NIÑOS CON TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCION CON HIPERACTIVIDAD "



## TESINA

Que para obtener el título de :  
LICENCIADO EN PEDAGOGIA

Presenta

Ana Regina Herrero Mier

Director de Tesis

Psic: Maricruz Samaniego Araujo

0627562

FACULTAD DE FILOSOFIA Y LETRAS



COLEGIO DE PEDAGOGIA



México, D.F.

Agosto del 2001



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer muy particularmente a mi asesora Psic. Maricruz Samaniego Araujo por su valiosísima ayuda en la elaboración de esta tesina así como su dedicación y apoyo incondicional, así como todas sus enseñanzas y paciencia.

A mis sinodales: Lic. Hilda Matilde Canudas Gonzales, Lic. Esther Hirsh Pier, Lic. Rosa Ma. Camarena Castellanos y Lic. Ma. Concepción Martínez por sus valiosas enseñanzas a lo largo de la carrera, así como su comprensión y apoyo.

A mi papá y mi mamá por su amor, sus enseñanzas, por todo lo que me han brindado a lo largo de toda mi vida, por hacer que cada día sea mejor y por ser los mejores padres del mundo.

A mi hermana Renata por ser la mejor hermana del mundo, por su amor, su cariño, por estar siempre conmigo cuando la necesito.

A mis abuelitas María y Yoya por su cariño y su amor.

A Miguel Angel por su amor, su ternura y por hacerme muy feliz.

A mis mejores amigas de siempre con las que he pasado momentos inolvidables: Quetita y Ana Lilia.

A mis amigas de la carrera con las que pasé momentos muy felices: Ana Lilia, Vanessa, Sandra, Janet. Así como mi linda amiga de la preparatoria: Lina

# **INDICE**

## **INTRODUCCIÓN**

### **I. TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (ADHD)**

1. CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES DE LOS SUJETOS CON ADHD
2. CAUSAS DEL ADHD
  - 2.1 EL PAPEL DE LOS NEUROTRANSMISORES COMO POSIBLE CAUSA DEL ADHD
  - 2.2 EL PAPEL DE LOS LÓBULOS FRONTALES COMO POSIBLE CAUSA DEL ADHD
  - 2.3 OTROS FACTORES FISIOLÓGICOS Y NEUROLÓGICOS CONSIDERADOS COMO CAUSA DEL ADHD
  - 2.4 FACTORES DE RIESGO QUE PUEDEN OCASIONAR O PROPICIAR ADHD
  - 2.5 FACTORES GENÉTICOS, PRENATALES, PERINATALES Y POSTNATALES QUE INFLUYEN EN LA PREVALENCIA Y SEVERIDAD DEL ADHD

### **II. EL DIAGNÓSTICO EN LOS NIÑOS CON ADHD**

1. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL
2. DIAGNÓSTICO MULTIDISCIPLINARIO
3. EL PAPEL DEL MÉDICO, EL PSICÓLOGO, EL PSICOPEDAGOGO, LA ESCUELA, LOS PADRES Y EL NIÑO EN LA VALORACIÓN
4. EL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DESPUÉS DE LA VALORACIÓN

### **III. DIVERSOS ENFOQUES TERAPÉUTICOS PARA NIÑOS CON ADHD**

1. ENFOQUE MÉDICO

2. ENFOQUE EDUCATIVO

3. ENFOQUE PSICOPEDAGÓGICO

*3.1 MODELO CONDUCTISTA*

*3.2 MODELO COGNITIVO-CONDUCTUAL*

### **IV. PROPUESTA DE ENTRENAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA NIÑOS CON EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD**

*1. ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA  
NIÑOS ESCOLARES CON ADHD*

*2. ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA  
LOS PADRES CON NIÑOS ESCOLARES CON ADHD*

**CONCLUSIONES**

**APÉNDICE**

**BIBLIOGRAFÍA**

## **INTRODUCCIÓN**

La educación, así como los problemas que ésta suscita son el objeto principal de estudio del pedagogo. Una rama muy importante de la educación es la denominada Educación Especial la cual se enfoca en los problemas de aprendizaje, y es en ella donde el psicopedagogo desempeña un papel fundamental para el diagnóstico y tratamiento eficaz con los niños que la presentan buscando que ellos desarrollen al máximo sus potencialidades, que logren un desempeño óptimo en la escuela y/o el integrarlos a la educación regular lo más rápido posible. Todo esto mediante un enfoque integral y multidisciplinario.

Smith (1991), Mercer (1992), Lerner (1993), Bos y Vaughn (1994), Reid, Hresko y Swanson (1996), y muchos otros investigadores, educadores y estudiosos de los problemas de aprendizaje afirman que en Estados Unidos, ésta es el área de la educación especial con mayor crecimiento, siendo también la más controvertida y la que presenta mayor confusión. Hresko, Parmar y Bridges (1996) afirman además, que es la única categoría entre las excepciones que se define como un fenómeno educativo, fundamentado exclusivamente en el contexto del aprendizaje escolar. Para tener problemas de aprendizaje el sujeto debe mostrar un desfase en la adquisición y/o uso del lenguaje oral, de la lectura, de la escritura y/o de las matemáticas.

Dada la complejidad que presenta este campo profesional, hay una gran cantidad de personas, tanto profesionistas como padres, que continúan investigando con gran ahínco para ampliar sus conocimientos en esta área buscan respuestas a innumerables preguntas y problemas aún no resueltos. Continúan también

desarrollando métodos de intervención y estrategias que ayuden a los niños con problemas de aprendizaje y a otros que presenten fracaso escolar, a superar sus dificultades.

Kirk, Gallagher y Anastasiow (1993) afirman que seguramente ningún otro campo dentro de la educación especial ha generado tantas investigaciones multidisciplinarias, estimulado tantos debates e intrigado a tantos investigadores como el de los problemas de aprendizaje.

Se han generado múltiples dudas y controversias al enfrentarse a una problemática que no se distingue a simple vista, en la que los individuos que la sufren se comportan como personas inteligentes, y sin embargo fracasan en ciertas áreas académicas, presentando un verdadero “rompecabezas”, tanto para maestros y autoridades escolares, como para padres.

En México el campo de los problemas de aprendizaje es controvertido y confuso como lo es en otros países, y se ha manifestando un crecimiento constante. El etiquetar a los niños como “con problemas de aprendizaje”, y últimamente el adjudicarles las etiquetas de “déficit de atención” y/o de “hiperactividad”, son prácticas enormemente utilizadas por maestros que encuentran en sus salones de clase a niños cuyo comportamiento y/o desempeño académico no concuerdan con sus expectativas, ni con los comportamiento y/o desempeños de sus compañeros. Con la etiqueta los profesores resuelven el problema al señalar que son factores intrínsecos al niño, los que afectan el bajo desempeño escolar, y así quedan exonerados de toda culpa.

Mi propósito al realizar este trabajo es el de abordar un tema que en los últimos años ha cobrado gran interés y ha sido objeto de innumerables investigaciones, este

es el del “Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad” (ADHD) como se conoce por sus siglas en inglés (Attention Deficit Hiperactivity Disorder) y el “Trastorno por Déficit de Atención” (ADD:Attention Deficit Disorder); con la intención de brindar información útil acerca de las características principales de este trastorno, sus causas y los diversos tratamientos que se conocen actualmente.

En el capítulo 1 hablo acerca de las características principales de los sujetos con ADHD, así como algunas de las principales causas que pueden provocar este padecimiento.

En el capítulo 2 describo diversos factores a tomar en cuenta en el diagnóstico con estos niños, así como el papel de cada uno de los profesionistas encargados del mismo y que posteriormente darán un tratamiento a esta patología. Destaco la importancia del trabajo mediante un equipo multidisciplinario e integral en donde se mantiene una comunicación abierta entre todos los miembros del equipo y en donde el principal beneficiado es el niño.

En el capítulo 3 presento los enfoques terapéuticos más conocidos que existen para el tratamiento de niños con ADHD. Describo características y funciones comunes a cada modelo describiendo el enfoque médico, en el cual entra el trabajo de los especialistas en salud como son los neurólogos y los psiquiatras principalmente, los cuales se encargan de buscar las causas orgánicas, hereditarias, o cualquier otra causa que presente el niño en su estado de salud, recetan medicamentos, hacen estudios de laboratorio, diagnostican y llevan un tratamiento; el enfoque educativo se encarga de hacer las modificaciones y adaptaciones necesarias para facilitar y encauzar al niño a su adaptación a la escuela, en este modelo entran las modificaciones físicas y curriculares, el manejo de grupos, así como el trabajo de los maestros, los pedagogos, los psicopedagogos y los psicólogos; en el enfoque psicológico tomo en cuenta el modelo conductista y el modelo cognitivo-conductual.

En el modelo conductista entran las intervenciones de modificación del comportamiento a través del condicionamiento clásico y operante, el refuerzo y el castigo, las cuales buscan la modificación del comportamiento del niño desde afuera. Por último en el modelo cognitivo-conductual cuya función principal es el proveer al niño de habilidades cognitivas como son: la solución de problemas, la autorregulación, el auto-monitoreo y el auto-control. En la enseñanza de estas estrategias, la terapia cognitiva-conductual se apoya en el uso de refuerzos, castigos y demás modificaciones de comportamiento propios del modelo conductista, de ahí se deriva el nombre de modelo cognitivo-conductual, pues combina las estrategias cognitivas con las conductistas para un resultado óptimo en el tratamiento con los niños con ADHD.

En el capítulo 4 describo un entrenamiento en habilidades cognitivo-conductual para niños escolares con ADHD y por último, en el capítulo 5 describo un entrenamiento en habilidades cognitivo-conductual para los padres y la familia de niños escolares con ADHD.

Esperando que este trabajo sea de utilidad para todo profesionalista, padre o interesado en ayudar a estos niños y proporcionarle algunas herramientas útiles para su rehabilitación y su adaptación a su medio ambiente.

# **I. TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD**

## **1. CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES DE LOS SUJETOS CON ADHD**

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (ADHD) como se le conoce por sus siglas en inglés (Attention Deficit Hiperactivity Disorder) es identificado como un trastorno neurobiológico.

A lo largo de los años este trastorno es el que más modificaciones ha sufrido en su nombre, lo que ha propiciado confusiones entre los padres, los profesionales y el público en general.

Hacia mediados del siglo XX el bajo nivel académico de algunos sujetos se convirtió en el objeto de estudio de muchos educadores, así como de los profesionistas de la salud. Se realizaron estudios y se encontró un grupo de estudiantes con bajo nivel académico y con una inteligencia menor a la normal que presentaban dificultades principalmente en la lectura, períodos cortos de atención, distractibilidad, impulsividad, actividad motora excesiva y pobre habilidad muscular (Hresko y Swanson, 1996). Estos sujetos no presentaban disfunción cerebral o signos evidentes de ella, pero sí se encontraron ciertas evidencias de inmadurez en el sistema nervioso central por medio de exámenes neurológicos estandarizados. Como resultado de esto surgieron numerosos términos para definir este trastorno.

Entre los 40s y 50s el término de "Síndrome de Daño Cerebral Mínimo" se convirtió en el más usado para denominar a los niños que presentaban comportamientos que incluían: hiperactividad, impulsividad, poca atención, cambios de humor, explosiones emocionales y un inapropiado comportamiento social. Sin embargo hubo mucha controversia y desacuerdo con esta definición, pues muchos científicos acordaban que no todos los niños hiperactivos con problemas de \*

aprendizaje presentaban daño cerebral (Dale R. Jordan, 1988).

En 1957 se introdujo el término de “Desorden Impulsivo Hiperquinético” para nombrar a los niños que no podían estarse quietos, es decir que estaban en constante movimiento, no se cansaban y actuaban impulsivamente sin pensar en las consecuencias de sus actos. Los científicos especulaban que esto era causado por déficits en el sistema límbico.

Fue hasta 1960 que se definió la hiperactividad al decir que “Los niños hiperactivos son los que llevan sus actividades a un nivel mucho mayor que lo normal y que están en constante movimiento” (Dale R. Jordan, 1998).

En 1962 se propuso utilizar el término de “Daño Cerebral Mínimo” este nuevo modelo diagnóstico incluía comportamientos del niño en el hogar, la escuela, comportamiento social, historia de salud y temperamento emocional. Venía con una guía para diseñar clases especiales para educar a niños con comportamientos inadaptados, inhabilidad para prestar atención, cambios emocionales, hiperactividad e inapropiado comportamiento social. (Dale R. Jordan, 1998).

En 1980 la tercera edición del DSM-III (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 1994) lo definió como “Déficit de Atención” y se dividió en:

- Déficit de Atención sin Hiperactividad (ADD-H)
- Déficit de Atención con Hiperactividad (ADD+H)

Este último a su vez se subdividió en 3 categorías de síntomas:

- Inatención

- Impulsividad
- Hiperactividad

En 1983 se hizo un estudio para ver las relaciones entre el déficit de atención con hiperactividad y el déficit de atención sin hiperactividad, así como sus relaciones con los problemas de aprendizaje y problemas para la lectura. Así se descubrió que existen importantes diferencias entre los niños hiperactivos y difíciles (ADD+H) y los niños tranquilos, pasivos, distraídos y con problemas para aprender (ADD-H) (Dale R. Jordan, 1998).

En 1994 en el DSM-IV el ADD+H (Trastorno por déficit de atención más hiperactividad) cambió a ADHD (Trastorno por déficit de atención con hiperactividad) y el ADD-H (Trastorno por déficit de atención sin hiperactividad) cambió a ADD (Trastorno por déficit de atención) Estas dos siglas son las que usaré a lo largo de todo el trabajo pues son las oficiales hasta la fecha. (DSM-IV,1995)

A su vez el ADHD se subdividió en 3 categorías:

- a) Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, con predominio de déficit de atención.
- b) Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, predominio hiperactivo-impulsivo.
- c) Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, combinado.

Para recibir cualquiera de estas 3 formas de diagnóstico, el sujeto debe presentar los siguientes síntomas de desatención o hiperactividad/ impulsividad:

En los dos primeros tipos de trastorno se diagnosticará con déficit a todo niño que presente, seis o más de los síntomas enlistados en la categoría de desatención o

en la de hiperactividad/ impulsividad siempre y cuando dichos síntomas se presenten en un período mínimo de seis meses y con una intensidad que es desadaptativa e incoherente con relación al nivel de desarrollo en que se encuentre.

En el tercer tipo de trastorno, se ubicará a los sujetos que presenten seis o más síntomas en las dos categorías anteriores.

Los síntomas de la categoría de desatención son:

- a) A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.
- b) A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas.
- c) A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente.
- d) A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos u obligaciones en el centro de trabajo ( no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones).
- e) A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades.
- f) A menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos).
- g) A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (p. ej. juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas).
- h) A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.
- i) A menudo es descuidado en las actividades diarias (DSM-IV, 1995).

Los síntomas de la categoría de hiperactividad/impulsividad son:

- a) A menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento.
- b) A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado.
- c) A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud).
- d) A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.
- e) A menudo está en marcha o suele actuar como si tuviera un motor.
- f) A menudo habla en exceso.
- g) A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.
- h) A menudo tiene dificultades para guardar su turno.
- i) A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p. ej. se entromete en conversaciones o juegos) (DSM-IV, 1995).

Este trastorno generalmente se presenta antes de los 7 años de edad y es más frecuente en los niños que en las niñas con una prevalencia niño a niña de 4:1 y de 9:1. (Dale R. Jordan, 1996) Es muy importante el observar al niño en diferentes contextos, por lo que el terapeuta debe tener una amplia comunicación entre padres, maestros, compañeros y amigos del niño para poder hacer un diagnóstico asertado. Puede darse el hecho de que cada persona dé una versión diferente debido a una percepción propia del problema, por lo que se debe conjuntar y analizar toda la información recabada de las diferentes fuentes.

Por ejemplo, puede ser un niño que no se esté quieto ni un momento en la escuela pero que es capaz de estarse sin moverse durante todo lo que dura su

programa de televisión favorito, sin embargo el padre dará una versión diferente a la de la madre de cómo percibe el problema porque generalmente está menos tiempo con el niño.

Esta información y el observar al niño en diferentes contextos es fundamental. Para que se diagnostique este trastorno debe presentar las conductas de inatención, impulsividad e hiperactividad en dos o más contextos. El grado en que se manifiesten estas conductas varía considerablemente de un niño a otro, del contexto en el que se desenvuelva, del lugar, el día, la hora y, sobre todo, del estado de ánimo en el que se encuentre en ese momento el niño.

La forma en que se diferencia una conducta considerada como normal de otra considerada como perturbadora es por su grado de frecuencia, intensidad y persistencia, y si estas conductas interfieren de manera notable en el medio en el que se desenvuelve el niño (Hresko y Swanson, 1996).

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad se clasificará, según el DSM-IV en: leve, moderado y severo. Se estima que el 70% de los sujetos con ADHD que va de leve a moderado supera y se cura de estos síntomas en la adultez temprana sin embargo, algunos sujetos con ADHD severo lo padecen toda su vida (Rapoport, 1996).

Dale R. Jordan (1996) nos describe las características principales de los sujetos con ADHD las cuales se enlistan a continuación:

- no prestan atención suficiente a los detalles, cometiendo varios errores;
- presentan un trabajo sucio, descuidado y realizado sin reflexión;
- presentan dificultad para mantener la atención en actividades laborales o lúdicas resultándoles difícil persistir en una tarea hasta finalizarla,;
- a menudo presentan una mente ausente, no escuchan lo que se les dice, cambian de una actividad no finalizada a otra, sin terminar ninguna;
- a menudo no siguen instrucciones ni órdenes, presentan dificultad para organizarse, las tareas que exigen un esfuerzo mental sostenido son experimentadas como desagradables;
- tienen menos motivación en las actividades que requieren de esfuerzo, concentración y persistencia;
- les cuesta mucho trabajo concentrarse en actividades que lleven a metas a largo y mediano plazo pues requieren de estímulos inmediatos;
- presentan poca tolerancia a la frustración y problemas de autorregulación y autocontrol;
- se distraen con facilidad ante estímulos irrelevantes que a otros niños no les distraerían;
- presentan hiperactividad que es un exceso de correr, saltar, retorcerse en el asiento, hablar excesivamente en situaciones que es inadecuado hacerlo;
- presentan impulsividad que se caracteriza por presentar impaciencia para aplazar respuestas, dar respuestas precipitadas y actuar sin pensar en las consecuencias;
- tienen grandes dificultades en tareas que requieren de discriminación y en las de actuar o esperar.

A su vez Dale R. Jordan nos describe ahora las características principales de los sujetos con ADD:

- no hacen ruidos, son callados;
  - poseen un carácter pasivo/agresivo;
  - tardan mucho en procesar la información;
  - se olvidan de las cosas muy fácilmente;
  - su cerebro no cuenta con esquemas de tiempo ni secuencia, no piensan en términos de principio y final;
  - van de una actividad a otra, la secuencia de las cosas pasa desapercibida;
  - se distraen muy fácilmente, adquieren los conocimientos por partes y con una mala secuencia en la adquisición de conceptos;
  - producen imágenes parciales e información incompleta;
  - los patrones de pensamiento y memoria están muy débilmente enfocados;
  - retienen menos del 30% de la información oral, a menos que sea repetida varias veces;
  - no mantienen contacto visual y enseguida empiezan a divagar si no se les supervisa;
  - no distinguen lo necesario de lo irrelevante;
  - la mayor parte del tiempo la pasan en un mundo de fantasía e imaginación, desconectados del mundo real;
  - pueden presentar pensamientos imaginarios oscuros y depresión;
  - se alejan de las personas y no expresan lo que sienten;
- puede haber riesgo de suicidio sobre todo en los niños y adolescentes con un déficit de atención severo;

Este trastorno es mucho más difícil de detectar que el ADHD pues los signos que presenta el ADD no se observan tan fácilmente y como este tipo de niños suele

no presentar problemas en la clase como los hiperactivos puede incluso que nunca se le detecte, viviendo con estos sentimientos de incomprensión e inadecuación a lo largo de toda su vida.

## **2. CAUSAS DEL ADHD**

Comparado con los demás órganos del cuerpo humano, y a pesar de todos los avances y toda la tecnología médica, el cerebro es un órgano que permanece casi inexplorado, debido a la dificultad que presenta su estudio. Al niño no se le puede abrir la cabeza para ver qué es lo que no está funcionando bien, ni se pueden observar y manipular los pensamientos. Debido a la increíble complejidad del funcionamiento cerebral y a que no se puede estudiar directamente se han hecho muchos estudios a través de los nuevos avances tecnológicos para estudiar el cerebro, entre estos procedimientos se encuentran los estudios neurológicos como el mapeo de la actividad cerebral (BEAM), el cual ha sido de gran utilidad para el diagnóstico y el tratamiento del ADHD; estudios de los metabolitos en la orina que sirve como una medida indirecta para estudiar el funcionamiento de los neurotransmisores y sus efectos en el ADHD (Shekim, Dekirmenjian y Chapel, 1979). Sin embargo muchos aspectos acerca del aprendizaje, el pensamiento y la memoria, permanecen en el misterio hasta nuestros días.

### **2.1 EL PAPEL DE LOS NEUROTRANSMISORES COMO POSIBLE CAUSA DEL ADHD**

Dentro del cerebro humano, la información es transmitida por los axones y las dendritas, mediante descargas eléctricas, las cuales son originadas por ciertas sustancias llamadas neurotransmisores y son producidas por el cerebro.

Ahora bien, el cerebro utiliza diversos neurotransmisores y cada uno de ellos está diseñado para cumplir alguna función específica en la transmisión y recepción de la información.

Los neurotransmisores más conocidos son: dopamina, serotonina, acetilcolina y norepinefrina, los cuales desempeñan papeles cruciales en el control de las emociones.

El ADHD ha sido asociado con un mal funcionamiento o con bajos niveles de dopamina, la cual es el neurotransmisor encargado de regular los períodos de atención en el cerebro.

## **2.2 EL PAPEL DE LOS LÓBULOS FRONTALES COMO POSIBLE CAUSA DEL ADHD**

Los lóbulos frontales desempeñan funciones cruciales en el ajuste de la atención, el pensamiento y el comportamiento en respuesta a los cambios en el ambiente. Entre sus funciones principales se encuentran:

- La atención al ambiente y a las actividades a realizar;
- La auto-motivación y la auto-dirección;
- La formulación y planeación de metas;
- La elaboración de respuestas de comportamiento e inhibición;
- La anticipación de los sucesos;
- La programación de comportamientos adaptativos complejos y de auto-corrección y, por último;
- La integración de lo sensorial y lo afectivo con el comportamiento (Kozioł F. Leonard, 1993).

Las lesiones en los lóbulos frontales ocasionan comportamientos persistentes así como déficits en el juicio, el discernimiento y el monitoreo.

Estas lesiones se han asociado también con incapacidad para la aplicación de principios relevantes y para utilizar la retroalimentación eficientemente.

Las lesiones en los lóbulos frontales se han asociado con el ADHD haciendo que el niño se vuelva impulsivo, desinhibido y hasta agresivo, debido a que le es muy difícil retardar las gratificaciones, no pudiendo llegar a metas a mediano y largo plazo.

Se vuelve a su vez también distraído debido a que es incapaz de inhibir sus respuestas a los distractores que le llegan del medio por lo que le es casi imposible la concentración por períodos más o menos cortos (Koziol F. Leonard, 1993).

## **2.3 OTROS FACTORES FISIOLÓGICOS Y NEUROLÓGICOS CONSIDERADOS COMO CAUSA DEL ADHD**

Dentro de estos se encuentran: bajos niveles en el flujo de sangre que llega al cerebro; bajos niveles de glucosa en el cerebro; y una mala conexión entre el hemisferio derecho, el izquierdo y el cerebro medio (sistema límbico). Todos estos factores pueden deberse a factores genéticos, así como a factores de riesgo antes, durante y después del embarazo de la madre, así como a enfermedades infecciosas o a envenenamiento por sustancias tóxicas.

## **2.4 FACTORES DE RIESGO QUE PUEDEN OCASIONAR O PROPICIAR ADHD**

Hresko y Swanson (1996) proporcionan parámetros importantes de los cuales partir para corroborar un diagnóstico de ADHD. El hecho de que el niño presente varios o pocos de estos factores de riesgo no significa que tenga ADHD/ADD

sino que son aspectos importantes como indicadores para ir elaborando un diagnóstico asertado y son:

- Premadurez extrema ( menos de 1,500 gramos al nacer).
- Abuso de sustancias por parte de la madre durante el embarazo (especialmente los 3 primeros meses).
- Letargo seguido por sobreactividad en los primeros 6 a 9 meses de edad.
- Dificultad para conciliar el sueño.
- Exceso de movimiento mientras duerme.
- Quedarse dormido en viajes cortos o cuando debe permanecer sentado por un rato.
- Nivel muy alto de energía.
- Distracción continua a cualquier estímulo.
- No tiene miedo a nada (p.ej.trepa árboles muy altos o se trepa a los techos).
- Habla en exceso.
- Preferencia por jugar siempre en la calle.
- Períodos cortos de atención debido a que se aburre muy fácilmente.
- Parientes de primer grado con ADHD

Otros aspectos significativos que deben tomarse en cuenta para el diagnóstico de ADHD son:

- Que el niño presente bajo rendimiento escolar.
- Que el niño viva en un hogar donde hay abuso de sustancias tóxicas (alcohol, drogas, etc.)
- Factores socioeconómicos y de vida de riesgo (crímenes, enfermedades crónicas, pobreza, mudanzas continuas, etc).
- Padres excesivamente críticos o al contrario, excesivamente indulgentes.
- Que el niño haya sido diagnosticado o no con problemas de lenguaje, cognitivos, de aprendizaje o emocionales.
- Nivel bajo de los maestros ( muy poca estructura en la clase, o al contrario, demasiada rigidez

## **2.5 FACTORES GENÉTICOS, PRENATALES, PERINATALES Y POSTNATALES QUE INFLUYEN EN LA PREVALENCIA Y SEVERIDAD DEL ADHD**

Estos son:

A. Factores genéticos: puede existir una transmisión genética de este trastorno. se le asocia con un desorden cromosómico asociado a retraso, problemas de procesamiento auditivo y déficits de atención.

B. Período prenatal: los factores de riesgo son: el embarazo en adolescentes o en mujeres mayores, nutrición deficiente de la madre, desventajas socioeconómicas que influyen en un cuidado deficiente durante el embarazo, alcohol o medicamentos, drogas, tabaco (sobre todo en los 3 primeros meses del embarazo), así como enfermedades infecciosas de la madre en el embarazo.

C. Período perinatal: este período va desde el trabajo de parto hasta 30 días después del nacimiento del bebé. Los factores de riesgo son los bebés prematuros

debido a que pueden tener complicaciones en el fluido de la sangre y la glucosa al cerebro, así como de infecciones intracraneanas, falta de nutrimentos como vitaminas y aminoácidos y complicaciones médicas como hipoxia.

D. Período postnatal: los factores de riesgo son la meningitis, los traumatismos craneoencefálicos, maltrato físico y emocional, abuso sexual, desnutrición, ingestión de sustancias tóxicas, epilepsia, medicamentos y envenenamiento por plomo (Hresko y Swanson, 1996).

## **II. EL DIAGNÓSTICO EN LOS NIÑOS CON ADHD**

Las características del ADHD no son siempre difíciles de detectar en el hogar o en la escuela, sin embargo no todos los niños que son hiperactivos, impulsivos o distraídos tienen un trastorno de bajo nivel de atención o de hiperactividad. Estos mismos síntomas pueden ser resultado de otros factores tales como la frustración ante las tareas escolares difíciles, la falta de motivación, las preocupaciones emocionales o enfermedades. Por ejemplo, ¿cómo esperamos que un niño trabaje bien en la escuela cuando en su casa son constantes las peleas o los golpes, o cuando un ser querido está muy enfermo? El conocer a fondo la vida del niño, de su entorno y de su familia es fundamental para un diagnóstico asertado.

No existe ninguna prueba que por sí sola pueda diagnosticar el ADHD/ADD de una forma completamente válida, en cambio sí existen numerosos procedimientos de valoración que juntos, y vistos de una manera integral, pueden proporcionar información de gran valor para la elaboración de un diagnóstico correcto ( Hresko y Swanson, 1996).

## **1. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

Antes de emitir cualquier diagnóstico se deben conocer todas las características de los trastornos de aprendizaje y emocionales para poder descartar y saber exactamente qué tipo de trastorno presenta el niño ( si es que presenta alguno). A tal efecto el diagnóstico diferencial es fundamental para conocer la verdadera patología del niño.

Varias características del déficit de atención con hiperactividad, particularmente inatención, impulsividad e hiperactividad también se encuentran presentes en niños con otras patologías; asimismo el ADHD puede presentarse con otros problemas como son: problemas de aprendizaje, emocionales, de lenguaje, de habla, de retraso mental, etc. (Rapoport, 1996; Hresko y Swanson, 1996; Dale R. Jordan, 1998).

Dale R. Jordan (1998) menciona que en diversos estudios se ha observado que una gran cantidad de niños diagnosticados con ADHD también presentan otros trastornos psiquiátricos. Afirma que del 30% al 50% de los niños con ADHD presentan también un trastorno de conducta; 35% presentan un trastorno oposicionista; 20% presentan depresión (sobre todo en el ADD); 25% presentan ansiedad; 22% en muestras de comunidad y 40% en estudios de clínicas presentan problemas en la lectura.

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad puede ser la causa de otros trastornos que se den más tarde como son: el abuso de sustancias tóxicas, el trastorno antisocial de la personalidad o los trastornos del estado de ánimo.

Debido a que en el DSM-IV el ADHD se clasifica en los trastornos de conducta perturbadores, debe diferenciarse de otros trastornos que puedan parecerse en algunos aspectos al ADHD, pero que no lo son, por lo que es importante conocer a fondo cada uno de ellos para hacer un diagnóstico correcto.

El ADHD debe de diferenciarse de los siguientes trastornos:

- Trastorno oposicionista o negativismo desafiante;
- Trastorno de conducta;
- Trastorno de conducta complejo;
- Trastorno antisocial de la personalidad;
- Trastorno del estado de ánimo;
- Retardo mental;
- Autismo;
- Problemas motores;
- Problemas de aprendizaje, de lenguaje y/o emocionales; y
- Trastorno de ansiedad.

Es importante que el profesional cuente con toda la información necesaria para el diagnóstico, por ejemplo, el terapeuta debe asistir a la escuela del niño para platicar con los maestros, los cuales pueden proporcionar información muy importante debido a que conviven diariamente con el niño y observan sus comportamientos en comparación con los demás niños de su misma edad y grado escolar. El terapeuta al observar directamente al niño en diferentes escenarios puede darse cuenta de una gran variedad de cosas como son que el maestro sea muy desorganizado en sus actividades o que el material que se da al niño no sea significativo para él, lo que ocasiona que se aburra, se distraiga y empiece a buscar atención por medios incorrectos como es el molestar a sus

compañeros, pararse de su asiento, dar vueltas por todo el salón o sumirse en un mundo de fantasía en el que el niño se vea absorto, lo que le ganaría la “etiqueta” de déficit de atención o de niño hiperactivo.

Es importantísimo que el terapeuta establezca una comunicación abierta entre los padres, el niño y todos los que tienen contacto con éste, por ejemplo, puede lograrse una buena estructura y organización por parte del maestro en el salón de clases, pero si al llegar el niño a su casa, ésta es un caos, donde no hay estructura ni límites, es muy difícil que el niño logre una conducta consistente y coherente que lo beneficie.

Para realizar un diagnóstico diferencial asertado se deben de tomar en cuenta las edades por las que están pasando los niños. Hresko y Swanson (1999) mencionan que se debe tener mucho cuidado en el diagnóstico de los niños preescolares o pequeños pues normalmente son muy activos, impulsivos y tienen períodos cortos de atención. Estos comportamientos pueden parecerse al ADHD, pero son simplemente parte del desarrollo normal del niño.

A esta edad los niños son sumamente curiosos y quieren descubrirlo todo, son muy inquietos y temerarios, repentinamente se vuelven difíciles de manejar por lo que todos estos comportamientos pueden ganarles la etiqueta de ADHD, dependiendo de quién esté observando los comportamientos.

Como se dijo anteriormente hay que observar al niño en diferentes contextos y recabar información de todas las personas posibles que tengan contacto con el niño, pero, sobre todo, deben evitarse a toda costa el hacer diagnósticos prematuros.

La clave es analizar el grado de inatención, actividad motora e impulsividad que tenga el niño. Debido a que presentan diversas variantes de comportamiento, no deben confundirse y separarse de los siguientes factores:

- a) El comportamiento insociable (resultante de un niño criado en un hogar desestructurado, desorganizado y sin límites).
- b) El comportamiento oposicionista.
- c) El comportamiento agresivo (resultante de aspectos no resueltos de agresión y miedo, generalmente asociados con violencia intrafamiliar).

Estos mismos autores establecen que cuando los niños entran a la escuela generalmente presentan dificultades para ajustarse a un nuevo modo de vida, con maestros, compañeros y todo tipo de personas que son nuevas para él; se enfrentan a responsabilidades fuera del hogar y la familia, a desenvolverse en un ambiente nuevo, aprender roles sociales, estructura organizativa, etc; por lo que necesitan de un tiempo para ajustarse y adaptarse a su nuevo ambiente.

## **2. DIAGNÓSTICO MULTIDISCIPLINARIO**

Para asegurar que la causa de los problemas del niño es el ADHD o el ADD y no otra condición o circunstancia, es indispensable hacer una valoración antes de efectuar el diagnóstico. Para realizar dicha valoración completa es necesario el trabajo integral en donde todos los profesionistas trabajan en un equipo abierto, en constante comunicación entre ellos, tanto los padres, los maestros y el niño.

Para un diagnóstico asertado se necesita de un examen físico completo como es la revisión de los oídos, ya que puede parecer que el niño no escucha lo que se le está

diciendo y sea debido a que tenga un tapón de cerumen, o a que presente problemas en esta área (Parker, Harvey, 1994); observaciones de primera mano, la historia médica, de desarrollo y de comportamientos del niño, la observación y la comunicación con su familia, sus maestros, pruebas psicoeducativas, etc.

Para que sea eficaz el diagnóstico debe ser hecho de forma multidisciplinaria, donde no sólo cada profesionalista entrega un reporte de sus observaciones, sino en donde hay una comunicación abierta entre todos los profesionales, que discutan sus observaciones y lo cual permitirá un enriquecimiento de unos con otros y juntos encontrar la mejor manera de ayudar al niño.

En las observaciones hechas por el equipo multidisciplinario se pueden encontrar los siguientes factores:

- a) Examen y observaciones hechas por el médico y terapeuta.
- b) Estudio y análisis de sus historias médicas, escolares, familiares, de desarrollo, de comportamiento y sociales.
- c) Observaciones hechas por los maestros.
- d) Pruebas psicopedagógicas.
- e) Observaciones del niño en diferentes contextos; casa, escuela, durante el juego, etc.
- f) Observaciones hechas por los padres.
- g) El diagnóstico clínico debe basarse en condiciones específicas tales como:
  - La persistencia y perseverancia de los síntomas (deben incurrir en diferentes contextos y situaciones).
  - La persistencia de los síntomas desde el inicio de los años escolares y su interferencia significativa en el desempeño escolar.

### **3. EL PAPEL DEL MÉDICO, EL PSICÓLOGO, EL PSICOPEDAGOGO, LA ESCUELA, LOS PADRES Y EL NIÑO EN LA VALORACIÓN**

#### **a) El papel del médico y el neurólogo en la valoración**

El médico es el encargado de iniciar una valoración agrupando todos los antecedentes médicos y sociales del niño y de los padres. A través de la historia médica y social el médico se va dando cuenta de posibles factores que pudieran estar causando determinado trastorno, sus síntomas, el inicio de estos, su intensidad, etc. El médico también revisa los antecedentes genéticos del niño, su desarrollo desde el nacimiento hasta la fecha actual, exámenes físicos y todos los estudios necesarios. También puede obtener mucha información de los comportamientos del niño en diferentes contextos y se encarga también de descartar cualquier enfermedad o condición médica relacionada que pudiera manifestarse como síntomas parecidos al ADHD; asimismo puede ordenar pruebas específicas de laboratorio. Los médicos que generalmente trabajan con estos niños son los neurólogos y los psiquiatras. Los métodos que se utilizan para el estudio del cerebro son: la emisión de positrones (PET), la resonancia magnética (MRI), la tomografía computarizada (CT), el mapeo cerebral (BEAM), la tomografía de emisión de fotones (SPECT) y el electroencefalograma (EEG).

#### **b) El papel del psicólogo y el psicopedagogo en la valoración**

El psicólogo clínico o escolar y/o el psicopedagogo son los encargados de administrar e interpretar las pruebas psicológicas y educativas que proporcionen

información importante para la comprensión del niño; las pruebas psicológicas y proyectivas arrojan datos de su capacidad intelectual, su rendimiento académico, su capacidad de razonamiento y de abstracción, la utilización de su lenguaje, factores emocionales y de conducta como son la impulsividad, la depresión, la ansiedad, la falta de atención y sus habilidades perceptivas como la capacidad visomotora, la memoria, etc.

Las pruebas que deberán aplicarse dependerán del tipo de problemas que se quiera detectar o que presente el niño. El psicólogo y el psicopedagogo deben proporcionar información, asesoría y terapia para los niños y sus padres si lo necesitan, y también son los encargados de aplicar escalas evaluativas de la conducta para valorar el comportamiento del niño en la escuela y en el hogar, así como sus progresos.

### **c) El papel de la escuela en la valoración**

En la escuela, debido a que se tiene contacto directo y constante con los niños, se puede observar directamente el comportamiento del niño en comparación con otros compañeros de su misma edad y con los maestros. El maestro cuenta con información valiosa acerca del desempeño académico del niño, de sus logros, sus habilidades, sus dificultades, su desempeño actual en comparación con los de los años anteriores, su comportamiento en general y sus niveles de atención.

Las escalas evaluativas de la conducta en la escuela, las entrevistas con los maestros, la revisión de los expedientes académicos del niño, los análisis de las pruebas aplicadas, así como la observación directa del niño en el aula, en el recreo y en las actividades grupales proporcionan una información muy valiosa.

#### **d) El papel de los padres en la valoración**

Los padres proporcionan información valiosa acerca de los comportamientos del niño en el hogar, los contextos sociales, etc. Lo óptimo para una valoración completa es que ambos padres se encuentren presentes en el trabajo con el niño y que ambos comuniquen abiertamente sus experiencias y estén dispuestos a ayudar a su hijo. Las entrevistas con los padres nos proporcionan información acerca de los antecedentes generales de la familia, su estructura actual, su organización, sus puntos de vista específicos, el cómo perciben al niño, el interés que presenten, así como todos los datos de la historia médica, de desarrollo social y académica del niño. El cómo enfrentan los padres el problema, sus emociones y sentimientos con respecto a éste; si se ve el auténtico interés en el niño o se enfocan más en resolver sus problemas personales y de pareja. (Poussin, Gérard, 1995).

#### **e) El papel del niño en la valoración**

El niño nos proporciona información fundamental acerca de cómo ve él su problema, sus sentimientos, su autoestima, nos hace ver si se toma en cuenta lo que piensa. Un niño que va a terapia nunca decide si quiere ir o no, sino que lo llevan sin tomar en cuenta lo que piense o sienta (Poussin, Gérard, 1995). El tomar en cuenta los deseos del niño puede ser un factor positivo para su tratamiento.

Es importante ganarnos primero la confianza con el niño para que se pueda establecer un buen rapport; tanto su lenguaje verbal como no verbal deben ser observados cuidadosamente, por ejemplo, el que el niño se exprese a través del dibujo o del juego nos proporciona datos muy valiosos acerca de él, de su forma de ser, su carácter, su personalidad, su autoestima, su forma de ver el problema, sus

actitudes acerca de la escuela, su desempeño académico y sus habilidades así como sus debilidades, la interacción con sus compañeros, con sus maestros, sus hermanos, padres, etc.

Además de la entrevista y la observación se obtiene información importante del niño en las pruebas psicológicas, puesto que estas arrojan datos acerca de su adaptación social y emocional.

Aun cuando en la entrevista se puede obtener información veraz del niño, también es cierto que no siempre dicha información es completamente cierta, debido a que hasta los niños con ADHD pueden comportarse bien si el terapeuta se esforzó en establecer un ambiente de calidez y comprensión. (Parker, Harvey, 1994).

#### **4. EL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DESPUÉS DE LA VALORACIÓN**

La valoración hecha por un equipo multidisciplinario y de una manera integral en donde se comunican sus dudas, sus hallazgos y toda la información recabada a lo largo de toda la valoración, se conjunta al final para hacer una revisión de sus hallazgos y formular sus conclusiones con respecto al caso. Se hace un diagnóstico y las recomendaciones para los padres y el niño. Todo esto se integra en un informe. Si se diagnostica ADHD se elabora un programa terapéutico y de tratamiento para todas las áreas que requieran de intervención.

El médico puede tomar la decisión de recetar medicamentos, se puede recomendar asesoramiento, un plan de modificación de la conducta o un adiestramiento en habilidades sociales y organizativas. Las medidas a tomar se explican claramente a los padres y maestros para que el tratamiento que se dé resulte lo más eficaz y benéfico posible para el niño. (Harvey, Parker, 1994; Hresko y Swanson, 1996).

## **III. DIVERSOS ENFOQUES TERAPÉUTICOS PARA NIÑOS CON ADHD**

Un tratamiento eficaz e integral para los niños que se les diagnosticó ADHD o ADD debe componerse de diferentes modelos e intervenciones, tales como:

1. ENFOQUE MÉDICO
2. ENFOQUE EDUCATIVO
3. ENFOQUE PSICOPEDAGÓGICO
  - 3.1 Modelo Conductista
  - 3.2 Modelo Cognitivo-Conductual

### **1. ENFOQUE MÉDICO**

En el caso de muchos niños con ADHD el programa médico se basa en la administración de medicamentos para controlar los síntomas del trastorno, aunque muchas personas preferirían otras alternativas a este tipo de tratamiento debido a los efectos secundarios, la propensión a la dependencia que pudieran producir los fármacos. Está bien establecido que el uso prudente de ciertos medicamentos para este tipo de niños constituye un componente eficaz del plan de tratamiento en su conjunto.

No todos los niños con este trastorno requieren medicamentos para controlar su conducta, o bien porque sus deficiencias de atención son leves y pueden controlarse a través de estrategias de modificación de la conducta, o porque el ambiente que los rodea, tanto en la escuela como en el hogar, puede ajustarse para compensar las deficiencias de atención del niño (por ejemplo, aulas pequeñas, mayor supervisión de parte del maestro, tareas más cortas, etc). En los casos en que se requiere utilizar

medicamentos en el tratamiento de los niños con ADHD, los tipos que más se recetan son los psicoestimulantes y los antidepresivos tricíclicos (Dale R. Jordan, 1996).

## **Los medicamentos psicoestimulantes**

Desde 1937, cuando se dio a conocer el primer informe de la eficacia de la Benzedrina en el tratamiento de la hiperactividad, se han utilizado los psicoestimulantes para tratar este trastorno (Harvey C. Parker, Ph. D, 1994).

Entre los psicoestimulantes más recetados están el metilfenidato (Ritalín), la dextroanfetamina (Dexedrina) y la pemolina (Cylert).

Se considera que los psicoestimulantes afectan los agentes químicos neurotransmisores del cuerpo, permitiéndole al niño fijar mejor la atención, controlar la impulsividad, regular la actividad motriz, mejorar la coordinación visomotora y, en general, mostrar una conducta con más propósito y objetivo. Además, en comparación con los niños con ADHD que no reciben medicamentos, los que sí los toman generalmente son menos propensos a hablar en el aula, responder preguntas abruptamente, molestar a sus compañeros de clase mientras éstos trabajan o mostrar una conducta agresiva. Se considera que aproximadamente el 70% de los niños con ADHD que toman medicamentos psicoestimulantes muestran mejoramiento.

Por lo general, en el caso del niño que toma Ritalín, la eficacia del medicamento se puede observar a los treinta minutos de su ingestión. Sin embargo, su efecto usualmente sólo dura entre tres y cinco horas, por lo que se suele requerir que el niño ingiera una segunda y a veces una tercera dosis durante el día. La dosis inicial es normalmente baja, por lo general unos 5 mg. y se aumenta periódicamente en

unos 5 mg. hasta que mejoren los síntomas que se desean cambiar. La dosis total diaria normalmente oscila entre los 5 y los 60 mg. (Harvey C. Parker, Ph. D, 1994).

Aún cuando las dosis sean bajas algunos niños muestran lo que se llama un “efecto de rebrote”, el cual puede producirse a las pocas horas de haber ingerido el medicamento. Este “efecto de rebrote” se produce cuando el cuerpo se ve privado del fármaco y puede hacer que por un tiempo el niño manifieste síntomas más severos de hiperactividad, sensibilidad e irritabilidad que los que se observaban originalmente.

Aunque la mayoría de los padres tolera este rebrote de síntomas (no se manifiestan en todos los niños), algunos lo encuentran intolerable y no continúan con el tratamiento.

También puede obtenerse una forma de acción prolongada del Ritalín, la denominada SR-20. La cual se considera equivalente a una dosis de 10 mg del Ritalín regular dos veces al día.

Es posible que el efecto inicial del Ritalín SR-20 no sea tan rápido como el Ritalín regular, pero la duración es mayor, aproximadamente siete horas. Algunos estudios realizados sugieren que para algunos niños el Ritalín en su forma regular pudiera ser más eficaz que la forma SR-20 (Harvey C. Parker, Ph. D. 1994).

La Dexedrina es otro psicoestimulante de mucha eficacia en el tratamiento del ADHD. Al igual que el Ritalín, la Dexedrina se presenta en una forma de acción corta y en spansules de acción prolongada.

Para los niños que tienen dificultad en tragar pastillas, la Dexedrina se presenta también en forma de elixir. Se considera que su potencia duplica la del Ritalín y su dosis normal inicial es de 2.5 a 5 mg. La Dexedrina también se suministra en dosis divididas, dos a tres veces al día, con una ingestión total de entre 2.5 y 40 mg.

El Cylert, otro psicoestimulante, tiene como ventaja la acción prolongada (puede durar entre 12 y 24 horas), pero se demora entre cuatro y seis semanas para llegar a su nivel máximo de eficacia. El Cylert se administra una vez al día, por las mañanas, generalmente con una dosis inicial de 18.75 a 37.5 mg, que el médico del niño irá incrementando según se requiera. Los niveles de dosificación del Cylert no se han investigado tanto como los del Ritalín y es común que la dosificación total oscile entre los 18.76 y 112.5 mg. Se recomienda que el niño que toma Cylert sea sometido a análisis periódicos de las enzimas hepáticas (Harvey C. Parker, Ph.D, 1994).

### **Los antidepresivos tricíclicos**

Los antidepresivos tricíclicos, tales como la imipramina (Tofranil) y la desipramina (Norpramina) también son recetados para el tratamiento del ADHD. La mayoría de los estudios sugiere que en general, los psicoestimulantes tienden a ser superiores a los tricíclicos en cuanto al control de los síntomas del ADHD, sin embargo, pudiera existir un grupo de niños con este trastorno, en particular aquellos que presentan síntomas de ansiedad y depresión, que responden mejor a estos medicamentos.

Los efectos del Tofranil y la Norpramina son duraderos (generalmente entre 12 y 24 horas) y la dosificación se inicia usualmente por la noche con 10 mg. para los niños que poseen menos de 50 libras y con 25 mg. para los niños que pesen más de

50 libras. Se pueden administrar cantidades mayores, en dosificaciones divididas a lo largo del día, según lo recetado por el médico del niño. Los efectos secundarios que se producen en este grupo de antidepresivos incluyen sequedad en la boca, disminución del apetito, dolores de cabeza, dolores de estómago, mareos, constipación y taquicardia leve. Los médicos pueden mandar electroencefalogramas de base al niño antes de recetar estos medicamentos ya que pudieran tener algún efecto sobre la conducción cardíaca (Harvey C. Parker, Ph.D, 1994).

### **Otros Medicamentos**

La clonidina (Catapress) es un medicamento antihipertensivo que ha mostrado su utilidad al ayudar a los niños con ADHD que presenten tics y/o una hiperactividad o agresividad severa. La clonidina viene en tabletas y en forma de parche. Cuando se utiliza en forma de tableta el médico comienza normalmente una dosificación diaria de .025 a .05 mg. por las noches, la cual puede aumentarse cada tantos días según se requiera, administrándose una dosis dividida 3 o 4 veces al día. La ventaja del parche de clonidina es que funciona durante varios días mientras que el medicamento pasa gradualmente a la sangre. El efecto secundario más común de la clonidina es la somnolencia, la cual puede reducirse evitando el uso de la dosis durante el día y administrando el medicamento por la noche. Otros efectos secundarios incluyen hipotensión, dolores de cabeza, dolores de estómago, náusea, sequedad en la boca y, con el parche, reacciones dermatológicas localizadas. La discontinuación del uso de la clonidina en forma repentina pudiera provocar hipotensión intensificada.

### **La decisión de administrar medicamentos**

Los padres de los niños que tienen ADHD deben decidir ellos mismos si desean administrarle medicamentos a su hijo.

El ADHD no tiene cura conocida, al igual que otros trastornos infantiles tales como el asma o la diabetes, lo más que puede hacer el medicamento es aliviar los síntomas básicos del trastorno, en este caso la impulsividad, la distracción y algunas veces, la hiperactividad.

No se sabe a ciencia cierta que la disminución de estos síntomas tenga a largo plazo un efecto positivo y sustancial sobre el aprendizaje, a pesar de que el sentido común lo sugiere, y algunos estudiosos tienden a confirmarlo, que la medicación pudiera facilitar el aprendizaje de alguna manera indirecta.

Los medicamentos no se administran sólo para mejorar el aprendizaje, sino también para mejorar la conducta en el aula, en el medio social y en el hogar. Los padres tienen que decidir si la mejoría en la conducta (y con ello la posibilidad de una mejoría en el rendimiento académico) es incentivo suficiente para que su hijo tome medicamentos.

Es natural esperar que los padres sean cautelosos al tomar esta decisión para sus hijos y con frecuencia se han encontrado padres que se oponen totalmente a la idea. Sin embargo, en la mayoría de los casos se ha encontrado que los padres que le administran los medicamentos a sus hijos están satisfechos con los resultados. En muchos casos los padres, que en un inicio mostraron una renuencia extrema, terminaron por estar a favor de la utilización de los medicamentos al observar los resultados.

No obstante, algunos padres han tenido experiencias negativas con los mismos. Por lo general son casos en los cuales el medicamento no tuvo eficacia en el

tratamiento del trastorno o bien el niño tuvo una reacción adversa a raíz de los efectos secundarios del medicamento.

Los padres que estén considerando la posibilidad de utilizar medicamentos para tratar a su hijo deben tomar su decisión después de estar bien informados, y deben discutir a fondo sus preocupaciones con el médico de su hijo. Si deciden proseguir y probar el medicamento, las próximas preguntas que deberán hacerse son: ¿qué cantidad? , ¿con qué frecuencia?, y ¿por cuánto tiempo debe administrarse el medicamento?

La cantidad de medicamento que deberá administrarse dependerá, en parte, de la reacción del niño ante dosificaciones específicas. No se conocen variantes que permitan predecir una dosificación óptima de ninguno de los medicamentos que se han mencionado anteriormente.

La frecuencia con que se administre un medicamento (sólo para la escuela, después de la escuela, o incluyendo los fines de semana) dependerá de los objetivos y propósitos de los padres y del médico al aplicar el tratamiento. Algunos niños necesitarán el medicamento durante el día y la noche, y los médicos estarán a favor de su utilización después de la escuela y también durante los fines de semana. Para otros niños será suficiente tomar el medicamento sólo durante las horas escolares. No existen evidencias que indiquen que los niños que tomen medicamentos durante los siete días de la semana, o durante las horas que permanezcan en la escuela y después de ésta estén más expuestos al riesgo de tener problemas de salud que aquellos que sólo los tomen durante los días de semana o durante las horas que estén en la escuela.

El tiempo en que deberá utilizarse el medicamento durante la vida del niño dependerá de los problemas que presente éste a medida que vaya creciendo. En algunos casos, los síntomas de algunos niños disminuyen a medida que se van desarrollando y, por lo tanto, requieren menos o ninguna medicación al crecer. En el caso de ciertos niños con ADHD, el trastorno continúa manifestándose durante la adolescencia y la edad adulta. Para este grupo, el medicamento pudiera ser útil durante muchos años (Harvey C. Parker, Ph. D, 1994).

## **2. ENFOQUE EDUCATIVO**

Para que los estudiantes con ADHD tengan éxito en la escuela se necesita cubrir varias acomodaciones, adaptaciones y modificaciones en el contexto escolar. Estas adecuaciones son necesarias para evitar los típicos problemas de estos niños tales como el que no copien las tareas, no terminen nada de lo que empiecen, yendo de una actividad a otra, problemas de inatención y de molestar a los compañeros, así como de presentar diferentes y variadas conductas que interfieren en la clase (Hresko y Swanson, 1996).

### **Acciones de los maestros y modificaciones físicas**

Los maestros pueden implementar una gran variedad de modificaciones y adaptaciones efectivas para estos niños.

Las modificaciones físicas en el ambiente escolar pueden tener un impacto muy positivo en los estudiantes con ADHD (Dale R. Jordan, 1996). El implementar un ambiente organizado y el acomodar a los niños en situaciones que no fomenten las distracciones es el objetivo principal de este modelo.

Las siguientes estrategias son de gran utilidad para el maestro que quiera mantener la atención de estos niños (Rief, Sandra, 1977).

- Usar diferentes métodos para hacer saber a los niños que se requiere su atención. Esto puede incluir tocar el timbre, levantar la mano, apagar las luces, etc.
- Variar el tono de voz.
- Mantener contacto visual con los alumnos.
- Mostrar entusiasmo en las actividades.
- Elaborar preguntas interesantes e inesperadas.
- Llevar materiales de colores llamativos al dar la clase.
- Dar la clase de manera amena y divertida, actuar, hacer gestos, etc.
- Usar un señalador con luz.
- Mantener a los niños con ADHD sentados cerca.
- Solicitar a los niños que limpien su escritorio y todo lo que tengan encima antes de empezar la clase.
- Estar siempre preparado para eliminar cualquier espacio de aburrimiento.
- Llamar a los estudiantes por su nombre y verlos a los ojos cuando se les habla.
- Utilizar adivinanzas y acertijos para mantener la atención de los niños.
- Reducir el número y la extensión de las tareas.
- Cambiar las instrucciones y las situaciones en el contexto escolar.
- Dividir las tareas en partes para que el niño las vaya resolviendo poco a poco.
- Repetir la indicación o la instrucción las veces que sea necesario hasta estar seguro que quede completamente clara para el niño.
- Acomodar las bancas en forma de círculo para observar de manera global a todos los alumnos y disminuir la tentación de éstos de estarse molestando entre sí.
- Crear un ambiente con los menos distractores posibles.

A su vez DuPaul y Stoner (1994) nos dan unas estrategias efectivas que pueden utilizar los maestros para que el niño tenga éxito en la escuela como son:

- hacer un resumen de los problemas que esten impidiendo al niño tener éxito escolar para posteriormente elaborar un plan de acción;
- proporcionarles una retroalimentación inmediata a los niños con ADHD;
- enfocarse en los aspectos positivos del niño, no sólo en lo que hace mal;
- elaborar preguntas pequeñas, fáciles de entender que ayudarán al niño a lograr poco a poco un comportamiento más independiente;
- analizar los procesos, más que los productos en el desempeño del niño,
- utilizar los refuerzos lo más naturales posibles como son que el niño gane la oportunidad de realizar su actividad favorita en vez de dar reforzadores menos naturales como son los dulces;
- monitorear constantemente el progreso y los desempeños de los niños;
- y, considerar cambios positivos al programa.

Nota: todas las estrategias anteriormente descritas son fácilmente aplicables a grupos heterogéneos, cuando estén en grupos integrados los maestros no deben hacer diferencias entre los estudiantes, con excepción en el control de la conducta ya que este aspecto es importante para lograr los objetivos.

### **Manejo de Grupos**

El implementar estrategias de manejo de grupos puede tener un impacto muy positivo en el desempeño académico de los niños con ADHD. Éstas incluyen reglas

y trabajos, consecuencias y manejos grupales (Hresko y Swanson, 1996; Bender, William N. 1999).

Estas estrategias pueden aplicarse a grupos especiales académicos o para niños que se encuentran intergados en grupos normales y que asisten algunas horas a grupos especiales con niños con ADHD.

Ahora bien, la mayoría de estos estudiantes carecen de estructura, son desorganizados y no tienen claras las reglas de la clase. El papel del maestro es hacerles saber claramente a los niños lo que se espera de ellos, los comportamientos que son aceptables y los que no. Al implementar un programa claro en el cual todos los niños se sientan seguros y en el cual todas las reglas sean bien entendidas y se observe un objetivo claro y de utilidad para ellos, en donde el niño es un aprendiz activo que descubre los conocimientos, hace de esta estrategia algo sumamente útil. Aún en grupos normales se han visto mejores resultados si son los niños los que definen e implementan sus propias reglas.

Para los maestros que piensen implementar un programa de manejo de grupos, Dowdy (1995) nos sugiere el aplicar las reglas de una manera positiva y clara, dar un máximo de 7 reglas, anotarlas en un lugar donde todos puedan verlas y recordarlas constantemente, hacer un análisis reflexivo de la utilidad que han tenido éstas después de un tiempo y llevarlas a la acción para comprobar que todos las hayan entendido.

Es importante el implementar únicamente reglas que puedan ser reforzadas con seguridad.

El reforzamiento positivo se implementará con los niños que usaron adecuadamente las reglas y se les recordará constantemente su importancia,

monitorear su progreso y analizar que todas las actividades tengan una estructura y objetivos claros.

Es importante también que los niños con ADHD gasten energía en actividades físicas, para que cuando lleguen al salón se sientan tranquilos y puedan estar atentos a las actividades escolares (Polloway y Patton, 1993).

A su vez Smith, Polloway, Patton y Dowdy (1995) sugieren conocer bien a todos los estudiantes de la clase y no juntar a los que se sabe que no funcionan juntos adecuadamente, variar los grupos para que se conozcan entre todos, tomar ventajas del aprendizaje cooperativo para propósitos educativos y sociales, utilizar diferentes tamaños de grupos para diferentes propósitos.

También es recomendable que los grupos no sean mayores de 6 niños para lograr un rendimiento óptimo, algunos niños con ADHD solamente funcionan con grupos de uno a uno (Dowdy et al., in press).

### **3. ENFOQUE PSICOPERAGÓGICO**

Dentro del aspecto psicológico se trabaja fundamentalmente con dos modelos: el Modelo Conductista y el Modelo Cognitivo-Conductual.

#### **3.1 Modelo Conductista**

Es importante que estos niños tengan una intervención de tipo psicológico para controlar su estado emocional, su conducta, posponer gratificaciones, establecer

metas a largo plazo, contar con estructuras reguladoras de su conducta etc; dicha intervención puede ser a través de una terapia conductual, cognitiva y/o cognitiva-conductual.

### ***Control Ambiental:***

Es importante hacer arreglos especiales para trabajar en un ambiente predecible, organizado y estructurado para evitar distracciones en los niños. (Bender, Willian N. 1999) por lo tanto el primer paso de este modelo es organizar el ambiente, muchos problemas de comportamiento se pueden prevenir o minimizar al proveer un ambiente consistente y estructurado. Se debe trabajar en un lugar bien iluminado, con colores armoniosos pero que no provoquen la distracción en los niños, limpio y sin distractores. Tener en el salón únicamente el material necesario para esa sesión.

### ***Manejo Conductual:***

Dentro del manejo conductual entra el reforzamiento positivo cuyo objetivo es el de obtener el comportamiento deseado y dar alternativas para los problemas que se susciten o extinguir el comportamiento que se desea eliminar a través del moldeamiento (Dale R. Jordan, 1998; Koziol F. Leonard, 1993).

Para Bender, Willian N. (1999) el reforzamiento positivo es un acuerdo escrito entre el niño y el maestro, el cual explica claramente los comportamientos que debe seguir el niño para obtener una recompensa específica, algo que el niño tenga mucha ilusión de hacer.

Se deben establecer claramente las expectativas que queremos del niño a través de reglas claras, específicas y establecidas de un modo positivo.

Se recomienda el empezar con menos de 5 reglas, enseñárselas al niño y estar seguros de que las haya entendido perfectamente y repasarlas cuando sea necesario. La retroalimentación dada por el maestro ya sea halabándolo o gratificándolo se considera el mejor recurso.

Es necesario actuar de manera consistente siempre que el comportamiento deseado se de para irlo reforzando , actuar de manera más intensa o con mayor magnitud, sobre todo al principio y contar con una tarjeta de observación de los comportamientos deseados que vaya presentando el niño (Koziol F. Leonard, 1993; Dale R. Jordan, 1998).

Por ejemplo, los maestros pueden empezar con un programa de refuerzo positivo para permanecer sentados dando recompensas o estímulos positivos a los niños que permanecen en esta postura cada determinado tiempo, en vez de requerir verbal y constantemente que se sienten.

Debe implementarse un programa de recompensas en la escuela y en el hogar que lleven las mismas características y que sigan el mismo objetivo con el fin de que los comportamientos se den en dos contextos diferentes lo cual hará que el niño adquiera un comportamiento coherente, adecuado y estabilizado.

Por ejemplo, se puede implementar un programa en el cual los niños ganan vales cada vez que llevan a cabo el comportamiento deseado y determinado número de vales, estrellitas o bonos sean intercambiables por alguna actividad que el niño tenga mucha ilusión de hacer.

El programa implementado por los padres y los maestros de forma común ha tenido mucho éxito en la modificación de la conducta y en la autoestima del niño.

Por ejemplo, los vales que ganan los niños se los enseñan a sus papás y sirven de gran estímulo para ellos.

Según F. Koziol, (1993) este programa tuvo un muy buen resultado en la mejoría de los niños en diversas áreas como son la actividad motriz excesiva, la falta de atención y la hiperactividad .

Otro tipo de estrategia de reforzamiento positivo es la que combina la extinción y el refuerzo positivo.

Por ejemplo, la maestra puede ignorar al niño que grita para llamar la atención (extinción), tomarlo en cuenta inmediatamente que levante la mano y darle el cumplido por realizar la conducta deseada (refuerzo positivo)..

### ***Instrucción Directa:***

La instrucción directa es una manera compleja de ver todos los aspectos de la instrucción, incluyendo la organización del salón y el manejo de las clases, la interacción maestro-alumno, el diseño de materiales instruccionales y el entrenamiento y eficacia de los maestros. Los materiales de enseñanza deben ser claros y de temas significativos para el niño (Gersten, Carnine y Woodward, 1987).

Gersten, Carnine y Williams (1982) describen cuatro habilidades de enseñanza necesarias para la instrucción directa:

- corregir los errores del niño inmediatamente;
- mantener el éxito del niño por lo menos en el 85% de los casos;
- enseñar las lecciones en un tiempo determinado y estructurado;
- y, hacer un manual de instrucción para seguir con el niño.

Kinder y Carnine (1991) nos proporcionan cuatro principios generales para desarrollar una comunicación efectiva con el niño:

- dar una explicación clara de las reglas y las estrategias;
- proporcionar una gran cantidad de ejemplos;
- seguir una secuencia en las actividades;
- dar una cobertura de las actividades.

El maestro debe demostrar cada uno de los pasos de la estrategia con explicaciones precisas, darle ejemplos al niño y guiarlo en cada paso que tome.

Después de la suficiente práctica, el niño debe ser capaz de aplicar la estrategia de forma silenciosa e independiente (Bender, William N, 1999).

White, Wyne y Stuck identificaron cinco características de maestros exitosos que son parte importante de la instrucción directa:

a) Los maestros efectivos manejan cuidadosamente su tiempo durante la enseñanza, ateniéndose a su rutina o trabajo consistentemente. Cada minuto de tiempo instruccional es aprovechado al máximo y se trata de que el niño mantenga un nivel alto de motivación e involucramiento en las tareas.

b) Los maestros efectivos manejan exitosamente los comportamientos de sus estudiantes. Un ambiente escolar estructurado, expectativas de trabajo claras y el uso de refuerzos son utilizados de manera adecuada.

c) Los maestros efectivos prestan cuidadosa atención hacia la preparación y la presentación de material instruccional y dan sus clases de acuerdo al nivel del niño. Las lecciones y tareas son cuidadosamente presentadas en un tiempo adecuado para sus habilidades. Se pasa de una actividad a otra adecuadamente.

d) Los maestros efectivos monitorean las actividades consistentemente para determinar si son apropiadas para el niño. La comprensión del material, la adquisición de habilidades y el mantenimiento de éstas es constantemente registrado. La asesoría es usada como una herramienta instruccional valiosa para diagnosticar patrones de error y proveer información de la efectividad de los métodos instruccionales.

e) Los maestros efectivos proporcionan retroalimentación a sus estudiantes para ayudarles a adquirir mejores habilidades, maestría y generalización. Los errores son identificados y corregidos rápidamente y las respuestas correctas son recompensadas y alentadas.

### **3.2 Modelo Cognitivo-Conductual**

#### **ANTECEDENTES DE LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL**

En 1920 la teoría más aceptada en psicología era la del conductismo con el condicionamiento clásico de Pavlov y el condicionamiento operante o instrumental. Surgió del trabajo de Ivan Pavlov y más tarde con el trabajo de John B. Watson y B.F. Skinner. La teoría del condicionamiento clásico dió las bases para el tratamiento de las fobias, el estrés, los nervios, etc. Por otro lado, el condicionamiento operante moldea o busca el comportamiento deseado a través de sistemas de recompensas o refuerzos y castigos. Estos dos tipos de terapia conductual tuvieron un gran éxito.

En 1950 esta teoría empezó a tener ciertos problemas porque los psicólogos buscaban otras formas de explicar el comportamiento humano. Argumentaban que esta teoría sólo permitía ver los aspectos observables de los comportamientos y que

hacía falta conocer la función de los procesos cognitivos como los pensamientos, las creencias, los estados de ánimo, la memoria, la imaginación y la fantasía.

Así se dió paso a lo que se conoció como la "Revolución Cognitiva" en psicología en los años 60 y 70, esta nueva visión inspirada en gran parte en la creciente familiaridad con las computadoras, modelos de procesamiento de información cognitivos, etc. En cuanto a la investigación clínica, se estaba demostrando la importancia de la cognición en los trastornos mentales y problemas personales, así como los estudios que se estaban llevando a cabo en los que se veía que la gente no sólo responde a las cosas que vienen de su medio ambiente, sino que son capaces de tener un cierto grado de auto-regulación y auto-control.

Por otro lado algunos científicos de la psicología cognitiva empezaron a rechazar las teorías psicoanalíticas y psicodinámicas y los pioneros de la terapia cognitiva repudiaban el énfasis que se hacía en los procesos inconscientes, los tratamientos a largo plazo, la extensiva exploración histórica y la transferencia y contratransferencia así como el insight.

El éxito que tuvo el condicionamiento clásico y operante en la psicoterapia llevó a otros desarrollos como la teoría del aprendizaje social representada principalmente por Albert Bandura quien introdujo el aprendizaje de la observación ("modelado") que es el aprender a través de la observación y escuchar a otras personas. La teoría del aprendizaje social definió el concepto de "auto-eficacia".

Finalmente algunos estudios comprobaron la efectividad de la terapia conductual con elementos cognitivos (terapia cognitivo-conductual). En los años 60 y 70 cristalizaron una gran cantidad de aspectos en esta terapia. Entre las personas que

contribuyeron enormemente se encontraban Beck y Ellis, Joseph Cautela, Michael Mahoney, Donald Meicehnbaum, Gerald Davison, Marvin Godfried y otros.

Fue así como estas dos teorías empezaron como ciencias distintas y separadas con aplicaciones muy diferentes tanto en el trabajo clínico como en su teorías de aprendizaje, pero con el tiempo se vió su compatibilidad y desde los 70s una gran mayoría de terapeutas ha practicado la terapia cognitivo-conductual. Se ha comprobado la efectividad de la terapia cognitivo-conductual en el tratamiento de la depresión, uso de drogas, ataques de pánico, trastorno obsesivo compulsivo, miedo, ansiedad, así como en el tratamiento con niños con el trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

#### TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL

En el caso de la modificación de la impulsividad, los entrenamientos en auto-instrucciones y en resolución de problemas sociales ocupan un lugar muy destacado. El entrenamiento en auto-instrucciones fue establecido a principios de los años setenta por Donald Meichenbaum en la Universidad de Waterloo (Canadá) y los fundamentos teóricos de la técnica se encuentran en la teoría sobre las relaciones entre el pensamiento y el lenguaje de Vigotsky (1962). Para este autor ruso, el lenguaje es el instrumento fundamental para el desarrollo de las funciones superiores del ser humano. Según sus propias palabras, "(...) la capacidad específicamente humana de desarrollar el lenguaje ayuda al niño a proveerse de instrumentos auxiliares para la resolución de tareas difíciles, a vencer la acción impulsiva, a plantear una solución del problema antes de ejecutarla y a dominar su propia conducta" (Vigotsky, trad. Catalana, 1988, p.48).

Posteriormente, un discípulo suyo, Luria (trad. 1980), desarrolló extensamente el concepto de la “función directiva del habla” basándose en los tres estadios por los cuales las conductas motoras voluntarias acaban bajo el control verbal. Durante el primer estadio, la conducta del adulto o del experto controla y dirige la conducta del niño; durante el segundo estadio, el niño utiliza el habla en voz alta como mediador y regulador de su conducta; y, finalmente, en el tercer estadio, el habla interiorizada (con una estructura y una significación muy diferente al habla comunicativa) asume una función primordial en los procesos de auto-regulación implicados en la resolución de tareas.

Meichenbaum (1971) y Meichenbaum y Goodman (1969, 1971), a partir de estos postulados, hipotizaron que los problemas de rendimiento y comportamiento de los niños impulsivos podrían deberse a una falta de control verbal sobre sus conductas motoras. Por ello, podría crearse una “prótesis cognitiva” basada en un entrenamiento en la función auto-reguladora del habla para facilitar el cambio conductual y la reducción de la impulsividad.

El programa de entrenamiento en auto-instrucciones establecido inicialmente sigue manteniendo una estructura principal hoy en día y consta de las siguientes fases:

- Modelado: tras elegirse la tarea sobre la que se entrenará el procedimiento, el terapeuta prevé, y después aplica en voz alta, el conjunto de verbalizaciones necesarias para su resolución mientras el niño simplemente observa.
- Guía externa manifiesta: el niño intenta resolver la misma tarea dirigido por las verbalizaciones del terapeuta.
- Autoguía externa manifiesta: el niño resuelve la tarea controlando su conducta a partir de sus propias verbalizaciones audibles.

- Autogüía manifiesta atenuada: lentamente, las verbalizaciones del niño mientras resuelve la tarea se convierten en murmullos.
- Auto-instrucciones encubiertas: con el tiempo, y tras adquirir un grado de dominio elevado sobre la tarea, las verbalizaciones ya no son audibles y habitualmente se automatizan.

Los aspectos a tener en cuenta para asegurar el éxito en la aplicación de un entrenamiento auto-instruccional son:

- a. Debe existir un acomodo entre la capacidad cognitiva del niño, la dificultad de la tarea que se va a trabajar y el tipo de verbalización que se utilizará.
- b. Hay que ser capaz de mantener la atención y el interés del niño durante todo el entrenamiento mediante el establecimiento de una buena relación terapeuta-niño. Puede contribuir a ello el uso de un material relevante para el niño, el estar atento a sus deseos y utilizar procedimientos conductuales, como la economía de fichas y el costo de respuestas.
- c. Para garantizar la generalización de los resultados, puede ser útil el uso de procedimientos conductuales, pero además conviene cumplir otros requisitos: las tareas de entrenamiento deben proceder del ámbito escolar; el lugar donde se desarrolla el entrenamiento debe ser, o bien reproducido, o bien el mismo al que queremos transferir nuestro entrenamiento; y las verbalizaciones, aunque inicialmente sean predeterminadas y concretas, después deben ser individualizadas y conceptuales.
- d. A más sesiones de entrenamiento, mejores resultados en mantenimiento y generalización.
- e. Por último, está la necesidad de que las verbalizaciones sigan una determinada estructura general.

Para que nuestro trabajo con el niño sea exitoso Wood y Cols. (1976) nos dicen que debemos animar al niño a ponerse a trabajar sobre la tarea; reducir el número de componentes de ésta de modo que el niño pueda solucionar por sí solo los que ya domina; mantener el interés y la motivación por el aprendizaje; remarcar las características de la tarea a través de las discrepancias entre las propuestas del niño y las soluciones correctas; controlar el nivel de frustración del niño y demostrar o modelar las soluciones de la tarea.

Con respecto al proceso de solución de problemas, se entiende como un proceso metacognitivo dirigido a la comprensión del problema y a la modificación de la situación problemática y/o a la modificación de nuestra reacción ante ella.

Por ello, un problema se entiende como “un tipo particular de relación persona-ambiente”, y una solución como una respuesta de afrontamiento para modificar la naturaleza de la situación problemática, las propias reacciones emocionales negativas hacia ellas o ambas.

Las fases del modelo de solución de problemas de D’Zurrilla y Nezu (1982) son:

- Orientación hacia el problema
- Definición y formulación del problema
- Generación de alternativas
- La toma de decisiones
- La puesta en práctica de la solución y verificación

Con respecto a la evaluación y a la medición del conocimiento metacognitivo, Meichenbaum y cols. (1985) utilizan diferentes herramientas entre las que se encuentran: la entrevista estructurada, la categorización por el método del think-aloud (se categorizan las verbalizaciones que el niño debe hacer audibles mientras resuelve la tarea), la observación del habla privada espontánea del niño y la inferencia del conocimiento metacognitivo a partir de la forma en que se resuelve la tarea.

Las estrategias cognitivas se han utilizado para mejorar el desempeño académico de los estudiantes con problemas de aprendizaje, a su vez se han buscado estrategias cognitivas que mejoren el desempeño de los estudiantes en lectura, escritura, matemáticas, solución de problemas, vocabulario y ortografía (Bender William N. 1999).

Uno de los aspectos centrales de la perspectiva de enseñar a pensar es el énfasis que se realiza sobre la enseñanza de estrategias cognitivas y metacognitivas para la mejora del rendimiento intelectual del niño. La adopción de este modelo responde a la necesidad de enseñar al niño a aprender a aprender (Novak y Gowin, 1998).

El término metacognición se refiere a la “propia inteligencia que concierne nuestros procesos cognitivos y todos los productos relacionados con ella”. (Flavell, 1976). La metacognición es el saber qué sabes y cómo lo sabes; se refiere al conocimiento y control que tiene el individuo sobre su propio pensamiento y sobre sus actividades de aprendizaje. Las habilidades metacognitivas son las que facilitan la generalización de lo aprendido a nuevas situaciones, permitiendo la transferencia. Es el saber el “cuándo” y el “cómo” utilizar determinada estrategia.

Butterfield y Belmont (1979) desglosaron una serie de procesos metacognitivos que son los que, a su juicio, inciden directamente en la generalización del comportamiento estratégico. Entre estos están: la definición de las demandas de las tareas; evaluar las consecuencias de la aplicación de una estrategia; conocer estrategias de solución de problemas; conocer estrategias de monitorización; estimar cuándo se debe aplicar una determinada estrategia y evaluar los resultados de acuerdo con los objetivos iniciales. Todos estos procesos permiten ser incluidos en el diseño de cualquier programa terapéutico o educativo destinado a modificar la impulsividad y las dificultades de aprendizaje en los niños con ADHD.

La metacognición presenta dos tipos de conocimientos: el conocimiento acerca de la cognición que es el estar conscientes de nuestros propios procesos cognitivos, de lo que uno piensa; y por otro lado está la regulación de la cognición o autorregulación que es la que pone al conocimiento en acción. La autorregulación es usada activamente por el estudiante para monitorearse y resolver problemas.

Según Brown (1980) las actividades que conforman la regulación de la cognición son: planear, checar, monitorear, autoevaluarse, revisar y evaluar.

La autorregulación se lleva a cabo cuando el estudiante hace planes, ejecuta acciones, regula sus actos, hace juicios, se retroalimenta y se mantiene motivado.

Estos dos aspectos de la metacognición, que son la cognición y la autorregulación, son cruciales para el éxito en el aprendizaje.

Los maestros deben determinar e implementar modificaciones apropiadas para los estudiantes con ADHD, por lo que es importante enfocarse en las estrategias

reguladoras que ya posee el niño. Las estrategias primero deben de ser enseñadas por el maestro y después utilizadas independientemente por los niños.

Las estrategias de autorregulación de la conducta del niño con ADHD lo ayudarán a aumentar sus niveles de atención, a modificar sus comportamientos impulsivos y a aprender a hablarse a sí mismos (Rooney, 1993).

Uno de los procesos clave que integran el sistema de autorregulación es el de prever las consecuencias de la acción antes de realizarla. Éste es concebido como un sistema abierto, sujeto a la influencia del entorno en que nos movemos, y que permite satisfacer con éxito las demandas que llegan del medio. Al niño se le debe dotar de un sistema de autorregulación que le permita actuar de forma reflexiva ante las situaciones problemáticas, estresantes, novedosas, difíciles o arriesgadas (Bornás X; Servera M, 1996).

La investigación en el campo de la solución de problemas implica, según Kagan y Kogan (1970), el estudio de una serie de procesos diferentes pero interrelacionados entre sí, que deben ser generados en el niño como son:

- La decodificación de la información (atención, percepción).
- La memoria (funciones de almacenamiento y recuperación).
- La generación de hipótesis.
- La evaluación.
- La deducción.

Para Jones e Idol (1990), el estudio del pensamiento puede ser conceptualizado en seis áreas:

- La metacognición.

- Los procesos cognitivos (conceptualización, formación de principios, comprensión, composición y habilidades comunicativas).
- La búsqueda de cuestiones de aprendizaje básicas (representación, resumen y elaboración).
- Pensamiento crítico.
- Pensamiento creativo.
- Adquisición de conocimientos.

Todos estos procesos, que se desarrollan en el niño, deben ser analizados para comprender el por qué está actuando de tal o cual manera, o si se evidencia algún daño en algunos de estos procesos. Se pueden evaluar por medio de la observación directa, las pruebas psicológicas formales e informales, estudios médicos y neurológicos, etc.

Los modelos de instrucción cognitiva y del “enseñar a pensar” nos dicen que la educación que requiere la sociedad actual debe basarse en el fomento de los procesos y las capacidades cognitivas del niño con el fin de crear un sistema de aprendizaje autorregulado que permita a las personas adaptarse sin problemas a un mundo que constantemente amplía y modifica sus conocimientos en todas las áreas. El principal objetivo de la instrucción cognitiva es el de transmitir a los alumnos no sólo “el conocimiento académico, sino también el de las destrezas necesarias para adaptarse a las circunstancias de su entorno y solucionar nuevos problemas” (Bornás V. Servera M. 1996).

El modelo cognitivo-conductual se define como un entrenamiento de habilidades, colaborativo y orientado a determinadas metas. Tiene estrecha relación con el tratamiento psicológico y su principal función es obtener el cambio a través de procesos cognitivos y conductistas terapéuticos los cuales se deben adaptar al

contexto y al ambiente en el que se desenvuelve el niño, así como a su edad y etapa de desarrollo en la que se encuentre.

Este modelo no solamente se enfoca en el niño, sino en todos los factores que lo rodean con son: familia, escuela, maestros, amigos, vecinos, así como la cultura y el medio social que lo rodea. Por ejemplo, en el caso de los padres de un niño con ADHD que mantienen una interacción disfuncional padres-hijo, los profesionistas no lo ven como la única causa de los problemas de atención o hiperactividad en el niño, sino como un factor muy importante en el desencadenamiento, desarrollo o formación de problemas de comportamiento secundarios. El modelo cognitivo-conductual necesita modificar no sólo el cómo piensa y se comporta el niño sino cómo piensan y se comportan todas las personas que ocupan un lugar importante en la vida del niño y su forma de relacionarse con él.

El nivel de desarrollo del niño debe de ser considerado durante el programa de tratamiento. Debido a que las habilidades de los niños cambian conforme van creciendo y desarrollándose, debe de adaptarse el programa a su etapa de desarrollo. Sería inapropiado esperar que los niños pequeños que todavía no entran a la escuela lleven a cabo comportamientos de auto-control correspondientes a niños escolares. Meyers (1989) menciona que los niños que se encuentran en la etapa preoperacional se beneficiarían más de intervenciones simples y concretas, como por ejemplo, que el terapeuta explique claramente al niño cómo solucionar un problema y luego dejando al niño que practique solo la estrategia enseñada.

Los niños que se encuentran en el estadio de las operaciones concretas pueden tomar un rol más activo en la terapia. Estos niños responden bien a intervenciones en las cuales no se les dice qué pensar sino cómo pensar a través de una tarea o

ejercicios dirigidos por el terapeuta en los cuales el niño descubre la información y a partir de ésta encuentra la solución a los problemas por sí mismo.

Una variable cognitiva relacionada con el ADHD es la deficiencia que tienen estos niños en las habilidades de solución de problemas (Tant y Douglas, 1982). La solución de problemas tiene que ver con planear un propósito y organizar los pensamientos y comportamientos para solucionar el problema. Intervienen los componentes de reconocimiento del problema, pensamiento alternativo y consecuencial, así como la evaluación de la efectividad de las estrategias a utilizar. Los déficits en estas áreas se han relacionado con dificultades en las habilidades intra e interpersonales para la solución de problemas (Kendall y Braswell, 1985). Estos niños generan un número menor y menos eficaz de estrategias que los niños “normales”; al igual que presentan déficits en el pensamiento enfocado a medios-fines (Asarnow y Callan, 1985) por lo que difieren en su habilidad de pensar en pasos ordenados para llegar a una meta.

### **Auto-monitoreo:**

El auto-monitoreo es una estrategia muy importante para los niños con ADHD y se define como los procedimientos que un sujeto utiliza para determinar su actuación en varias actividades, como es el comportamiento, la atención y el éxito académico. Este es un procedimiento sencillo que ha resultado muy útil en niños con ADHD, retraso mental, problemas de aprendizaje y de conducta. (Lloyd, 1991; Polloway y Patton, 1993).

Las herramientas principales para implementar un programa de auto-monitoreo son: un aparato que suene en tiempos establecidos y que recuerde al estudiante

monitorear su atención, así como una tabla para anotar todos sus comportamientos (Hallahan, Lloyd y Stoller, 1982), así como señales auditivas y visuales que recuerden al maestro el monitoreo de los niños.

### **Auto-instrucción:**

La auto-instrucción puede ser tan simple como que el niño siga una secuencia específica de pasos para resolver un problema o una tarea. Ayuda a los estudiantes a detenerse, observar y escuchar, cosa que los niños impulsivos con ADHD no suelen hacer (Du Paul y Stoner, 1994).

Pfiffer y Barkley sugieren un programa en el que el niño se **DETIENE** antes de realizar una acción; **PIENSA** acerca de lo que necesita para llevarla a cabo; **ACTÚA** de una manera apropiada y por último, **REVISA** y reflexiona sobre la acción que llevó a cabo.

Boom y Fine (1995) encontraron que este programa puede ser utilizado con diferentes propósitos como es el enseñar a escribir y a leer.

La auto-instrucción ayuda de gran manera a reducir los comportamientos impulsivos al hacerles conscientes de las consecuencias de sus actos y el pensar antes de actuar.

**Auto-refuerzo** : Un método de auto-regulación que es muy prometedor para niños con ADHD es el auto-refuerzo. En este se requiere que el estudiante monitoree, evalúe y refuerce sus comportamientos y se haga consciente de ellos.

## **IV. PROPUESTA DE ENTRENAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL ENFOCADO A NIÑOS ESCOLARES CON ADHD**

La propuesta de trabajo que a continuación expongo es el resultado de mi práctica profesional que realicé en un año de trabajo en una escuela primaria particular de grupos integrados con niños con necesidades educativas especiales que van desde problemas de aprendizaje, déficit de atención con y sin hiperactividad hasta problemas de autismo y daño neurológico. Las estrategias las fui aplicando en diferentes niños que habían sido diagnosticados con ADHD y ADD y se observaron resultados muy positivos y mejorías notables en los aspectos de atención, concentración, seguridad y auto-control, los cuales han sido reportados y monitoreados por los maestros de dichos niños.

El objetivo de este manual es que todo profesionista de la educación que trabaje con este tipo de niños puedan serle útiles las estrategias y haga las adaptaciones y los ajustes que fuesen necesarios según el tipo de población con el que cuente. Este manual no es un modelo definitivo pues cada quien puede irlo aplicando a su ritmo y de acuerdo a sus propias necesidades y expectativas.

Los padres de niños con ADHD y los profesionales que trabajan con estos niños se enfrentan a la difícil tarea de hacer la mejor elección acerca del tratamiento. No sólo la complejidad de esta patología sino la controversia, los mitos, las creencias y las investigaciones que se han hecho al respecto hacen difícil el llegar a un entendimiento claro del ADHD y las necesidades del tratamiento, el cual debe adaptarse a la edad y etapa de desarrollo en el que se encuentren estos niños.

En los niños pequeños cuando la sintomatología apenas empieza a surgir y a reconocerse, es importante que los padres acudan a un profesionalista especializado si observan síntomas de agresión, ansiedad, depresión o desajustes o retardos en el desarrollo motor y del lenguaje a fin de obtener evaluaciones médicas de profesionistas especializados en niños con ADHD como son: pediatras, paidopsiquiatras y neurólogos pediátricos para determinar la presencia o ausencia de posibles causas orgánicas. De los resultados de dichas evaluaciones se puede determinar el tipo de asesoría personal que se necesite, la cual puede ser en aspectos del funcionamiento y el contexto familiar, desarrollo del lenguaje y/o de la motricidad.

Es recomendable que los padres se involucren en el tratamiento integral del niño acudiendo con grupos de orientación familiar guiados por profesionistas especializados en salud mental, aclarando todas sus dudas e inquietudes que tengan e informándose en qué consiste el grupo de entrenamiento; así mismo el profesionista deberá explicar los métodos claros de control de conducta que les permita observar los comportamientos apropiados e inapropiados de sus hijos, aprender a poner límites, cómo actuar ante los comportamientos negativos del niño e implementar un programa de recompensas adecuado a la familia.

Otro elemento muy importante en el entrenamiento a padres incluye el aumentar su atención sobre las posibles razones detrás del comportamiento de su hijo, aprender mejores métodos y formas de comunicación con sus hijos así como favorecer la reflexión sobre la manera en que los están educando, revisar la forma en que ellos fueron educados por sus padres y detectar si están cometiendo los mismos

errores con sus hijos. De acuerdo a los reportes de varios padres, todos estos elementos pueden ser muy útiles en mejorar los comportamientos del niño.

Para los niños con ADHD que presentan signos tempranos de dificultades de comportamiento, en los años preescolares es importante valorar los síntomas y problemática que presenta a fin de decidir si resulta más benéfico otro año de total libertad y de menos estructura o un programa especial que puede convertirse en un importante tratamiento para el niño.

En edad escolar el elemento más importante para el plan de tratamiento es asegurar un ambiente educativo que provea al niño de los elementos necesarios para desarrollar unas buenas bases académicas y una auto-estima sana. Ninguna terapia o tratamiento puede superar los impactos negativos que puede crear en un niño el vivir 35 horas a la semana en un ambiente negativo e inapropiado para su sano desarrollo físico y mental. De ahí la importancia de que los padres se manengan bien informados y que tengan un buen manejo de reglas claras y consistentes con su hijo.

Otro elemento importante del plan son las intervenciones cognitivo-conductuales que están orientadas al incremento de la capacidad del niño para auto-monitorearse, auto-controlarse, contar con estrategias en solución de problemas y manejo de la agresión, mismas que son las más recomendables en niños de 8 a 12 años que se encuentran al menos en segundo o tercer grado, pero versiones más simplificadas de terapia cognitivo-conductual pueden ser recomendadas para niños que cuentan con 7 años.

Braswell y Bloomquist (1991) no la recomiendan para niños menores de 7 años pues los estudios que se han llevado a cabo con niños menores de esta edad han

dado resultados muy pobres o extremadamente inconsistentes (Kendall y Braswell, 1985). A través de una perspectiva del desarrollo, uno puede encontrar que muchos niños “normales” de 5 años se encuentran desarrollando las formas de pensamiento auto-regulado que la mayoría de las intervenciones cognitivo-conductuales pretende enseñar (Luria, 1961).

Para la edad de 7 u 8 años, muchos niños con ADHD pueden estar exhibiendo dificultades con sus compañeros, por lo que la participación en actividades sociales o programas deportivos puede ser de gran beneficio para el niño. Algunos programas, como el que se describe en este trabajo, combinan elementos cognitivo-conductuales, de auto-control y de entrenamiento social. Pero algunos niños con ADHD presentan déficits en los comportamientos sociales de tal magnitud que se beneficiarían más de un programa intensivo de reglas y comportamientos sociales adecuados en vez de o aparte de un entrenamiento en auto-control.

Algunos niños con ADHD tienen tales deficiencias de atención y de coordinación que el participar en deportes de equipo los beneficiaría enormemente para superarlas. Muchos expertos en esta área (Garfinkel, 1987) recomiendan a los padres involucrar a los niños con ADHD en deportes que enfatizan el trabajo y el esfuerzo individual con uno mismo como es la natación y las artes marciales. A la vez es importante que el niño cuente con un entrenador sensible a sus necesidades que combine un entrenamiento orientado al desarrollo de sus habilidades atléticas y su auto-estima. Para algunos niños en edad escolar, el tratamiento con fármacos juega un papel muy importante en el plan de tratamiento.

Ziegler y Holden enfatizan que la presencia de los síntomas del ADHD y/o problemas de aprendizaje en un niño impiden su desarrollo en 3 áreas

principalmente: auto-control, autoestima y tolerancia a la frustración, A su vez mencionan que ciertos aspectos en la estructura y en el contexto familiar pueden favorecer o dificultar el desarrollo del niño.

Los niños y adolescentes con ADHD y con problemas de aprendizaje se desarrollan mejor y se benefician de familias que concentran sus esfuerzos para reforzar y lograr una compensación en el aprendizaje y el auto-control del niño; sus dificultades son aceptadas como algo biológico del niño y no como algo que puede estar bajo el control de los padres; los padres mantienen un compromiso y un interés auténtico y especial por el niño al mismo tiempo que cierta distancia sana del “problema” de manera que ninguno de los miembros de la familia se vea afectado (Ziegler y Holden, 1988, p.199).

En el caso de los niños con ADHD un plan de tratamiento cognitivo-conductual debe de tener un apropiado reconocimiento y conocimiento acerca del importante rol que juega la familia, la cual debe entender su sistema a fin de ayudar a desarrollar las capacidades del niño, mientras que ellos puedan superar el pobre control de impulsos, el escaso auto-control, la limitada capacidad para solucionar problemas y/o las inadecuadas habilidades sociales.

En el caso de los niños con ADHD, Braswell y Bloomquist (1991) así como Ziegler y Holden (1988) y muchos otros, enfatizan que algunos aspectos de las dificultades del niño se encuentran biológicamente predeterminadas y que en ciertos casos, los aspectos biológicos pueden determinar ciertos límites en las capacidades del niño de acuerdo a su edad y a su nivel de madurez.

A continuación, de forma esquemática presento los pasos a seguir en una intervención cognitiva-conductual para el niño y su familia.

## **I. Asesoramiento**

### **A. Diagnóstico**

### **B. Tratamiento**

### **C. Plan de Tratamiento**

a) Tomar nota de los comportamientos y procesos cognitivos del niño y su familia

b) Considerar la severidad del trastorno del niño

c) Considerar la severidad de la disfunción familiar

d) Considerar los factores de desarrollo del niño

e) Considerar el contexto escolar del niño

- Preparándose para el cambio
- Crear un ambiente colaborativo y armónico con el niño, la familia y los maestros
- Empezar a cambiar resistencias
  
- Entrenamiento cognitivo-conductual
- Enfocado en el niño
  - Enfocado en los padres
  
- Trabajo con los maestros
- Terminación
- Seguimiento

La terapia Cognitiva-Conductual es un entrenamiento en habilidades colaborativas y orientadas a una meta. Como se detalla en los puntos anteriores, hay 6 pasos terapéuticos a seguir en este modelo de terapia cognitiva-conductual.

El primer paso es el diagnóstico en el cual se analiza el problema a resolver y se diseña el tratamiento a seguir. En el diagnóstico es en donde se delinear los factores específicos del niño, los padres y la familia, en cuanto a sus procesos cognitivos y de comportamiento, a tomar en cuenta en la intervención.

El terapeuta debe de considerar la severidad y el grado de disfunción familiar que existe, el grado de profundidad del problema del niño y su nivel de desarrollo y madurez, así como los factores académicos del niño y el grado en el que se considerará a la escuela y los maestros para determinar el plan de tratamiento a seguir.

Se harán los máximos esfuerzos para conseguir que el programa mantenga una generalización de las habilidades aprendidas aplicadas a todos los aspectos de la vida del niño para lograr su aplicación en diferentes contextos y por lo tanto el mantenimiento de las mismas.

Para que este programa logre su máxima eficacia, es importante que el terapeuta que lo va a implementar posea un buen repertorio de habilidades comunicativas efectivas, que establezca un buen rapport, que posea sentido del humor, etc; y a su vez que posea expectativas altas del niño y de su familia.

El terapeuta debe de ser directivo y hacer preguntas para guiar a los padres y al niño a desarrollar sus propias habilidades que les permitan saber aplicar soluciones a problemas reales por sí mismos. El terapeuta cognitivo-conductual debe de emplear una gran variedad de herramientas como son: la instrucción didáctica, el modelado, el juego de roles, ejercicios de pensamiento, etc.

Para el tratamiento de los niños con ADHD las técnicas más utilizadas son la solución de problemas y la auto-instrucción. El entrenamiento en solución de problemas comprende el enseñar a los niños estrategias para la solución de problemas como es el reconocer los problemas, el cómo generar alternativas de solución, el saber anticipar consecuencias y los obstáculos que se pudieran presentar, así como la forma de actuar ante determinados problemas proponiendo una solución adecuada.

La auto-instrucción comprende el entrenar a estos niños a que elaboren auto-instrucciones verbales internas lógicas y por pasos para solucionar un problema (Meichenbaum y Goodman, 1971).

Tanto la de solución de problemas como la de auto-instrucción comprenden las estrategias de auto-control y las habilidades de reconocer problemas, crear soluciones y generalizarlas a otros problemas que se presenten; tomar decisiones, elaborar un pensamiento medios-fines y acciones-consecuencias; anticipar consecuencias y ejecutar comportamientos específicos.

Posteriormente sigue el tratamiento el cual debe involucrar el entrenamiento en solución de problemas interpersonales, el manejo del enojo y la frustración, el

entrenamiento en relajación y el entrenamiento en habilidades sociales y comunicativas.

Estas estrategias se pueden aplicar tanto en la problemática académica que se presenta cuando el niño no hace el esfuerzo que debería en sus tareas y actividades escolares o cuando no termina lo que empieza; en problemas del área social como son dificultades en la interacción con adultos y compañeros (Kendall y Braswell, 1985).

El segundo paso es prepararse para el cambio en el cual el terapeuta cognitivo-conductual puede utilizar una gran variedad de procedimientos para remediar o modificar los factores cognitivos y de comportamiento implicados en el desajuste y los problemas en la familia. Se utilizan procedimientos cognitivos y educativos para modificar los pensamientos y actitudes de los padres. El terapeuta debe proporcionar a los padres toda la información acerca de lo que es el ADHD y la terapia cognitiva-conductual de una manera clara y completa.

Se entrena a los padres a reconocer sus procesos cognitivos disfuncionales y los de su hijo, a entender el porqué esos pensamientos son disfuncionales y a cambiarlos por otros más funcionales y sanos.

El tercer paso involucra el trabajo con el niño, los padres y la familia en un entrenamiento en habilidades cognitivo-conductuales. En este entrenamiento cognitivo-conductual que se le va a dar al niño, el punto más importante es el motivarlo a que utilice sus propios procesos cognitivos de una manera más

productiva. Un componente importante en el entrenamiento es ayudar a los padres a ser mejores observadores de su hijo y de ellos mismos en diferentes contextos y darse cuenta de comportamiento repetitivos y negativos en la interacción padres-hijo. Se les enseña a los padres las estrategias cognitivas-conductuales y a reforzar su adecuada aplicación.

Los padres también aprenden métodos para modificar el comportamiento de sus hijos en el hogar. Se pueden emplear una gran variedad de técnicas para mejorar las interacciones padres-hijo y para facilitar el manejo de las habilidades del niño y de sus comportamientos.

Una técnica comprende el mejorar las relaciones padres-hijo a través de un espacio de juego con su hijo en el que le dediquen ese tiempo solo a él, en donde se incrementen los comportamientos positivos como el dar gratificaciones.

Otra habilidad que los padres pueden desarrollar es el auto-monitoreo, en donde los padres aprenden a observarse a sí mismos, a reducir interacciones negativas y a aumentar las interacciones positivas, así como el saber dar cumplidos a los comportamientos positivos del niño.

Otra habilidad que es importante que desarrollen los padres es el que aprendan a reconocer cuando nos dan ordenes vagas, poco claras e inefectivas y saberlas cambiar por ordenes firmes, claras, específicas y de un solo paso para que el niño las pueda entender y llevar a cabo correctamente.

El tiempo-fuera y el quitar privilegios pueden ser otras formas efectivas para el manejo de la conducta por parte de los padres, así estos aprenderán a poner

consecuencias a los comportamientos del niño. Otro factor importante es el estructurar el ambiente del hogar, establecer reglas a seguir y expectativas y crear una atmósfera estructurada en donde el niño pueda contar con una base organizadora de su conducta y en donde los padres sepan establecer límites.

El entrenar al niño a auto-monitorearse es otra forma efectiva en la que los padres pueden modificar el comportamiento de su hijo. Se les instruye a los padres en cómo monitorear y reforzar al niño por permanecer en lo que debe de hacer.

El entrenamiento en solución de problemas para padres es otra habilidad muy efectiva en la cual miembros de la familia aprenden a enfocar las discusiones, a utilizar métodos ordenados y por pasos para solucionar problemas, sobre todo en las relaciones familiares.

Otra técnica muy poderosa es la de aprender habilidades comunicativas efectivas con todos los miembros de la familia (Alexander y Parsons, 1982; Foster y Robin, 1989). Por último es muy importante el que la familia aprenda habilidades para manejar su enojo, su miedo y frustraciones (Foster y Robin, 1989). En este tipo de entrenamiento, los miembros de la familia aprenden a reducir su enojo y frustración de manera que puedan usar sus habilidades de solución de problemas y de comunicación efectiva de manera positiva.

El cuarto paso es la consulta escolar, la cual puede tomar un enfoque cognitivo-conductual. Es importante el proporcionar al personal escolar información acerca del ADHD y de la terapia cognitiva-conductual para mantener informados al personal que trabaja con el niño y modificar actitudes y pensamientos negativos. Aunque no

es una tarea fácil, es de mucha utilidad el tratar de modificar pensamientos y actitudes negativas en los maestros, de una manera similar a como se hace con los padres.

En las consultas escolares se hace énfasis en proporcionar estrategias específicas y habilidades a los maestros en su trato con los niños con ADHD. El primer paso es el explicar al personal escolar las habilidades que el niño está adquiriendo en terapia. En segundo lugar es el implementar métodos para ayudar al personal escolar a trabajar con el niño de una manera cognitiva-conductual, como es el recompensar, evaluar y observar al niño cuando usa una estrategia en el ambiente escolar.

El quinto paso es la terminación en la cual una vez que el niño, sus padres y los miembros de su familia han demostrado un cambio positivo y han aprendido a aplicar apropiadamente las nuevas habilidades que se les han enseñado y una vez que la consulta escolar se ha implementado, el terapeuta debe considerar en terminar la terapia. El terapeuta debe observar y analizar cuidadosamente el progreso del niño, de su familia y del contexto en el que se encuentra así como mantener una comunicación abierta y constante entre todos los miembros para intercambiar opiniones y aclarar todas las dudas que tenga el niño, la familia y la escuela.

Se deben elaborar preguntas para saber la opinión y la percepción que tiene ahora la familia del niño, si el niño ha adquirido y ha sabido aplicar adecuadamente las estrategias aprendidas, si los padres han notado progresos en su comportamiento, su atención y en su desempeño escolar y en la interacción con sus compañeros, maestros y demás miembros de su familia y su comunidad.

Se debe hablar con cada uno de los miembros de la familia para comparar opiniones de cada uno acerca de los progresos del niño y en sus relaciones

familiares. Si el terapeuta ve que todo cuadra bien y que todos han mejorado se puede dar fin a la terapia, no sin antes haber aclarado todas las dudas, dado todas las indicaciones y explicado los signos de alerta que pueden hacer que se necesite regresar a la terapia.

El último paso es el seguimiento en el cual es importante para mantener los efectos del tratamiento por lo que es muy importante que el terapeuta monitoree el progreso del niño y de la familia a través de ciertas sesiones en un determinado tiempo que se estipule. El terapeuta puede mantener comunicación telefónica para mantenerse informado del estado del niño y de la familia.

Debido a que el ADHD va tomando diferentes matices a lo largo de las etapas de desarrollo del niño; por ejemplo: en la niñez temprana los síntomas pueden ir de la impulsividad a la sobreactividad; en la niñez media se pueden manifestar síntomas de personalidad desafiante y en la niñez tardía y adolescencia en rebelión y desmoralización; se recomienda que el terapeuta lleve un plan de seguimiento consistente adaptado a las necesidades que presente en ese momento el niño y la familia.

## 1. ENTRENAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA NIÑOS ESCOLARES CON ADHD

El objetivo de este entrenamiento es el darle a los niños que padecen ADHD, las herramientas necesarias en las estrategias de auto-instrucción y solución de problemas para que las puedan aplicar a problemas de relaciones interpersonales, manejo del enojo y de la impulsividad, así como problemas de comportamiento y de bajo esfuerzo académico.

La edad óptima para un entrenamiento cognitivo-conductual es a partir de los 8 años en adelante ya que a partir de esa edad es cuando más se benefician de este tipo de entrenamientos debido a que se encuentran en el estadio de las operaciones concretas y tienen un mejor entendimiento de lo que se les pide y pueden tomar un rol mucho más activo y beneficiarse más en el tratamiento. (Lauren Braswell y Michael Bloomquist, 1991)..

El primer paso antes de empezar un proceso terapéutico es el establecer un buen rapport con el niño. Se recomienda que el terapeuta se presente a sí mismo de una manera animada y entusiasta y que trate de hacer las sesiones lo más divertidas posible. Al introducir las estrategias que se van a aprender, se deben seguir una serie de pasos.

Primero el terapeuta debe explicar la estrategia al niño de manera que le quede completamente clara, posteriormente el terapeuta debe llevarla a cabo fungiendo siempre como modelo. Posteriormente se le pedirá al niño que lleve a cabo la estrategia, las primeras veces el niño se apoyará del terapeuta así como de verbalizaciones y gráficos. Finalmente el niño debe de practicar las estrategias hasta que las aplique perfectamente, poco a poco la ayuda del terapeuta se va debilitando hasta que el niño pueda hacerlo por sí mismo y vaya adquiriendo completa seguridad (Braswell y Bloomquist, 1991).

Es útil el usar el role-playing que es el escenificar una estrategia (Braswell y Bloomquist, 1991). Por ejemplo, si un niño está aprendiendo a manejar su enojo a través de estrategias es importante que después de que sepa aplicar las estrategias, escenifique una escena con alguien que lo haga enojar y actúes aplicando la

estrategia; el role-playing debe de ser adaptado al niño y a escenarios reales que esté viviendo en la actualidad o que vivió hace tiempo y que le estén molestando.

Cuando el niño empiece a tomar más agilidad y maestría en las estrategias se le dejará tarea para que practique en su casa lo que se le ha estado enseñando en las sesiones. La tarea será revisada por el terapeuta en la siguiente sesión. Es importante que las estrategias se ajusten a las necesidades de cada niño.

El terapeuta debe incitar al niño a comprometerse activamente en la selección de estrategias y de escenificaciones para que sienta que se toman en cuenta sus intereses y deseos y funcione mejor la terapia (Braswell, Kendall, Braith, Carey y Vye, 1985). Por ejemplo, cuando se vayan a usar estrategias para manejar el miedo, el terapeuta le puede preguntar al niño qué es lo que le da miedo, de esa manera el niño se involucra activamente para generar escenarios en el role-playing de aspectos que necesita resolver en ese momento.

Es recomendable también que el terapeuta utilice un acercamiento de “descubrimiento” (Schleser, 1983). El acercamiento de descubrimiento consiste en que el terapeuta empiece a formular preguntas que vayan guiando al niño a descubrir y dar soluciones a sus propios problemas.

Se recomienda dar refuerzos positivos al niño, sobre todo en las primeras sesiones, como son: estampitas o puntos al inicio de cada sesión, determinado número de vales o puntos serán intercambiados por una recompensa al final de la sesión. El niño perderá puntos cuando no siga las reglas de comportamiento estipulados en la sesión. La recompensa consistirá en que el niño escoge un juego o

en hacer algo que tanga mucha ilusión de hacer; a mayor número de puntos mayor será la recompensa del niño.

Es importante también que el niño haga una auto-evaluación de cómo estuvo en esa sesión. También es importante el decirle al niño al inicio de la sesión que si pone todo su esfuerzo en lo que se le pide obtendrá una recompensa al final de la sesión. Se recomienda el uso de la lámina : "Qué Tanto Me Esforzé" \*(Apéndice 2) . Esta lámina tiene descripciones de cuánto esfuerzo hizo el niño en las sesiones, llendo del rango 1: No me esforzé en absoluto al rango 5:Hice mi mejor esfuerzo. El niño recibirá recompensas si se encuentra entre los rangos 3 al 5.

Los grupos deben de ser de 6 niños máximo, también se puede trabajar individualmente, esto dependerá del grado de ADHD de los niños y si se beneficiarían más de manera individual o grupal. Lauren Braswell y Michael Bloomquist recomiendan usar 2 terapeutas y conducir múltiples actividades simultáneas incluido el mantener cierto grado de orden en un grupo muy activo.

\*De aquí en adelante sólo pondré A que es igual a Apéndice. (A= Apéndice).

Cuando surgen problemas en el grupo, el terapeuta puede incitar al niño a usar sus estrategias y reforzarlas para su aplicación correcta. Por ejemplo, si un terapeuta nota que un niño está constantemente pateando la silla de otro niño, este le comenta al niño: "Este puede ser un buen momento para utilizar una estrategia" (estrategia de solución de problemas). Al niño que estaba pateando se le da la oportunidad para llevar a cabo la estrategia. El terapeuta ayuda al niño a través del proceso de solución de problemas que se explicará a lo largo del capítulo. Se le dan puntos al niño si lleva a cabo la estrategia paso por paso adecuadamente. Cada problema que se le ponga a

un niño a resolver se le da también a todos los niños para que juntos puedan también llegar a una solución..

El terapeuta va coordinando la sesión constantemente y recordando pasos ya enseñados en solución de problemas. Los reforzadores son también importantes para mantener el orden; por ejemplo, un terapeuta puede estar coordinando la sesión, motivando a los niños a proponer soluciones y el otro estar atento a quién da las respuestas correctas para dar los reforzadores. Se usa la lámina: "Puntos de Grupo" (A.3). El niño recibe puntos por comportamientos positivos (hacer los ejercicios, escuchar, participar, etc) y por usar las estrategias y las nuevas habilidades que se le han enseñado en cada sesión.

Por ejemplo, si un niño no participa, y en un momento dado decide participar, el terapeuta le dice al niño: "Tienes ya un punto por participar, sigue trabajando así!". También se le dan puntos a quien entregue sus tareas cada sesión. Se quitan puntos por agresiones físicas y verbales hacia otros niños y por comportamientos negativos. El terapeuta puede pedirle al niño que use una estrategia para cambiar el comportamiento negativo que está presentando, si el niño no lo quiere hacer y se niega completamente se le quitan puntos. También se le pueden dar tarjetas rojas a los niños que presenten comportamientos extremadamente negativos o agresivos. Si el niño junta 3 tarjetas rojas se le saca del grupo en esa sesión. El niño que junte más puntos positivos durante el día será designado: "El Niño del Día", este niño tendrá la oportunidad de escoger el juego o la actividad que todos los demás jugarán en los últimos 10 a 15 minutos. Se ha encontrado que este sistema ha tenido un éxito sorprendente en manejar los comportamientos difíciles en un grupo.

Es importante resaltar que el terapeuta debe actuar más como un facilitador y no como un controlador en el grupo (Braswell y Bloomquist, 1991). La idea es que el niño se vaya haciendo cada vez más responsable de sus propios comportamientos y de resolver sus propios problemas en el grupo. Esto implica que el terapeuta mantenga un estilo relajado. El terapeuta debe dejar a los niños patear la silla de otros, mirar por la ventana y llamar a otros, En vez de responder con un: ¡"Deja de hacer eso!", ¡"Siéntate!", etc; el terapeuta respondera con un: "Apuesto a que tu puedes usar una buena estrategia para resolver este problema ahora", o "Tal vez deberías intentar llevar a cabo la estrategia del manejo del enojo en este momento".

Si un niño no está de acuerdo con el sistema de puntos, por ejemplo, el terapeuta debe de motivar al grupo a resolver activamente el problema entre todos y proponer una solución; el terapeuta debe de estar preparado para cualquier cambio en beneficio de los niños.

## 1. ENTRENAMIENTO EN SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

El entrenamiento en solución de problemas comprende el enseñar a los niños estrategias para la solución de problemas como son: el reconocer los problemas, el generar alternativas de solución; el saber anticipar consecuencias, así como los obstáculos que se pudieran presentar y el cómo actuar ante determinados problemas proponiendo una solución. La auto-instrucción comprende el entrenar a estos niños a que elaboren auto-instrucciones verbales internas lógicas por pasos para solucionar un problema.

Ambas estrategias, tanto la de solución de problemas como la de auto-instrucción comprenden las estrategias de auto-control y las habilidades de reconocimiento de problemas; crear soluciones y generalizarlas a otros problemas que se presenten, tomar decisiones, elaborar un pensamiento medios-fines, anticipar concecuencias y

ejecutar comportamientos específicos. Involucra también el entrenamiento en solución de problemas interpersonales, el manejo del enojo y la frustración, así como el entrenamiento en habilidades sociales y comunicativas.

Estas estrategias se pueden aplicar a problemas en el área académica como son que el niño no haga el esfuerzo que debiera en sus tareas y actividades escolares o que no termine lo que empiece, así como a problemas en el área social como son las dificultades en la interacción entre adultos y compañeros.

El entrenamiento en habilidades en solución de problemas y auto-instrucción ha sido diseñado para remediar déficits en la atención, el control de impulsos, la solución de problemas y en las habilidades en pensamiento principios-fines. En esencia, a los niños se les entrena para pensar antes de actuar. En este entrenamiento no solo se les enseña a los niños a reflexioar antes de actuar sino a reconocer todas las operaciones que se encuentran en el proceso.

#### La Técnica:

El entrenamiento en solución de problemas se enseña mediante diferentes técnicas, las cuales deben de ser perfectamente dominadas por el terapeuta. Las herramientas a utilizar son: la instrucción didáctica, el modelado, el juego de roles (role-playing) y la generalización.

La instrucción didáctica comprende el que el terapeuta explique la estrategia a los niños paso por paso de forma que les quede completamente clara a todos; el modelado consiste en llevar la estrategia a la acción en donde primero el terapeuta la modela paso por paso y los niños fungen como observadores, posteriormente los niños harán escenificaciones de la estrategia, que es a lo que se le llama role-playing

pues cada persona tiene un rol a llevar a cabo con el objetivo de que la estrategia les quede clara a todos; otra técnica es la generalización que es en la que se les ayuda y guía a los niños para que apliquen las estrategias aprendidas a otros contextos de su vida y que les sean útiles a lo largo de sus experiencias y vivencias cotidianas.

El terapeuta primero debe de introducir el programa a los niños, puede hacerlo de la siguiente manera:

“En las siguientes semanas, estaremos realizando diferentes actividades un día por semana por una hora y media; cada semana aprenderemos maneras especiales en las que podrán hablarse a sí mismos cuando se encuentren en situaciones difíciles como son: problemas en la escuela, con los amigos, los maestros, etc. El terapeuta dice: ¿Alguno de ustedes se ha hablado a sí mismo o sabe de alguien que lo haya hecho?”

El terapeuta anima a los niños a participar y se dan varios ejemplos acordes a la edad e intereses del niño, después de varios ejemplos el terapeuta dice: “Entonces...el que se hablen a sí mismos significa que está mal o que están locos?...¡ Por supuesto que no! En un momento les enseñaré una manera especial que podemos usar para hablamos a nosotros mismos cuando nos veamos ante un problema y lo practicaremos, pero antes que hagamos esto, quiero que veamos otra cosa.”

El terapeuta ayuda a los niños a establecer las reglas que van a seguir a lo largo de todo el entrenamiento. Puede iniciar diciendo: “Necesitamos algunas reglas especiales acerca de lo que podemos y no podemos hacer a lo largo de nuestro entrenamiento en este grupo”. Posteriormente el terapeuta anima a que todos aporten

ideas mediante una lluvia de ideas, mientras el terapeuta las va escribiendo en el pizarrón, divide entre lo que sí se puede hacer y lo que no y se llega a un acuerdo mediante un consenso general, las reglas se escriben finalmente en un lugar donde los niños puedan ver y tener presentes siempre. El terapeuta se puede valer de la lámina: "Reglas de lo que se puede hacer y lo que no se debe hacer en el grupo a lo largo de las sesiones de entrenamiento", (A. 1), esta lámina es a manera de ejemplo y cada grupo tendrá sus propias reglas.

Posteriormente se explicará que se darán refuerzos cuando los niños actúen de forma correcta, participen, aporten nuevas ideas, se manengan atentos y en orden. Se les explicará la lámina: "Puntos de Grupo"; (A. 3) en la que los niños recibirán una estampita cada vez que sigan las reglas y lleven a cabo las estrategias de solución de problemas y auto-instrucción adecuadamente. Se les explicará que igualmente pueden perder puntos si presentan comportamientos negativos, con 3 puntos que se les quiten en una misma sesión tendrán que salir del lugar y se hablará con los papás al respecto. Al finalizar la sesión del día se contarán todos los puntos y el niño con mayor puntos será designado el: "Niño del Día" y tendrá la oportunidad de escoger el juego que todos los demás niños jugarán los 10 minutos restantes de la sesión.

El terapeuta se encuentra ahora listo para proveer un entrenamiento más específico en las estrategias de auto-instrucción y solución de problemas. El terapeuta dice: "Ahora ya estamos listos para regresar a lo que les había explicado al principio de nuestra sesión. Yo tengo una manera especial de hablarme a mí mismo cuando me encuentro en situaciones problemáticas y quiero compartirla con ustedes. Mientras les hablo de las cosas que me digo a mí mismo, las voy a ir escribiendo en este rotafolios. Llamaremos a estos pasos nuestro plan. Mientras les hablo de las cosas que me digo a mí mismo para resolver un problema y lo que significan, quiero

que piensen en las palabras que ustedes usarían si tuvieran que decirse lo mismo a ustedes. Podemos usar diferentes palabras que signifiquen lo mismo y las palabras que yo voy a usar puede que sean diferentes a las mías. Ustedes pueden seguir en las hojas que les entregaré. Mientras hablamos de cada paso, les voy a pedir que escriban algunas cosas en su hoja.

## 1.1 SOLUCIÓN DE PROBLEMAS EN 5 PASOS

El terapeuta se dispone a explicar el proceso de 5 pasos en la solución de problemas en la lámina : "Solución de Problemas en 5 Pasos" (A. 4).

Los 5 pasos en la solución de problemas son:

1. ¡Détente! ¿Cuál es el problema?
- 2.¿Qué planes existen?
- 3.¿Cual es el mejor plan?
- 4.Llevar a cabo el plan
- 5.¿Fué efectivo el plan?

El paso 1: ¡Détente! ¿Cuál es el problema? Está diseñado para ayudar al niño a reconocer cuando existe un problema; el paso 2: ¿Qué planes existen? Ayuda al niño a generar posibles alternativas a los problemas; el paso 3: ¿Cuál es el mejor plan? lleva al niño a pensar en las consecuencias de cada alternativa y a seleccionar la mejor de todas; el paso 4: Llevar a cabo el plan; tiene que ver con el niño aplicando la estrategia y por último, el paso 5: ¿Fué efectivo el plan? hace que el niño evalúe si la estrategia funcionó o no, si no funcionó, se requerirá el uso de otra estrategia nueva.

### Ejemplos:

El terapeuta escenifica una situación para explicar a los niños la estrategia de solución de problemas en 5 pasos: “En esta situación, tú estás sentado detrás de mí en la clase y empiezas a patear mi silla. Ok, empieza a patear mi silla (el niño actúa pateando la silla). Paso 1: ¡Deténte! ¿Cuál es el problema? El problema es que él está pateando mi silla y yo me estoy enojando. Paso 2: ¿Qué planes existen? Puedo voltearme y patear su silla, puedo decirle a la maestra, o puedo ignorarlo. Paso 3: ¿Cuál es el mejor plan? Si me volteo y pateo su silla puede que se enoje de verdad o que siga pateándome. Si le digo al maestro (a) puede que deje de patearme, pero me dirá que soy un chismoso. Si lo ignoro puede que deje de patearme. Intentaré con la última opción, la de ignorarlo. Paso 4: Llevar a cabo el plan. Ok, ahora lo que necesito hacer es ignorarlo porque ese es el mejor plan para mí. (El terapeuta modela la estrategia ignorando al niño que patea la silla). Paso 5: ¿Funcionó mi plan? ¡Sí!, pensé en ello, utilice mis planes, escogí la mejor opción que era ignorarlo y dejé de patear mi silla!

Después de este ejemplo de modelado, se le pide al niño que use esta estrategia en otras situaciones y la aplique a otros problemas con el role-playing. Es importante el practicar con muchos ejercicios en donde los niños aprendan diferentes estrategias en solución de problemas a través del role-playing, enfocados sobre todo a situaciones de problemas interpersonales y de la escuela que esté viviendo el niño en ese momento.

**ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA**

Se hacen ejercicios hasta que el niño vaya adquiriendo cada vez más seguridad en sí mismo y más precisión hasta llevarlas a cabo de manera casi automática. Después de que los niños hayan demostrado al menos una maestría básica en las estrategias de solución de problemas (la mayoría de las veces después de 3 a 5 sesiones) el

terapeuta puede implementar “planes cortos”. Con los planes cortos, se le pide a los niños que establezcan cual es el problema y qué es lo que van a hacer con él. Poco a poco las verbalizaciones de los 5 pasos a seguir se van haciendo menos audibles hasta que el niño logre la internalización verbal.

## 1.2 RECONOCIMIENTO DEL PROBLEMA

(Medios-Fines)

(¡Deténte! ¿Cuál es el problema? ).

Un factor importantísimo en la estrategia de solución de problemas es el aprender a reconocer la existencia de un problema. Las habilidades en reconocimiento de problemas están diseñadas para ayudar al niño a comprender las señales que dicen que existe un problema.

La Técnica:

La estrategia en reconocimiento de problemas se enseña mediante diferentes técnicas, las cuales deben ser perfectamente dominadas por el terapeuta. Las herramientas a utilizar son: la instrucción didáctica, el modelado y el juego de roles (role-playing). La instrucción didáctica comprende el que el terapeuta explique la estrategia a los niños paso por paso de forma que les quede completamente clara a todos; el modelado consiste en llevar la estrategia a la acción en donde primero el terapeuta la modela paso por paso y los niños fungen como observadores, posteriormente los niños harán escenificaciones de la estrategia que es a lo que se le llama role-playing en donde escenifican situaciones en las que los niños se vean ante un problema y tengan que resolverlo.

El terapeuta explicará la importancia del reconocimiento de problemas. Se les explicará a los niños que a lo largo de la sesión aprenderán el cómo una persona reconoce que existe un problema. Es importante que el terapeuta enfatice que este componente es el elemento más importante en cualquier estrategia en solución de problemas porque si una persona falla en reconocer que existe un problema no llegará a ningún lado. Cuando el niño haya comprendido el término de reconocimiento de problemas se le preguntará sobre las consecuencias que tendría una persona al no reconocer que existe un problema.

Ejemplo:

El terapeuta le pide al grupo que piense qué pasaría si una persona no se diera cuenta de la señal en su carro indicando que el tanque de gasolina se encuentra en ceros o qué pasaría si una persona que está manejando su coche no conociera lo que significan las luces del semáforo. Posteriormente se les pide a los niños que piensen en otros ejemplos de lo que pasaría si alguien no reconociera que existe un problema.

Posteriormente el terapeuta se dispone a explicar las señales externas. Se les enseña a los niños a reconocer señales de su medio que avisan de un problema o de algo que se debe hacer. El terapeuta entrena a los niños a reconocer señales externas como son: las expresiones faciales (por ejemplo: sonrisas y fruncimientos) y posturas corporales (por ejemplo: los brazos cruzados, los puños cerrados, el tono de voz alto, etc), y cómo reconocer situaciones confusas (por ejemplo: reconocer cuando un niño está molestando a otro y cuando alguien está herido). Cuando todo el grupo haya comprendido el significado de las señales externas y del medio, el terapeuta puede elaborar una discusión sobre cómo reconocer las señales internas o personales, como son los sentimientos por (ejemplo: tristeza, enojo, etc), los

pensamientos (por ejemplo: de enojo o tristeza), y las señales corporales (por ejemplo: los músculos tensos, los latidos rápidos del corazón, la sudoración, etc).

El terapeuta ayudará a los niños a reconocer sus propias señales afectivas, cognitivas y fisiológicas al recordar experiencias que hayan vivido y que fue lo que sintieron o pensaron. Los demás niños del grupo también pueden retroalimentarse acerca de varias señales que hayan reconocido en ellos y en otras personas.

Ejemplo 1 :

Un ejercicio de role-playing que se puede usar para ayudar a los niños a adquirir habilidades en el reconocimiento de problemas es que se les pida a los niños que den ejemplos de diferentes problemas que hayan vivido en su casa, en la escuela, con los amigos, etc. El terapeuta escribe los ejemplos de los niños en diferentes pedazos de papel, los mete en un frasco y explica que unos niños van a trabajar juntos para actuar los problemas que les salgan en los papelitos, mientras que los demás tratarán de reconocer el problema que se está actuando. Una vez que hayan identificado el problema se motiva a los niños a discutir acerca de las señales internas y externas que los llevaron a descubrir de qué se trataba el problema.

Ejemplo 2:

Dos niños acaban de hacer una escenificación en donde estaban caminando cuando de repente un niño empuja a otro.

Terapeuta: ¿Puede alguien reconocer cuál es el problema aquí?

Niño 1: Él está enojado.

Terapeuta: Muy bien. ¿Alguien más puede reconocer cuál es el problema aquí?

Niño 2: Él lo empujó y lo hizo enojar.

Terapeuta: ¿Cuáles fueron las señales que los llevaron a pensar cuál es el problema?

Niño 1: Se veía enojado; su cara estaba fruncida (señal de expresión facial).

Niño 2: Él lo empujó (señal de situación confusa).

Terapeuta: ¿Puede alguien pensar en otras señales?

Niño 3: Yo pienso que él estaba sintiéndose enojado y su corazón latía con fuerza y sus músculos se tensaron (señal corporal).

Terapeuta: ¡Muy bien! (A los niños que escenificaron el problema: ¿piensan ustedes que ellos reconocieron el problema correctamente?).

### 1.3. GENERACIÓN DE SOLUCIONES Y PENSAMIENTO CONSECUCIONAL (Tomando decisiones) (¿Qué planes existen?)

Otro punto muy importante en la enseñanza en habilidades en solución de problemas y auto-instrucciones es el entrenamiento en generación de soluciones y en pensamiento consecuencial. La generación de soluciones y pensamiento consecuencial es la capacidad de generar una gran variedad de alternativas para solucionar un problema, en los 5 pasos de solución de problemas sería el paso 2: ¿qué planes existen? Es muy importante el practicar generar un gran número de soluciones y alternativas cuando nos enfrentamos a un problema; es la habilidad para pensar en más de una solución a un problema.

La Técnica:

El entrenamiento en generación de soluciones y pensamiento consecuencial se enseña a través de la instrucción didáctica que consiste en que el terapeuta explica la estrategia a los niños a través de ejemplos y gráficos, se explica la estrategia a los

niños paso por paso y se aclara cualquier duda que hubiese; se utiliza el modelado el cual consiste en que el terapeuta funja como modelo y lleve a cabo la estrategia, posteriormente se llevará a cabo el role-playing el cual consiste en hacer escenificaciones demostrando el uso práctico de la estrategia, se practica con varios ejemplos que puedan aplicarse a situaciones reales para que se pueda dar la generalización; que el niño lo aplique a situaciones y problemas reales que esté viviendo en ese momento.

Ya que los niños hayan comprendido el concepto de señales internas y externas, así como su reconocimiento, se parte de este punto para que se trabaje en cómo expresar los sentimientos apropiadamente. Se pondrán ejercicios de modelado y role-playing en donde el terapeuta y otros niños escenificarán a un niño que se enfrenta a una situación y responde de una manera inadecuada y negativa y les preguntará a los niños porqué actuó mal, cómo debió de haber actuado y se escenificarán comportamientos positivos y maneras adecuadas de enfrentarse a un problema. También se harán conscientes a los niños de sus emociones y sentimientos cuando se enfrenten a determinadas situaciones. Se hará énfasis en que los sentimientos son una parte muy importante en cómo nos enfrentamos y respondemos al mundo; la clave está en el saber manejar y expresar nuestros sentimientos adecuadamente y en beneficio nuestro y de los que nos rodean.

Se ponen ejercicios de role playing a los niños en donde se vean enfadados o en situaciones en las que tengan que manejar el enojo, por ejemplo: que alguien se meta en la fila sin formarse cuando tú estás formado esperando tu turno. Que usen cada uno el: “Yo haría, y el yo me siento.” El terapeuta les dará puntos a los niños que hagan adecuadamente lo que se les pide.

Para enseñar la estrategia de generación de alternativas, se introduce el concepto; se les pide a los niños que recuerden el paso 2 de los 5 pasos de solución de problemas que es: ¿Qué planes existen? y que recuerden qué alternativas generaron cuando llevaron a cabo sus ejercicios en sesiones pasadas. Se les explica la importancia de saber generar una serie de posibles soluciones, saberlas analizar y escoger mejor. La generación de alternativas se hace a través de la lluvia de ideas que es el generar muchas y diferentes ideas ante un problema.

#### Ejemplo:

Para explicar a los niños el ejercicio de lluvia de ideas, es útil el empezar con un problema algo absurdo o loco. Por ejemplo, se puede preguntar a los niños cómo alguien puede convertir las rocas en oro o cómo puedes hacer para que un gato vuele, el objetivo es despertar la imaginación y creatividad de los niños para idear diferentes ideas y alternativas. Cuando hayan terminado este ejercicio, se puede ahora poner un problema mucho más práctico y real como por ejemplo: ¿Cuál sería una buena forma de acomodar las sillas y mesas en el salón para que todos vieran el pizarrón?; el terapeuta debe escribir en el pizarrón las diferentes ideas generadas.

Cuando los niños hayan comprendido el proceso de lluvia de ideas, se les explica que cuando hayan sido capaces de generar una serie de alternativas, es importante el analizar las consecuencias de cada elección tomada. Se les explicará que cada decisión que se tome tendrá consecuencias y que éstas pueden ser positivas o negativas, de comportamiento o emocionales. Para dejarles claro, se les explicará

que cada elección lleva a ciertos comportamientos y sentimientos que te producen y que no sólo pueden afectar a uno solo sino a varias personas.

Ejemplo:

Utilizando las alternativas que se generaron en el ejercicio anterior de lluvia de ideas, se les pide a los niños que piensen en diferentes consecuencias para cada alternativa que se escribió en el pizarrón. El terapeuta escribirá las consecuencias que les digan los niños y entre todos escogerán la mejor alternativa haciendo un análisis de cada una. Se practicará con diferentes ejercicios y se reforzará a los niños por su participación, se propiciará la retroalimentación.

#### 1.4. ANTICIPAR OBSTÁCULOS

(¿Fue efectivo el plan?)

El anticipar obstáculos significa el que un plan o estrategia que se escogió no resultó ser la adecuada y se necesita dar marcha atrás para reelaborar otro plan. El que el plan no haya dado resultado por más cuidadosamente que se haya llevado a cabo puede deberse a que la otra persona involucrada en el problema no actuó como esperábamos o por un cambio en las circunstancias que no estaba previsto. Se le enfatiza a los niños la importancia de ser flexibles y saber dar marcha atrás a un plan que no resultó como esperábamos y reelaborar un nuevo plan. El saber anticipar obstáculos y generar nuevas alternativas es un factor esencial para la solución de problemas.

La Técnica:

El entrenamiento en anticipar obstáculos y llevar a cabo planes de reelaboración se enseña a través de la instrucción didáctica que consiste en que el terapeuta explica la estrategia a los niños a través de ejemplos y gráficos; se explica la estrategia paso por paso y se aclara cualquier duda que hubiese; se utiliza el modelado el cual consiste en que el terapeuta funja como modelo y lleve a cabo la estrategia, posteriormente se llevará a cabo el role-playing el cual consiste en hacer escenificaciones demostrando el uso práctico de la estrategia, se practica con varios ejemplos que puedan aplicarse a situaciones reales para que se pueda dar la generalización y que el niño lo aplique a situaciones y problemas reales que esté viviendo en ese momento.

Para entrar en el tema el terapeuta les pregunta a los niños cómo es que saben que un determinado plan funcionó o no. Se les explica que para saberlo debemos de estar conscientes de nuestros propios sentimientos y de qué es lo que sentimos cuando no nos encontramos a gusto con alguna solución; es importante el hacerles ver que algunos planes afectan sólo nuestros sentimientos y hay otros planes que involucran los sentimientos de las otras personas. Se les pregunta cómo pueden decir si alguien se encuentra satisfecho con su elección. Se motiva a los niños a participar y se da retroalimentación adecuada. Puede ser útil que el terapeuta haga un pequeño resumen y que los niños recuerden el reconocimiento de las señales internas y externas y cómo nos dicen éstas si un plan funcionó o no, por ejemplo, si escogen un plan y la maestra se enoja qué significa.

La discusión anterior es con el fin de entrar en materia en la reelaboración de planes al llegar a las nociones de que a veces el primer plan o estrategia que se escoge resulta no ser lo mejor para resolver el problema, no importando lo cuidadosos que hayamos sido al escogerla, y puede deberse a que la otra persona

involucrada no cooperó o actuó como esperábamos o por un cambio imprevisto en las circunstancias que no estaba previsto. La meta de esta discusión es guiar al niño a que se dé cuenta de que cuando un plan no funciona, es señal de que se necesita un nuevo plan y no una señal de que hay que darse por vencido o dejar así el problema. Una vez que los conceptos de planes de reelaboración han sido entendidos con problemas comunes de relaciones interpersonales y de comportamientos, se va a los ejercicios de role-playing en el que usan un plan que no funcionó y en el cual se necesita un nuevo plan.

Ejemplos de role-playing serían:

- Conflicto entre hermanos en el que tu hermano(a) se niega completamente a llegar a un arreglo o a cooperar contigo.
- Una situación de juego en la que quieres jugar un determinado juego, pero te das cuenta que no cuentas con los jugadores suficientes para el juego.
- Tú quieres preparar un determinado aperitivo o postre y empiezas a prepararlo cuando te das cuenta que no cuentas con los ingredientes para preparar el platillo.

## 1.5 SOLUCIÓN DE PROBLEMAS: MEDIOS-FINES

La solución de problemas medios-fines tiene como objetivo el establecer una meta e identificar los pasos necesarios para alcanzar esa meta. La solución de problemas medios-fines es muy útil para lograr metas a largo plazo y toma de decisiones importantes, así como el analizar si funcionó el plan o no, si no tomar otros pasos para alcanzar la meta. Este tipo de solución de problemas es aconsejable para niños mayores, de 11 a 12 años pues involucra más aspectos que a los niños menores les pueden costar más trabajo.

Por ejemplo: si un niño que quiere mejorar sus calificaciones (fin) le será muy útil que articule los pasos a seguir (medios) para mejorarlas. Tomando la perspectiva

de la solución de problemas medios-fines, sería necesario que el niño tomara diferentes pasos a seguir como el establecer un horario dedicado al estudio llegando de la escuela, el pedir ayuda a sus maestros, el prestar más atención en las clases, tomar apuntes de lo más importante y hacer repasos diarios de lo que se vió en clase, todo con el fin de poder obtener mejores calificaciones.

Los niños pueden usar la solución de problemas medios-fines para alcanzar otras metas como son el tener una mejor relación con sus padres, sus compañeros y sus maestros y el ser más responsables con sus tareas. Para lograr estos objetivos, el terapeuta se apoyará de la lámina: "Habilidades en Solución de Problemas" (A.5). la cual contiene un ejercicio en solución de problemas medios-fines en la cual los niños tendrán que definir semanalmente una meta que quieran alcanzar durante la semana, describir los pasos que necesitan para alcanzar su meta y enumerarlos, posteriormente se analizarán y discutirán en clase.

## SOLUCIÓN DE PROBLEMAS: ELABORANDO DECISIONES

Otro tipo de solución de problemas es el elaborar decisiones. Los niños en ocasiones pueden verse en situaciones en las cuales es muy importante la toma de decisiones. Estudios a largo plazo con niños y adolescentes con ADHD demuestran que éstos no son muy buenos para la toma de decisiones.

Una actividad que sería muy útil para facilitar en los niños la toma de decisiones es que el niño escriba los pros y los contras de las alternativas para que pueda tomar una decisión . Se les instruye a los niños a que le asignen un valor a cada pro y contra de las alternativas, de acuerdo a la importancia que le den.

El terapeuta se puede valer para este objetivo de la lámina: "Habilidades en Solución de Problemas" (A. 5).La lámina se calificará de la siguiente manera: si el grado de importancia es bajo o poco importante, entonces el niño le designará un 1 o un 2; si el factor es de mediana importancia o más o menos importante, le designará un 3; y si los factores son los más importantes, se le designará un 4 o un 5.

Por último, el niño evaluará los puntajes y verá cual es la elección que cuenta con el mayor puntaje y por lo tanto será la que se tomará por ser la mejor y la más

efectiva. Todo este proceso será con el objetivo de que el niño pueda aplicarlo a varios problemas y generalizarlo a situaciones de su vida.

## 2. SOLUCIÓN DE PROBLEMAS INTERPERSONALES

Las relaciones interpersonales son las relaciones y las interacciones que tenemos con las personas que nos rodean, es la forma en que nos dirigimos, nos comunicamos y nos relacionamos con la gente. Los problemas interpersonales generalmente se dan por fallas en la comunicación, por no saber expresar lo que sentimos o pensamos y por actuar de una manera inadecuada o impulsiva con la gente. El entrenamiento en solución de problemas interpersonales es una habilidad extremadamente importante para los niños con ADHD dada su propensión a causar problema en la escuela y con sus compañeros.

La Técnica:

El entrenamiento en solución de problemas interpersonales se enseña a través de la instrucción didáctica que consiste en que el terapeuta explique la estrategia a los niños a través de ejemplos y gráficos, se explica la estrategia paso por paso y se aclara cualquier duda que hubiese; se utiliza el modelado el cual consiste en que el terapeuta funja como modelo y lleve a cabo la estrategia paso por paso; posteriormente se llevará a cabo el role-playing, el cual consiste en hacer escenificaciones demostrando el uso práctico de la estrategia, se practica con varios ejemplos que puedan aplicarse a situaciones reales para que se pueda dar la generalización a otros contextos en la vida del niño.

El terapeuta les explicará a los niños que todo el grupo va a aprender cómo saber compartir y actuar cooperativamente. Se le pregunta al grupo lo que significa el cooperar y que recuerden experiencias que hayan tenido cuando alguien cooperó con ustedes y cómo se sintieron y al contrario, cuando no cooperó y cuales fueron sus sentimientos al respecto. Es útil que el terapeuta modele ejemplos de comportamientos cooperativos, posteriormente se le pedirá al grupo que modele comportamientos de cooperar y compartir a los largo de la sesión.

Primero el terapeuta definirá lo que son los problemas interpersonales, les explicará a los niños que a lo largo de la sesión aprenderán a usar planes para resolver problemas que ocurran con la gente; todo esto debe de llevar al hecho de que la gente posee diferentes formas de pensar y percepciones acerca de un problema o suceso. Lo que piense una persona de algo, no tiene que ser malo si es diferente a lo que yo pienso, todo mundo tiene su opinión, su forma de pensar y ver las cosas y es válido, aunque alguien no esté de acuerdo con nosotros, lo que nosotros pensamos tiene valor.

Que una persona piense una cosa diferente no la hace buena o mala, no es cuestión de malo o bueno sino que hay diferentes percepciones de los problemas y las situaciones dependiendo de la persona. Para comprender a la otra persona hay que saber ponerse en sus zapatos, esa será la frase que se utilizará a lo largo de la sesión: "Ponte en los zapatos de la otra persona", se les preguntará a los niños qué significa para ellos esta frase. El terapeuta puede ayudarse para esto de ejemplos: si un niño le dice algo feo a otro, ¿cómo se sentirá el niño ofendido? El terapeuta puede enseñar dibujos e imágenes de personas interactuando, de situaciones y cómo se sienten las personas en las imágenes, poner ejemplos concretos y reales de situaciones que reflejen problemas interpersonales como: personas discutiendo,

cooperando, molestando a otros, jugando juntos, etc; así se lleva a los niños a ponerse en los zapatos del otro, se les motiva a que describan lo que piensan de los personajes y qué podrían estar sintiendo y pensando en ese momento.

Se llevan a cabo ejercicios de role-playing que involucren problemas interpersonales de aspectos significativos a los niños, acordes a su edad, grado escolar e intereses, ejemplos de ello podría ser: el de dos niños molestando a otro; un niño discutiendo con sus papás o con un maestro; lo importante es que el niño genere los más escenarios posibles dejando que los niños rolen turnos en el role-playing. El terapeuta les pedirá que se detengan a la mitad de la escenificación y que discutan cómo se sienten, qué piensan y qué es lo que creen que la otra persona esté sintiendo y pensando, posteriormente les pedirá que cambien los papeles y representen a la otra persona, se repetirá lo mismo de preguntarse el que qué siente y piensan ellos y el otro.

Ejemplos de role-playing:

- Dos niños peleándose
- Dos niños molestando a otro niño
- Un niño reclamando algo a los padres o el maestro
- Un niño siendo regañado por sus padres o maestros por algo que no hizo.

### 1.1 Manejo del Enojo

Las emociones son estados de ánimo que experimentamos internamente y que provocan sentimientos y pensamientos en nuestro interior. Las emociones provocan modificaciones en la actividad de nuestro organismo. El enojo se considera una emoción negativa pues provoca malestar e ira en la persona, el saber manejar nuestras

emociones negativas es un factor importantísimo para una convivencia e interacción sana con las personas que nos rodean y para nuestra madurez y salud mental como individuos biopsicosociales; el saber comprender y manejar nuestras emociones es el factor principal de una persona madura y sana emocionalmente que se encuentra feliz con ella misma y con las personas que la rodean.

#### La Técnica:

El entrenamiento en manejo de enojo se enseña a través de la instrucción didáctica que consiste en que el terapeuta explica la estrategia a los niños a través de ejemplos y gráficos, se explica la estrategia paso por paso y se aclara cualquier duda que hubiese; se utiliza el modelado el cual consiste en que el terapeuta funja como modelo y lleve a cabo la estrategia paso por paso; posteriormente se llevará a cabo el role-playing, el cual consiste en hacer escenificaciones demostrando el uso práctico de la estrategia; se practica con varios ejemplos que puedan aplicarse a situaciones reales para que se pueda dar la generalización a otros contextos en la vida del niño.

El terapeuta les explicará a los niños que en determinadas situaciones ayuda más el saber cómo ignorar el comportamiento irritante de otros. Se le pedirá al grupo que identifique circunstancias en las cuales sería útil el poder ignorar a otros. Si se le dificulta esto al grupo, el terapeuta puede dar ejemplos de cuando es mejor ignorar, por ejemplo: si estamos en nuestra bicicleta en el parque y unos desconocidos nos gritan cosas feas o chiflan es mejor ignorarlos para no meternos en problemas o cuando hay un sonido que nos molesta mientras estudiamos es mejor tratar de ignorarlo si no podemos hacer nada al respecto. En el caso de ignorar a los extraños es una señal para nuestra seguridad.

El terapeuta puede empezar preguntándoles a los niños qué es lo que pueden hacer o decirse a sí mismos para ignorar a alguien o algo de manera eficaz. Se motivará a los niños a que formulen sus propios enunciados como: "Necesito seguir con mi trabajo y no distraerme"; "No lo mires"; "Sólo intenta hacerme enojar pero no lo logrará"; "Sigue así"; "No le digas nada a esas personas porque pueden ser peligrosas", etc. El terapeuta les puede poner una actividad en la que unos molestan a otros y los otros practican el ignorar y sus frases; el terapeuta les recordará que recibirán puntos si utilizan la técnica de ignorar adecuadamente.

Posteriormente el terapeuta les explicará que hay ocasiones en las cuales el tener emociones y sentimientos fuertes es muy normal. Se les pedirán ejemplos a los niños, si se encuentran dudosos, ofrecer ejemplos como el sentirse extremadamente triste si algo le pasa a alguien a quien amas o asustarse mucho cuando te encuentres en una situación peligrosa. En estas situaciones, el sentir emociones fuertes es natural y normal. Posteriormente les explicará que hay ocasiones en que la gente experimenta este tipo de emociones muy fuertes cuando no es adecuado o las situaciones no son para que se den, es decir, que no es normal. Por ejemplo, el que un niño patea algo que su hermano haya hecho y el papá lo regaña y éste se pone tan histérico que no se puede razonar con él. El terapeuta motiva a los niños a poner otros ejemplos aplicables en el contexto escolar y familiar.

El terapeuta les explicará que el actuar impulsivamente o de manera exagerada solo complica más los problemas y no resuelve nada. Pongan ejemplos en los cuales el niño pudo haber conseguido lo que quería o hubiera sido más fácil todo si no hubiera sobreactuado o reaccionado impulsiva y exageradamente. El terapeuta se puede ayudar para este propósito de la Lámina: "Cómo Afecto a Otros" (A. 6 y 7). Estas láminas ayudarán al niño a que monitoree los comportamientos positivos y

negativos que tiene a lo largo del día y cómo estos comportamientos hacen sentir y reaccionar a otras personas. Se les pide a los niños que las llenen semanalmente para posteriormente analizarse y discutirse en clase.

Se discutirán las repercusiones físicas y psicológicas de las emociones fuertes en uno mismo. El enojo es generalmente lo más fácil de comprender por los niños. Se pide a los niños que digan qué es lo que piensan y sienten cuando se enojan, primero se analizarán las señales internas del cuerpo y cómo reaccionan ante el enojo. El terapeuta escribirá las señales en el pizarrón y dos niños las modelarán.

Ejemplo: señales de enojo

- Cambio en el ritmo cardíaco
- Cambio en los latidos del corazón
- Cambio en la sudoración
- Cambio en el color de la cara
- Cambio en la tensión muscular
- Cambio en el tono de voz.

Modelar el mayor número de emociones posible. Posteriormente se les motivará a los niños a que digan con cuales emociones se identifican más. Posteriormente se describirán las señales psicológicas del enojo, lo que pensamos y las frases que nos llegan a la mente cuando estamos enojados; se hará conscientes a los niños de sus pensamientos y emociones y cómo los manejan.

Ejemplo:

1. Pensamientos de enojo hacia uno mismo:
  - “Me odio”

- “Siento que me estoy lastimando”.

## 2. Pensamientos de enojo hacia los demás:

- “Lo odio”
- “Le voy a pegar”
- “Ojalá y se muriera”.

## 2. Pensamientos de enojo hacia cosas o lugares:

- “Odio las matemáticas”
- “Quisiera quemar la escuela”.

(Nota: incluir todos los ejemplos que digan los niños).

Por último los niños llevarán a cabo ejercicios de role-playing en los cuales se enojen y expresen sus sentimientos de enojo mientras actúan. Los observadores identificarán las señales físicas y psicológicas que reconocen en sus compañeros.

## 3. PROBLEMAS DE BAJO ESFUERZO ACADÉMICO

El esfuerzo es el empleo enérgico de la fuerza física o mental o de la actividad del ánimo. Es actuar con ánimo, vigor, brío, fuerza y valor. El esfuerzo es un factor clave al enfrentarnos a diferentes situaciones y problemas. Es cuánto nos esforzamos por lograr algo.

La Técnica:

El entrenamiento en el manejo de problemas de bajo esfuerzo académico se enseña a través de la instrucción didáctica que consiste en que el terapeuta explica la estrategia a los niños a través de ejemplos y gráficos; se explica paso por paso y se aclara cualquier duda que hubiese; se utiliza el modelado, el cual consiste en que el terapeuta funja como modelo y lleve a cabo la estrategia paso por paso, posteriormente se llevará a cabo el role-playing, el cual consiste en hacer escenificaciones demostrando el uso práctico de la estrategia; se practica con varios ejercicios que puedan aplicarse a situaciones reales para que se pueda dar la generalización a otros contextos en la vida del niño.

El terapeuta le pregunta al grupo si saben lo que significa la palabra esfuerzo. El terapeuta debe asegurarse que el grupo entienda que el esfuerzo es cuánto nos esforzamos para hacer o conseguir algo. Se le preguntará a los niños qué es lo que es bueno y malo acerca del esfuerzo. Si los niños no tienen muy claro el concepto se les pone un ejemplo como: ¿Cómo te sentirías cuando estás jugando un partido de baseball y te das cuenta que los demás niños de tu equipo no se están esforzando nada? o ¿cómo te sentirías cuando le pides ayuda a tus papás con tu tarea y no parecen hacer mucho por ayudarte? El punto es que los niños reconozcan los momentos o situaciones en las cuales se encuentran frustrados por el bajo esfuerzo de la otra persona. Ahora el terapeuta les preguntará ¿cómo se sienten cuando su equipo o sus papás están jugando duro y le hechan muchas ganas?

Se discutirá acerca de cómo la gente puede parecerle algo muy sencillo y no necesitan hacer mucho esfuerzo para unas cosas y para otras sí. Se motiva a los niños a participar y decir en qué necesitan poner mucho esfuerzo porque es algo difícil para ellos y en qué cosas no les cuesta nada o muy poco trabajo.

El terapeuta explicará los sentimientos que generalmente se encuentran asociados al bajo esfuerzo académico. Se les pedirá a los niños que enlisten y discutan los diferentes sentimientos, un niño los escribirá en el pizarrón; entre las señales enlistadas deben estar: frustración y enojo. Posteriormente se discutirán las señales de pensamientos más comúnmente asociadas al bajo esfuerzo académico. Entre las señales de pensamientos asociados al bajo esfuerzo académico deben estar:

Ejemplos:

a) Pensamientos de baja auto-estima:

- “No soy bueno en esto”
- “Soy un tonto”.

b) Pensamientos de frustración:

- “Odio las matemáticas”
- “Este proyecto me tiene muy enojado”.

c) Pensamientos de derrota:

- “Olvídalo. Esto me enferma”
- “Mejor me voy a jugar”
- “Me rindo”:

Cuando los sentimientos y pensamientos asociados al bajo esfuerzo académico hayan quedado claros se enlistarán y discutirán los comportamientos y señales asociadas al bajo esfuerzo académico como son:

- Quedarse observando el espacio.
- Hacer otra actividad en vez de estar en lo que tienes que estar.
- Distraerse.

- Otras que digan los niños.

Se les pedirá a los niños que identifiquen en ellos mismos los sentimientos, pensamientos, actitudes y comportamientos que generalmente experimentan cuando no quieren hacer algo. Se pondrán ejercicios de role-playing en donde los niños escenificarán situaciones en las cuales hay problemas de bajo esfuerzo académico; los niños que estén escenificando las situaciones tendrán que verbalizar los sentimientos y pensamientos que presentan y que están ligados al bajo esfuerzo académico. Los observadores deberán reconocer estos sentimientos, pensamientos, comportamientos y señales ligadas al bajo esfuerzo.

Posteriormente el terapeuta les explicará lo que son los planes de esfuerzo. Los planes de esfuerzo son pensamientos positivos que creamos en nuestra mente y que nos motivan a dar nuestro mejor esfuerzo, a no rendirnos y seguir adelante. Las frases asociadas a los planes de mejor esfuerzo son:

- “No pienses en todo el problema, solamente enfócate en una parte y ve lo resolviendo poco a poco”.
- “No me voy a dar por vencido”.
- “Haré lo mejor que pueda”.
- “Daré mi mejor esfuerzo”.
- “Está bien si no lo hago perfecto, sólo haré mi mejor esfuerzo”.

Se harán ejercicios de role-playing escenificando situaciones donde los niños se vean enfrentados a problemas de bajo esfuerzo académico y qué frases motivantes se dirían para seguir adelante.

## **2 ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES PARA LOS PADRES Y LA FAMILIA CON NIÑOS CON ADHD**

Este capítulo provee detalles específicos para el entrenamiento en habilidades para los padres y la familia con niños con ADHD. La discusión primero se centra en el cambiar cogniciones disfuncionales y actitudes que puedan tener los padres acerca de sus hijos y de ellos mismos como padres. Posteriormente, se presenta un modelo de manejo cognitivo-conductual en los niños que comprende el entrenar a los padres a trabajar con los niños para facilitar en estos últimos el uso de estrategias cognitivas en el hogar.

Después se discuten estrategias de manejo conductual que incluyen el entrenar a los padres en técnicas para que disminuyan los comportamientos negativos e inapropiados en el niño y que aumenten los positivos y apropiados. Finalmente, se explica cómo conducir un entrenamiento en habilidades en la familia el cual incluye el enseñar a la familia importantes habilidades para mejorar la solución de problemas en la familia, mejorar la comunicación y el manejo de conflictos.

La primera decisión que deberá tomar el terapeuta será el implementar el entrenamiento en habilidades en un contexto individual (ejm: un padre a la vez) o una terapia grupal. Hay ventajas y desventajas para ambos tipos de terapia. Al trabajar con los padres individualmente, el terapeuta puede dar forma y enfocar la intervención específicamente en las necesidades únicas de cada miembro: niño y familia. Una mayor ventaja de la terapia grupal es que los padres pueden obtener apoyo significativo de cada uno y son muchas veces más receptivos al escuchar las ideas de los demás padres que de los "expertos" (Braswell y Bloomquist, 1991). En efecto, muchos padres que completaron las sesiones de grupo de padres comentaron que el apoyo y la comprensión que obtuvieron de los demás fue tan valiosa o no menos valiosa que las habilidades que aprendieron en el entrenamiento.

El ambiente grupal crea un espacio en los padres para compartir sus penas, sus aflicciones y sus esfuerzos a la vez que luchan con sus papel como padres y con los retos de tener a un niño sumamente difícil. A través de un grupo, los padres se dan cuenta de que no están solos en las dificultades que experimentan. Braswell y Bloomquist (1991) enfatizan que los padres necesitan educación e información acerca

de los aspectos más importantes de los niños con ADHD, y esta función educativa es conducida más eficazmente en un contexto grupal.

Una desventaja que puede haber al trabajar en grupos es que el terapeuta puede no adaptar toda la información y las habilidades enseñadas a las necesidades específicas de cada padre o de cada familia. El terapeuta debe ofrecer un entrenamiento en habilidades sociales para padres más genérico.

Cuando el foco de atención se centra en el entrenamiento en habilidades familiares, entonces obviamente, se indicará la terapia familiar, al menos en parte. Puede ser posible el introducir el entrenamiento en habilidades familiares a grupos para padres para trabajar en habilidades familiares, actualmente es importante el involucrar a la familia entera en las sesiones de terapia familiar.

Generalmente se combina el entrenamiento grupal de padres con sesiones individuales de un padre o de la familia completa. De esta manera, podemos enfocarnos en las ventajas de ambos métodos. Tal combinación en el entrenamiento puede ser efectuado al pedirle a los padres que completen los procedimientos del entrenamiento formal de padres y el participar en sesiones individuales o familiares con un fundamento periódico, de manera que el terapeuta pueda individualizar el programa.

## 1. MODIFICANDO LOS PENSAMIENTOS Y LAS ACTITUDES DE LOS PADRES

Existen una gran variedad de atribuciones, creencias, expectativas y prejuicios disfuncionales que experimentan los padres y los hijos lo que lleva a diversas dificultades en sus relaciones. Algunas de estas cogniciones deben de ser modificadas en el nivel de preparación para el cambio en la terapia. Las cogniciones de los padres deben de tener una intervención. Es muy importante el reducir estas cogniciones disfuncionales porque pueden tener efectos nocivos en el niño, en los padres y en las relaciones de ambos.

La reestructuración cognitiva puede también ser enseñada a los padres a través de ejercicios de auto-monitoreo. Los ejercicios de auto-monitoreo sirven para sistematizar

el proceso de reestructuración cognitiva y ayudar a los padres a que aprendan a usar los procedimientos fuera de terapia. Estos procedimientos son apropiados para padres e hijos de cualquier edad.

El primer paso para modificar los pensamientos y actitudes de los padres es la educación. Braswell y Bloomquist (1991) recomiendan el aplicar a los padres la “Forma De Auto-Evaluación de Pensamientos Para Adultos”( A.25). Esta forma está adaptada para ser llenada por los padres.

El terapeuta pide a los padres que llenen la forma lo más certera posible. Esta forma da al terapeuta y a los padres información acerca de la frecuencia de pensamientos problemáticos que presentan los padres. Es necesario el poner como preámbulo esta discusión con definiciones de las atribuciones y creencias y con la medida de confianza establecida acerca de cuan natural y común es para los padres de niños con ADHD que tengan tales pensamientos.

Una vez que los padres han indicado el tipo y la frecuencia de las atribuciones y creencias que tienen acerca de su hijo, el terapeuta puede usar esta información como una herramienta educativa. Se recomienda un acercamiento Socrático para discutir estos temas con los padres. Esto es efectuado elaborando preguntas en vez de establecer afirmaciones.

Ejemplos de preguntas a hacer a los padres son: “¿Cuál es el problema con estos pensamientos?”, “¿Qué influencias podrían desencadenar estos pensamientos en la relación con tu hijo?”, “¿Cómo influirían estos pensamientos en la forma en cómo te comportas con tu hijo?” y “¿Qué mensajes podría recibir tu hijo como resultado de tu comportamiento?”.

Una vez que los pensamientos disfuncionales han sido reconocidos e identificados, el segundo paso es el ayudar a los padres a reestructurar su pensamiento en una manera más adaptativa y funcional. Este proceso puede facilitarse al revisar el cuadro “Atribuciones Adaptativas y Creencias acerca del ADHD”(A. 26). En esta lámina se encuentran una gran variedad de pensamientos (ejm: pensamientos adaptativos) que pueden usar los padres para reparar cualquier pensamiento problemático identificado en el proceso de auto-evaluación.

De nuevo, el terapeuta puede preguntarle a los padres ciertas cuestiones de una manera Socrática. Estas preguntas pueden incluir: “¿Cuál es la ventaja de tener estos pensamientos?”, “¿Cómo podrían estos pensamientos influir en la relación padre-hijo?”, “¿Cómo influirían estos pensamientos en tu actitud hacia tu hijo?” y “¿Qué mensajes podría recibir tu hijo como resultado de tu comportamiento?”.

Las dos láminas, tanto la (A. 25) como la (A.26) han sido diseñada para usarse juntas. Por ejemplo, el pensamiento IA en la “Forma de Auto-evaluación de Pensamientos para Adultos “ puede ser tomado con el pensamiento IA de la forma “Atribuciones Adaptativas y Creencias acerca del ADHD”, y sucesivamente.

Para modificar los pensamientos y actitudes de los padres, es importante el emplear ejercicios de auto-monitoreo. La tarea es que los padres reflexionen en lo que han pensado sobre su hijo desde que empezaron con el programa y que reduzcan lo más posible los pensamientos negativos acerca de su hijo.

Otra forma de reestructuración cognitiva sería que los padres se enfocaran más en los aspectos positivos de su hijo, en su potencial y no sólo en los aspectos negativos y en las áreas débiles. Se les proporciona a los padres para que llenen el “Inventario de las Fortalezas y Debilidades del Niño” (A.14). Se les enseña a los padres a aceptar a su hijo como es, a aceptar sus puntos débiles y a reforzar los fuertes.

## 2.- ENTRENAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA EL MANEJO DE LOS PADRES CON SU HIJO

El entrenamiento cognitivo-conductual para el manejo de los padres con su hijo ha sido diseñado para facilitar la generalización y el mantenimiento en la terapia cognitivo-conductual con el niño. También comprende el ayudar a los padres a que aprendan maneras más funcionales para interactuar con su hijo. Para estos aprendizajes se requerirán de 4 a 6 sesiones (Braswell y Bloomquist, 1991).

Para niños escolares con ADHD, el primer paso en el entrenamiento cognitivo-conductual para el manejo del niño es el entrenar a los padres a ser mejores observadores de ellos mismos y de sus hijos. La meta es que los padres aprendan a

identificar cuando están presentando un comportamiento que afecta las relaciones con el niño y con la familia y cambiarlo por un comportamiento más adecuado.

A los padres se les explican los conceptos de antecedentes y consecuencias de determinados comportamientos. Se les da a estudiar la “Tabla de Observación del Niño” ( A.15, 16 y 17), cuyo objetivo es el entrenarlos a ser mejores observadores de sus hijos y de ellos mismos. Algunos de los comportamientos que los padres aprenden a identificar en sus hijos son los de desobediencia, problemas interpersonales y de irresponsabilidad.

A los padres se les guía primero a identificar el problema de comportamiento, seguido de sus antecedentes y sus consecuencias; el terapeuta debe de dar ejemplos claros y concretos para que no quede ninguna duda en los padres. El segundo paso es el usar las estrategias cognitivo-conductuales para el manejo con el niño. El terapeuta entrena a los padres a motivar y reforzar a su hijo para que utilice estrategias cognitivas. Es importante que los padres provean a sus hijos de un ambiente que propicie la generalización y el mantenimiento de las estrategias en el niño. Se utiliza aquí el cuadro “Estrategia en Solución de Problemas”(A. 18, 19 y 20) y la “Tarjeta Para Usar Planes (diaria o semanalmente)” (A. 21 22 y 23), ambos cuadros son guías para ayudar a los padres a que cuenten con un marco en el cual basarse para el entrenamiento cognitivo-conductual en el hogar.

Estos cuadros están diseñados para guiar a los padres a monitorear el comportamiento de su hijo y a reforzarlo cuando use estrategias cognitivas. El terapeuta explica a los padres el uso de este cuadro a través de la discusión didáctica, el modelado y el role-playing.

La secuencia que sigue este cuadro es:

- 1.-El niño presenta un problema de comportamiento;
- 2.-Los padres piden al niño que use su plan;
- 3.-El niño lleva a cabo el plan; y
- 4.-El niño y los padres discuten el desempeño del niño, llegan a un acuerdo y escriben el desempeño de éste en el cuadro “Detente, Piensa, y usa un Plan” (A. 37 y 38).

Es muy importante el reforzar al niño cada vez que lleve a cabo correctamente el plan. Los padres deben de llegar a un acuerdo con su hijo acerca de las recompensas

que este puede obtener por su desempeño. Para facilitar este proceso, el terapeuta puede introducir a los padres a las “Ideas de Refuerzos”(A. 24). Los refuerzos que deben de dar los padres deben de ser motivadores para el niño y realistas para los padres. Por ejemplo, puede hacerse un menú de recompensas de los cuales el niño escogerá el que más le haga ilusión.

Los padres deben practicar en el hogar con su hijo todo lo que han aprendido y en la terapia discutir sobre sus éxitos y fallas, las dificultades que han tenido en aplicar los procedimientos, etc. El propósito de esto es el identificar los problemas y el encontrar soluciones. El terapeuta puede ayudarlos a través de diferentes técnicas; por ejemplo, la lluvia de ideas en la cual los padres describen todos los problemas que han tenido, otra cosa que podría funcionar es el revisar con los padres los antecedentes y consecuencias de los comportamientos de su hijo, el hacer que los niños implementen un plan en los antecedentes del problema, es decir antes de que el niño presente el comportamiento negativo. El terapeuta también puede usar el modelado y el role-playing para resumir todo lo que ha sido enseñado.

### 3.- ENTRENAMIENTO CONDUCTUAL PARA PADRES EN EL MANEJO DE COMPORTAMIENTOS DEL NIÑO CON ADHD

Este entrenamiento ha sido diseñado para manejar problemas relacionados con la desobediencia, los refuerzos negativos, el pobre esfuerzo, las acciones positivas del niño, los llamados de atención por parte de los padres y el pobre monitoreo de los padres hacia el comportamiento del niño.

Se les enseña a los padres a saber implementar estrategias conductistas para el manejo del comportamiento del niño. Los padres aprenden a mejorar la elaboración de ordenes, administrar refuerzos a comportamientos adecuados, ignorar comportamientos inadecuados, etc. Para enseñar estas estrategias, el terapeuta utiliza la instrucción directa, el modelado, el role-playing y las tareas para facilitar la adquisición de estas habilidades en los padres. Estas estrategias son especiales para mejorar los comportamientos de los niños con ADHD (Barkley, 1989).

Gard y Berry (1986) mencionan que existen 5 componentes de habilidades básicas en el entrenamiento conductista del manejo del niño y son:

- 1.- Aumentar las interacciones positivas entre el niño y los padres;
- 2.- Los padres utilizarán reforzamientos positivos para aumentar los comportamientos positivos en el niño;
- 3.- Los padres ignorarán los comportamientos negativos para su decrecimiento;
- 4.- Los padres darán ordenes claras y consistentes al niño; y
- 5.- Los padres estarán atentos a las consecuencias de los comportamientos de su hijo.

El terapeuta proporcionará a los padres la "Forma de Auto-evaluación de Comportamientos para Adultos"(A.27). Por medio de esta forma, los padres llevarán una secuencia de sus comportamientos en términos de su frecuencia a lo largo de la semana. Se les incitará a los padres a ser honestos en este ejercicio de auto-evaluación educativa. Posteriormente, cuando los padres la hayan llenado, el terapeuta discutirá con los padres acerca de los posibles efectos que pudieran tener estos comportamientos en su hijo y en su relación con este. Cuando los padres se hayan dado cuenta de su forma de comportarse con su hijo, el siguiente paso será el de cambiar esos comportamientos por unos más positivos y efectivos.

El terapeuta puede valerse para este propósito de la forma "Comportamientos e Interacciones Adaptativas entre los Adultos y el Niño"(A. 28). Este cuadro proporciona información acerca de comportamientos adaptativos que pueden ser reemplazados por los negativos. El terapeuta se encargará de explicar cada uno de estos comportamientos y discutir con los padres sobre su utilidad y el beneficio que podrían tener en su hijo.

Posteriormente, el terapeuta puede guiar a los padres acerca de las áreas que quieren trabajar y las metas a las que quieren llegar. Es importante el mejorar la habilidad de los padres para observarse a sí mismos y a su hijo en términos de comportamientos negativos repetitivos. El terapeuta puede valerse para esto del cuadro "Tabla de Observación del Niño"(A.15, 16 y 17).

Un método que ha sido utilizado para incrementar las interacciones positivas entre padres e hijo es el "Juego de Niños" (Forehand y McMahon, 1981). Se les enseñan a los padres técnicas de juego especiales para utilizar con sus hijos en un contexto de juego. Se les instruye a los padres a escoger muñecas, casas, camiones o bloques (juegos de mesa no) y a jugar libremente con su hijo. Mientras juegan con el niño, se

les instruye a los padres a incrementar los halagos, los refuerzos, el mantener contacto visual y corporal con sus hijos, dar un abrazo, etc, y a disminuir los comportamientos negativos como son los regaños, las ordenes y las críticas.

Por medio del modelado, el terapeuta instruye a los padres en la mejor manera de comportarse con sus hijos, para esto el terapeuta se puede valer del cuadro "Práctica de Paternidad Positiva a través de Tiempo Especial de Juego"( A.29 y 30).

Braswell y Bloomquist (1991) han encontrado que a los padres se les dificulta el romper hábitos y no se dan cuenta cuando utilizan patrones negativos con sus hijos. Es difícil para algunos padres el atender a los comportamientos neutrales y positivos de sus hijos en vez de atender solamente los negativos.

Se ha desarrollado un cuadro de auto-monitoreo para padres para ayudarlos a cambiar estos comportamientos. El cuadro "Práctica de Reforzamiento y Atención Positivas" (A.32) sirve para que los padres tomen nota de la frecuencia de sus comportamientos positivos hacia sus hijos en donde los premian, los gratifican, los atienden y los toman en cuenta y la frecuencia con que presentan comportamientos negativos e inapropiados hacia sus hijos.

El terapeuta explica a los padres los comportamientos negativos y positivos a través del modelado y del role-playing y checa los progresos de los padres a través del cuadro que llevarán cada semana a las sesiones.

El cuadro "Escucha y Obedece"(A. 41 y 42) se utiliza para facilitar el refuerzo de los comportamientos positivos en el niño. Se les instruye a los padres a que el niño aprenda a "escuchar y obedecer" y a hacerle saber que obtendrá una recompensa si aplica esas acciones. Si el niño escucha y obedece, se le pondrá en la columna que diga "Si" una carita feliz, si no escucha ni obedece, se le pondrá en la columna "No" una carita triste. Al final de la semana los padres contarán el número de caritas felices y tristes, si hay más caritas felices el niño obtendrá una recompensa.

El dar ordenes claras y efectivas es una habilidad muy importante que deben aprender los padres para el manejo del comportamiento de sus hijos. Muchos padres cometen el error de dar ordenes vagas, poco claras, muy largas, con varios pasos a la vez, hacerlas en forma de preguntas, etc. Una orden vaga o poca clara es la que

confunde al niño, pues no entiende lo que tiene que hacer o lo que se le pide (Ejm: "Cambia"). Las ordenes muy largas y de varios pasos a la vez son las que contienen excesivos requerimientos (por ejemplo: "limpia tu cuarto, saca la basura, pon la mesa para la cena"). Una orden en forma de pregunta sería ("¿Podrías recoger los juguetes por favor?"). En cambio una orden racional y eficaz es en la que el padre le pide al niño que haga algo seguido por una explicación racional del porqué debe hacerlo (ejm: "Necesitas vestirme ahora porque tenemos una cita con el doctor a la 1:00 p.m. y si no te vistes ahora llegaremos tarde".)

La tarea del terapeuta es el educar a los padres acerca de los efectos negativos de las ordenes largas, mal estructuradas y poco claras para el niño y se les instruye en la aplicación de ordenes positivas, efectivas y concisas de un solo paso. Estas ordenes de un solo paso están diseñadas para pedirle al niño exactamente lo que se supone que debe de hacer y el porqué debe hacerlo.

El tiempo fuera es una estrategia muy importante que los padres deben aprender a usar para el manejo del comportamiento de sus hijos.

El terapeuta se puede valer para esto del cuadro "Tiempo Fuera" (A. 34).

La estrategia de tiempo fuera se compone de 4 pasos:

- 1.- Da una orden clara y de un solo paso.
- 2.- Da una advertencia.
- 3.- Administra el tiempo fuera.
- 4.- Pide el que te obedezca de nuevo.

Por ejemplo, los padres pueden aplicar esta estrategia de la siguiente manera: si un niño se niega a recoger sus juguetes, el padre puede dar la siguiente advertencia: "Si no recoges tus juguetes, entonces tendrás que irte a tiempo fuera". Si el niño no obedece en 5 segundos después de la advertencia, el padre administrará el tiempo fuera.

El tiempo fuera consiste en poner al niño en una situación en la cual no pueda recibir ningún refuerzo ni tenga acceso a estos. Puede ser el sentar al niño en una silla o en llevarlo a un cuarto donde no pueda hacer nada. Se recomienda que el tiempo fuera dure 1 minuto por cada año que tenga el niño; por ejemplo, un niño que tenga 7 años permanecerá en tiempo fuera 7 minutos. Después del tiempo fuera, se le pide al niño que haga lo que le le pidió, si no obedece se repetirá el mismo procedimiento. El

terapeuta debe hacer ver a los padres que su consistencia en el administrar el tiempo fuera es la clave para el éxito.

Es importante que los padres provean a sus hijos de un ambiente estructurado y organizado; al proveerlos de un ambiente así ayudará al niño a que presente un comportamiento más adecuado y predecible y podrá adquirir más auto-control.

Una estrategia de auto-monitoreo se encuentra en el cuadro "¿Estoy en lo que tengo que estar?" (A. 33) en el que se le pedirá al niño que escuche un sonido de un beeper por ejemplo y que apunte en una lista si se mantenía trabajando en su tarea o no cuando escuchó el sonido. El niño puede escuchar el beeper cada 45-90 segundos. Si el niño se mantiene atento a su tarea cuando escucha el sonido puede ir ganando puntos.

#### 4.- ENTRENAMIENTO EN SOLUCIÓN DE PROBLEMAS EN LA FAMILIA

El entrenamiento en solución de problemas en la familia está diseñado para facilitar el funcionamiento adaptativo y puede tener también un efecto indirecto en la internalización de las habilidades en solución de problemas en los niños. Este entrenamiento es muy parecido al entrenamiento que se le da al niño en solución de problemas, con la excepción de que en este entrenamiento todos los miembros de la familia están involucrados y no solo el niño. Los miembros de la familia aprenden a resolver sus problemas y a negociar entre ellos para llegar a un acuerdo en común.

La familia aprende cómo definir problemas, generar alternativas, pensar en las consecuencias y en escoger la mejor, aprende a implementar la estrategia y a checar si funcionó o no. Se necesitan de 2 a 6 sesiones para el entrenamiento en solución de problemas en la familia (Braswell y Bloomquist, 1991).

Se utilizan los mismos 5 pasos que se usaron con el niño con la única diferencia que se cambia el verbo a nosotros.

- 1.- Detenerse! ¿Cuál es el problema que tenemos?
- 2.- ¿Qué planes podemos usar?
- 3.- ¿Cuál es el mejor plan que podemos usar?
- 4.- Llevemos a cabo el plan.

## 5.- ¿Funcionó nuestro plan?

Cuando los miembros de la familia tengan un problema, se les instruye a usar estos 5 pasos. Este tipo de entrenamiento puede ser llevado a cabo después de que el niño haya aprendido las habilidades en el entrenamiento en solución de problemas. Para facilitar este proceso, el terapeuta puede proporcionar a la familia los cuadros: “Détente, Piensa y Usa un Plan” (A. 37 y 38) junto con el “Lineamientos para un Plan Colaborativo”(A. 37) y el cuadro “Solución de Problemas en la Familia” (A. 8, 9 18. 19 y 20).

El terapeuta explicará a la familia cómo usar los planes y cómo identificar problemas comunes que se dan en la familia y en el hogar. El terapeuta también ayudará a la familia a reforzar los comportamientos positivos del niño. El mejor medio para el reforzamiento del niño es utilizar los cuadros “Détente, Piensa y Usa un Plan”( A. 37 y 38) y la “Tarjeta para usar Planes” (A. 22 y 23). El terapeuta necesitará para sus sesiones el emplear presentaciones didácticas, modelado y role-playing.

### 4.1 ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES COMUNICATIVAS EN LA FAMILIA

El entrenamiento en habilidades comunicativas en la familia está diseñado para promover el funcionamiento adaptativo en la familia. Los déficits en las habilidades en la comunicación son un problema común en las familias conflictivas. Las familias que tienen niños con ADHD pueden manifestar estos problemas en las habilidades de comunicación. Los problemas de comunicación incluyen las ordenes vagas y ambiguas, recriminaciones y culpas, conversaciones dominantes, verbalizaciones agresivas, interrupciones, pocas habilidades para escuchar, poco contacto visual y mensajes verbales y no verbales incongruentes.

El entrenamiento en habilidades comunicativas comprende el ayudar a los miembros de la familia a que se den cuenta de los patrones destructivos y negativos que poseen y que utilizan con sus hijos y con los demás miembros de la familia y que aprendan nuevas formas de comunicarse más efectivas y positivas.

El terapeuta debe tratar de facilitar el entrenamiento en habilidades comunicativas retroalimentándolos con los patrones de comunicación que poseen, darles instrucciones en

cómo cambiar esos patrones y modelar nuevas formas para comunicarse. El terapeuta trabaja con la familia para que puedan aplicar estas habilidades tanto dentro como fuera de la terapia (Robin y Foster (1989). Este entrenamiento en habilidades comunicativas ha sido adaptado por Alexander y Parsons (1982) y por Robin y Foster (1989). Basado en la experiencia clínica de Braswell y Bloomquist (1991), se recomienda que esta forma de intervención sea usada primeramente con familias que tengan niños mayores de 10 años y con adolescentes. Se necesitan de 2 a 6 sesiones para entrenar a la familia en habilidades comunicativas.

El primer paso en este entrenamiento es el de educar a la familia en habilidades comunicativas y en proporcionarles retroalimentación acerca de sus patrones comunicativos. El terapeuta interpreta estos patrones que ha observado en la familia y explica de una manera clara y racional el porqué es importante el cambiar estos patrones. El terapeuta les explica a los padres y a los demás miembros de la familia que deben aprender maneras más constructivas y efectivas para comunicarse con sus hijos y con los demás miembros de la familia.

Sin una comunicación efectiva y constructiva, las familias no podrán negociar ni solucionar sus problemas. Los terapeutas pueden facilitar este proceso proporcionando a la familia el cuadro de "Habilidades Comunicativas" (A. 36) en donde explicarán a la familia las conductas positivas y las negativas basándose en la información que viene en el cuadro y les pedirá que se evalúen sus conductas, así como las conductas que el terapeuta ha observado en la familia.

Tanto el terapeuta como la familia deben de establecer metas para incrementar las habilidades comunicativas efectivas. El segundo paso en el entrenamiento en habilidades comunicativas es que el terapeuta modele el uso de las habilidades que se necesitan mejorar en la familia y que las practiquen todos los miembros de la familia en el hogar y en diferentes contextos.

Por último, después de que la familia haya demostrado cierta maestría en el aprendizaje de las habilidades comunicativas, se les dejarán ejercicios de tarea para que practiquen en la casa y comenten sus experiencias en las siguientes sesiones.

## 5. FACTORES COGNITIVOS-CONDUCTUALES ASOCIADOS A LAS RELACIONES FAMILIARES DISFUNCIONALES

Los padres son más afectos a atribuir los comportamientos inadecuados a factores internos en vez de a factores externos. Los padres pueden caer en cuestiones de culparse a sí mismos y hecharse la culpa de los comportamientos y los problemas de sus hijos (Di Giuseppe, 1988). Los padres atribuyen el problema del niño a deficiencias en la forma de educar a sus hijos y en ellos mismos, y esto desencadena sentimientos de culpa, vergüenza, enojo y negación del problema en los padres.

Se ha observado que los padres de niños con problemas de conducta y comportamiento tienen expectativas irreales de sus hijos y de ellos mismos (Epstein, 1988; Vincent Roehling y Robin, 1986) Los padres pueden crear en su mente ideas acerca de su hijo como por ejemplo: "Mi hijo siempre va a tener problemas" o ideas acerca de su paternidad como por ejemplo: "Soy un papá terrible".

Estos padres pueden tener expectativas irreales de sus hijos (Morton, Twentyman y Azar, 1988) que se manifiestan en los padres que esperan que su hijo lleve a cabo o que posea habilidades inapropiadas para su edad y etapa de desarrollo. Estos padres a su vez sienten que el comportamiento de sus hijos se encuentra fuera de su control y que ellos no pueden hacer nada. Los padres pueden también malinterpretar los comportamientos de sus hijos y siempre verlos como que hacen cosas malas; se ha visto que estos comportamientos y actitudes se dan en una mayor proporción en padres deprimidos (Conrad y Hammen, 1989)

Las características de las familias disfuncionales han sido estudiadas por los conductistas, los cuales han notado que el refuerzo negativo se transforma y lleva a los padres y a los hijos a un comportamiento disfuncional (Gard y Berry, 1986; Patterson, 1972,1982). Tanto los padres como el niño se enganchan en comportamientos aversivos hacia el otro como una forma de controlar la situación. Otra característica de las familias disfuncionales es un bajo nivel de refuerzos positivos cuando se da un comportamiento apropiado (Barkley, Karlsson y Polland, 1985).

Estos padres sólo de dan cuenta de los comportamiento negativos del niño y no de los positivos lo que provoca en el niño baja auto-estima, enojo y más comportamientos

negativos para llamar la atención. El niño piensa: por más cosas buenas que haga, no se me toma en cuenta, solamente se me toma en cuenta si hago cosas malas, entonces me seguiré portando mal y así esto se convierte en un círculo vicioso en donde el niño se porta mal, llama la atención de los padres, se le castiga y así se sigue.

Se ha visto que los padres con hijos con problemas de comportamiento utilizan técnicas ineficaces para mantener la disciplina (Barkley, Karlsson y Pollard, 1985). Suelen dar explicaciones vagas y poco claras a sus hijos por lo que el niño nunca entiende lo que se le pide o lo que se espera de él. Estos padres suelen ser poco explícitos y pedir muchas cosas a la vez.

Las familias disfuncionales también presentan déficits en las habilidades cognitivas. Los padres pueden presentar una inhabilidad para la solución de problemas por lo que son incapaces de generar alternativas lógicas y eficaces para solucionar sus problemas familiares ( Foster y Robin, 1989). No existe un ambiente de comunicación abierta entre padres e hijos, los padres se expresan de una manera vaga y poco clara lo que hace que el niño nunca sepa bien lo que se espera de él. Estos padres suelen presentar problemas de auto-control, deficiencias en las habilidades para manejar sus sentimientos negativos como el enojo o la frustración, en resolver conflictos, en expresarse de manera poco asertiva y en no saber expresarse en forma clara.

## CONCLUSIONES

El estudio profundo de una determinada patología es muy importante para poder diagnosticar y dar el tratamiento que requiera el niño. En el caso del ADHD hay muchos factores que se deben tomar en cuenta para reconocer la patología; la observación en diferentes contextos, la información que obtengamos de los padres, los maestros, el médico, los amigos y toda la gente que conviva con el niño nos van a ayudar a elaborar un diagnóstico diferencial y asertado, descartando todo lo que no puede ser y llegar a lo que tiene exactamente el niño, para así elaborar el tratamiento adecuado.

No solo se debe conocer la patología del niño, sino adecuar todo esto a sus necesidades inmediatas, conocer el medio en el que se desenvuelve, su contexto social, sus intereses, sus dudas, sus miedos, su desempeño académico, sus habilidades y destrezas, así como sus deficiencias y esto nos va a llevar a la elaboración de un tratamiento más enriquecedor y completo.

Para que un tratamiento sea eficaz se debe trabajar en un equipo multidisciplinario en donde trabajan en conjunto el médico, el neurólogo, el psicólogo y el psicopedagogo. Todo el equipo trabaja con un fin común, el que el niño y su familia salgan adelante. En el caso del psicopedagogo, su papel en este equipo es el de valorar el caso, planear el tratamiento a seguir tomando en cuenta las necesidades específicas del niño de acuerdo a su edad, a los conocimientos previos que tenga, a su grado escolar y al grado de hiperactividad o inatención que presente.

Durante la intervención debe observar sus conductas, reacciones, desenvolvimiento y forma de relacionarse con los demás niños y los padres; también debe analizar los procesos por

los que va pasando el niño a lo largo del programa; comprobar que los objetivos de aprendizaje se den y que el niño comprenda lo que se quiere de él, así mismo comprobará si puede aplicar las estrategias en el contexto de la realidad y generalizarlas a otras situaciones de su vida.

Por último, el psicopedagogo debe llevar el seguimiento del desarrollo del niño así como del desempeño en dicho programa. Por otro lado mantener una comunicación abierta con los padres acerca de los cambios de su hijo y hacer los ajustes que fueran necesarios para cualquier cosa que surja o si ya ha sido dado de alta retomar el tratamiento en caso de que se necesitara.

El ver al niño como un ser biopsicosocial y el partir para la elaboración del material y de las actividades para el tratamiento y de su base de conocimientos van a hacer que el tratamiento sea más eficaz y el niño pueda adaptarse a su medio social y al mundo que lo rodea más rápidamente.

Para el tratamiento con estos niños y sus padres me basé en la terapia cognitivo-conductual debido a que el trabajo de muchos investigadores ha demostrado tener un muy buen resultado en la rehabilitación y adaptación al medio ambiente a los niños con ADHD y sus familias.

Este trabajo pretende ayudar a las familias y a los niños con ADHD a contar con alternativas educativas y psicológicas para el tratamiento de esta patología y proporcionar soluciones prácticas si no a todas a la mayor cantidad de preocupaciones, dudas, miedos, angustias y demás sentimientos encontrados que se crean alrededor de todos los que conviven con un niño con ADHD.

La terapia cognitivo-conductual pretende proporcionar al niño las habilidades necesarias para su auto-control, auto-regulación y auto-monitoreo de su conducta y hacerlo consciente de sus acciones que lo lleve a un proceso de internalización y auto-reflexión. A través de un número determinado de terapias se pretende que el niño sea capaz de solucionar problemas, manejar su enojo, reflexionar sobre sus propios pensamientos (metacognición), proponerse metas y cumplirlas así como llegar a acuerdos con sus padres, maestros y familia.

En los padres, la terapia cognitivo-conductual pretende proporcionarles las habilidades necesarias para el manejo de su hijo, su comprensión, ayudarlo en su rehabilitación, miedos, angustias, etc, y darles bases firmes y concretas para llevarlas a cabo con sus hijos. Se busca que los padres sean conscientes de su forma de actuar, comportarse con sus hijos y cambiar los comportamientos que son negativos para el niño; el orientarlos a comportamientos más coherentes y positivos para con su hijo será un factor crucial para su rehabilitación.

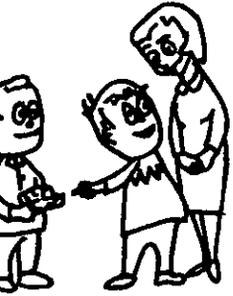
Tanto el trabajo de los padres como del hijo con ADHD es fundamental para que el niño pueda progresar y rehabilitarse. Un trabajo armónico multidisciplinario es la llave del éxito. Lo que buscamos es la independencia y autonomía del niño en el futuro, pero sobre todo, lo más importante, su felicidad y adaptación a su medio ambiente. De ahí se deriva la importancia de ser flexibles y abiertos a cualquier cosa que sea para beneficio del niño, el mantener una comunicación abierta y enriquecedora entre todos los profesionistas y el renovar constantemente nuestros conocimientos.

La creatividad, la motivación, la investigación y el gusto por lo que hacemos nos va a llevar a un mejor desempeño y va a repercutir directamente en el beneficio del niño que padece este tipo de trastorno.

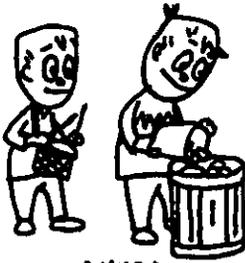
REGLAS DE LO QUE SE PUEDE Y NO SE DEBE HACER EN EL SALÓN A LO LARGO DEL ENTRENAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL.

SI

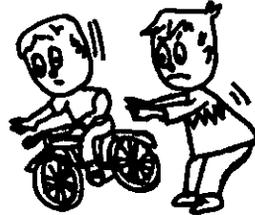
NO



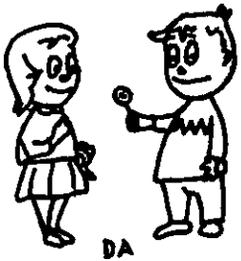
PIDE



AYUDA



NO LASTIMES



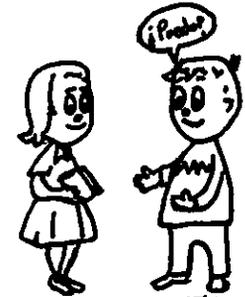
DA



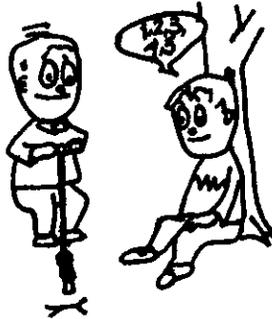
COMPARTE



NO ENGAÑES



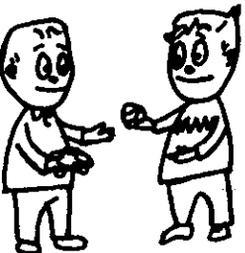
PREGUNTA



ESPERA



NO DESTRUYAS



NEGOCIA

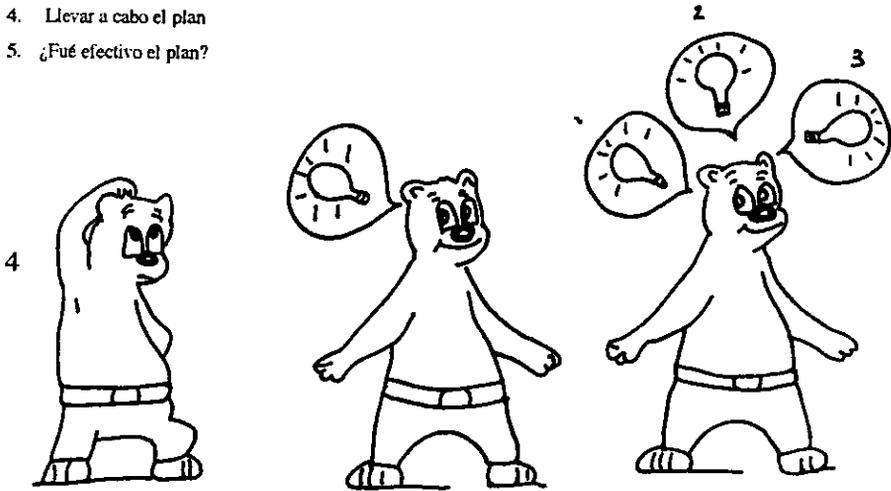
## PUNTOS DE GRUPO

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del niño	Puntos ganados (1 punto por comportamientos positivos y por usar los planes, 2 puntos por usar lo planes sin que tener que recordarselo.	Pérdida de puntos (por comportamientos negativos)	Puntajes (encircular el número que corresponda según el comportamiento del niño.	Total de puntos (suma de los puntos ganados menos los puntos perdidos).
1.			1    2    3	
2.			1    2    3	
3.			1    2    3	
4.			1    2    3	
5.			1    2    3	
6.			1    2    3	
7.			1    2    3	
8.			1    2    3	

SOLUCIÓN DE PROBLEMAS EN 5 PASOS

1. ¡ Detente! Cual es el problema?
2. ¿Qué planes existen?
3. ¿Cual es el mejor plan?
4. Llevar a cabo el plan
5. ¿Fué efectivo el plan?



1. ¡ Detente! ¿Cuáles es el problema?

2. ¿Qué planes existen?

3. ¿Cuál es el mejor plan?



4. Llevar a cabo el plan.



5. ¿Fué efectivo el plan?

## HABILIDADES EN SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

### Solución De Problemas En 5 Pasos:

1. ¡Déjate! ¿Cual es el problema?
2. ¿Qué planes existen?
3. ¿Cual es el mejor plan?
4. Llevar a cabo el plan
5. ¿Fue efectivo el plan?

### Solución de Problemas: Medios-Fines

1. ¿Cual es mi meta?
2. ¿Qué pasos necesito tomar para alcanzar mi meta?
  - A.
  - B.
  - C.
  - D.
3. ¿Funcionó mi plan? ¿Alcanzé mi meta?

### Solución de Problemas: Hacer decisiones

1. Elaborar decisión
2. Lista de pros y contras
3. Calificar cada pro y contra del 1-5
  - A. Poco importante- 1-2
  - B. Más o menos importante- 3
  - C. Muy importante- 4-5
4. Contar los puntajes de los pros y los contras separadamente
5. Debe de ser seleccionada la decisión con el mayor puntaje.

Cómo Afecto A Otros: Ejemplo

Instrucciones: trata de escribir al menos un ejemplo de una cosa positiva y una negativa que hiciste a lo largo del día. Llenar de acuerdo a lo que se te pide en cada columna.

Fecha	Comportamientos positivos y negativos que hice a lo largo del día de hoy y cómo afectaron a otras personas.	Cómo afecté a los otros.(Escribe qué piensas que pensaron y sintieron las personas que afectaste).
2/16	Lavé los platos cuando me lo pidió mi mamá.	Ella se puso contenta y pensó que era muy lindo.
2/17	Molesté a mi hermano en el camión.	El probablemente pensó que soy un tonto. Se enojó conmigo.

## CÓMO AFECTO A OTROS

Instrucciones: trata de escribir al menos un ejemplo de una cosa positiva y otra negativa que hiciste a lo largo del día. Llenar de acuerdo a lo que se te pide en cada columna.

Fecha	Comportamientos positivos y negativos que hice a lo largo del día de hoy y cómo afectaron a otras personas.	¿Cómo afecté a los otros? (Escribe qué piensas que pensaron y sintieron las personas que afectaste?)

UTILIZANDO ESTRATEGIAS EN SOLUCIÓN DE PROBLEMAS:Ejemplo

Instrucciones: Este cuadro puede ser llenado inmediatamente después, o pasado un tiempo de haber tenido un problema.Lo puedes llenar pensando en cómo usaste o debiste de haber usado la estrategia en solución de problemas.Llévalo de acuerdo a lo que se te pide en cada columna.

Fecha:	Problema (describe exactamente de qué trata el problema).	Señal del Problema (¿Qué te alertó del problema? ¿Cómo te lo imaginaste?	¿Cómo resolviste el problema? (ejm. 5 pasos, principios-fines, o estrategia de decisiones-¿Qué fue lo que hiciste?).	¿Cómo funcionó tu plan? (1-no funcionó en absoluto, a 10, funcionó a la perfección).
7/17	Mi hermana cambió de canal cuando estaba viendo la tele.	Me enojé	Utilizó la estrategia de solución de problemas de 5 pasos y decidí ignorarlo.	6
7/18	Trataba de decidir si tomaba la clase de algebra o no.	Me sentía confundido.	Utilizó la estrategia de solución de problemas en el área de tomar decisiones y decidí no tomar la clase este semestre.	9



### CUANDO ME ENOJO: Ejemplo

Instrucciones: Llena este cuadro siempre que te enojas. No importa que no lo llenes justo en el momento en que te enojaste, pero trata de anotarlo en ese mismo día. Llena los cuadros de acuerdo a lo que se te pide.

Fecha:	Suceso (¿qué pasó para que me enojara?)	¿Cómo sentiste tu cuerpo? (Describe tu respiración, el estado de tus músculos, los latidos de tu corazón, etc).	¿Cuales fueron tus pensamientos?	¿Qué fue lo que hiciste? (¿Qué acciones tomaste cuando te enojaste?)	Escala de Enojo (1- no muy enojado, a 10- fuera de control por el enojo)
1/16	José me insultó.	Músculos tensos.	Quise pegarle.	Lo insulté a él.	7
1/17	Mamá no me dejó salir a jugar con mis amigos.	Músculos tensos, corazón latiendo rápidamente.	Está loca; sólo quiere hacerme enojar!	Le dije que lo olvidara, salí corriendo y estampé la puerta.	9



COMBATIENDO EL ENOJO: Ejemplo

Instrucciones: Llena este cuadro siempre que te enojas y trates de controlarte. No importa que no llenes el cuadro justo en el momento en que te enfrentas a tu enojo, pero sí trata de llenarlo ese mismo día. Llena los cuadros de acuerdo a lo que se te pide.

Fecha:	Suceso (¿Qué sucedió para que te enojaras?).	Elaborando auto-plantamientos. (¿Qué te dijiste a ti mismo para enfrentarte al enojo y reducirlo?).	Plan de Acción. (¿Qué hiciste para resolver el problema? Te relajaste, negociaste, te fuiste, etc?).	Escala de Efectividad. (1- no funcionó, a 10- funcionó a la perfección).
1/16	José me insultó.	No debo de dejarme intimidar por él. Trataré de ignorarlo y mantenerme tranquilo.	Me fui y lo ignoré	9
1/17	Mamá no me dejó salir a jugar con mis amigos.	Trataré de que esto no me afecte. Me relajaré y platicaré con ella.	Negociamos un acuerdo entre los dos.	6

### . COMBATIENDO EL ENOJO

Instrucciones: Llena este cuadro siempre que te enojas y trates de controlarte. No importa que no lienes el cuadro justo en el momento en que te enfrentes a tu enojo, pero si trata de llenarlo ese mismo día. Llena los cuadros de acuerdo a lo que se te pide.

Fecha:	Suceso (¿Qué sucedió para que te enojaras?).	Elaborando auto-plantamientos. (¿Qué te dijiste a ti mismo para enfrentarte a tu enojo y reducirlo?).	Plan de Acción. (¿Qué hiciste para resolver el problema? Te relajaste, negociaste, te fuiste, etc?).	Escala de Efectividad. (1- no funcionó, a 10- funcionó a la perfección).

## INVENTARIO DE LAS FORTALEZAS Y LAS DEBILIDADES DEL NIÑO

Instrucciones: el propósito de este cuadro es que los padres se concentren en las fortalezas de su hijo. Escribe las fortalezas y las debilidades de tu hijo en las columnas correspondientes. Los padres deben de enfocarse en observar, atender y reforzar las fortalezas de su hijo y minimizar las debilidades trabajando en ellas. Tener en cuenta que muchas de estas debilidades puede que nunca cambien por lo que hay que aceptarlas y reforzar sus fortalezas.

Fortalezas	Debilidades
1.	1.
2.	2.
3.	3.
4.	4.
5.	5.
6.	6.
7.	7.
8.	8.
9.	9.
10.	10.

## INSTRUCCIONES PARA EL CUADRO DE OBSERVACIÓN DEL NIÑO

1. Los padres deben de identificar los dos comportamientos más frecuentes y más problemáticos para manejar con su hijo . Los padres deberán monitorear sus comportamientos y los de su hijo mediante el uso de esta tabla con estos dos comportamientos y estar atentos a cuando ocurran para registrarlos.

- Esta tabla se completa llenando en primer lugar el comportamiento, en segundo lugar el antecedente y las consecuencias en el tercer lugar. Por ejemplo, si un niño presenta un problema en discutir con sus padres,escríbalo como un comportamiento a ser observado. Cuando el niño presente este comportamiento, escríbalo y explique de qué discutía (comportamiento), qué fue lo que sucedió antes de que el niño discutiera (antecedente), y qué sucedió con los comportamientos de los padres y el niño después de la discusión (consecuencias).

TABLA DE OBSERVACIÓN DEL NIÑO: Ejemplo

Comportamiento Observado Generalmente	1. Antecedente ¿Cuales fueron los comportamientos precedentes que provocaron el comportamiento? Describe cómo se comportaron los padres y el niño.	2. Comportamiento Describe específicamente qué hizo el niño que fue un problema para el mismo y/o para sus padres.	3. Consecuencias Describe qué pasó después de presentado el comportamiento. Describe cómo respondieron el niño y los padres.
1. Irresponsabilidad	Le dije varias veces que hiciera su tarea. Dijo que la haría en un rato.	Se puso a ver la tele. Se aproximaba la hora de dormirse y todavía no empezaba su tarea.	Me enojé y tuve que estar apagando la televisión para que se pusiera a hacer su tarea.
2. Discutir	Le dije varias veces que lavara los platos. Dijo que le tocaba a su hermana.	El, su hermana y yo discutimos acerca de quién debía lavar los platos.	Le grité hasta que se puso a lavar los platos. Me reclamó.

TABLA DE OBSERVACIÓN DEL NIÑO

Comportamiento Observado Generalmente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antecedente ¿Cuales fueron los comportamientos precedentes que provocaron el comportamiento? Describe cómo se comportaron los padres y el niño.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comportamiento Describe específicamente qué hizo el niño que fue un problema para el y/o para los padres.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consecuencias Describe qué pasó después de presentado el comportamiento. Describe cómo respondieron el niño y los padres.</li> </ul>

## LINEAMIENTOS PARA USAR LA ESTRATEGIA DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS DE 5 PASOS

1. Los padres incitan al niño a usar un plan diciendo, "Este puede ser un buen momento para usar un plan". Los padres no deben de decirle al niño cual es el problema ni los pasos a seguir en la secuencia de solución de problemas en 5 pasos. Los padres deben de ayudar al niño a descubrir los pasos por sí mismo. Los padres pueden ayudar al niño si está atorado en alguno de los pasos. Se le debe de decir al niño que obtendrá una recompensa si usa correctamente el plan.
2. El niño verbaliza en voz alta los 5 pasos en la solución de problemas. Conforme el niño vaya adquiriendo más experiencia sólo dirá en voz alta el problema y su solución, todo lo demás lo dirá para sí mismo.
3. Los padres y el niño deben de completar los cuadros. Los padres y el niño evaluarán juntos el desempeño de este último en una escala del 1 al 4.

CUADRO DE ESTRATEGIAS EN SOLUCIÓN DE PROBLEMAS: Ejemplo

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

En esta tabla escribe cual es el problema y de quién fue la idea de usar el plan. Evalúa cómo funcionó este.

¿Cual fue el problema?	Irresponsable en su tarea	Discutiendo acerca de quién tiene que sacar la basura.	Discutiendo con la hermana acerca de cual programa ver.
¿De quién fue la idea de usar el plan?	mamá	papá	niño
¿Cómo funcionó el plan?	3	1	4

Escala de Porcentajes

1	2	3	4
No se usó ningún plan	Se intentó un poco sin un plan pero no funcionó.	Se intentó mucho usando un plan pero por menos de 1 minuto.	Se hizo un gran esfuerzo usando el plan por más de 1 minuto.

## CUADRO DE ESTRATEGIAS EN SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

En esta tabla escribe cual es el problema y de quién fue la idea de usar el plan. Evalúa cómo funcionó este.

¿Cual fue el problema?			
¿De quién fue la idea de usar el plan?			
¿Cómo funcionó el plan? Califica del 1 al 4.			

### Escala de Porcentajes

1

No se usó ningún plan

2

Se intentó un poco sin un plan pero no funcionó

3

Se intentó mucho con un plan pero por menos de 1 minuto

4

Se hizo un gran esfuerzo usando un plan por más de 1 minuto

## LINEAMIENTOS PARA USAR LA TARJETA DE PLANES (DIARIA O SEMANALMENTE)

1. Antes de usar planes en el hogar, debes de estar seguro de llegar a un acuerdo con el niño acerca de las recompensas que se darán por usar lo planes correctamente. Dejar claro al niño que recibirá recompensas cada vez que lleve a cabo un plan correctamente y que piense sobre cómo llevarlo a cabo. Las recompensas deben de ser motivadoras para el niño.
2. Los padres determinarán si las recompensas se le darán al niño diaria o semanalmente. Dependerá del niño pues algunos niños no pueden esperar toda una semana para recibir una recompensa. Determina el tiempo en que evaluarás los planes.
3. Repasa los cuadros de estrategias en solución de problemas para la semana entrante. Al niño se le recompensará por el desempeño y la calidad y no la cantidad de los planes que usó para resolver problemas. Califica cada plan del 1 al 4, el niño recibirá una recompensa por las calificaciones 3 y 4. A continuación escribe de quién fue la idea de usar el plan.
4. Si el niño lo hizo bien, dale una recompensa, y decide cuales serán las recompensas para la próxima semana. Si el niño no ganó ninguna recompensa, motívalo a usar los planes correctamente para que gane recompensas la próxima semana.

TARJETA PARA USAR PLANES ( DIARIA O SEMANALMENTE)

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Escribe los porcentajes del 1 al 2 y después del 3 al 4.

Porcentaje total de \_\_\_\_\_1\_\_\_\_\_  
planes con valor 1 y 2

Porcentaje total de \_\_\_\_\_2\_\_\_\_\_  
planes con valor 3 y 4

Si existen más porcentajes de 3 y 4, el niño podrá escoger una recompensa.

Escribe de quién fue la idea de usar el plan. Escribe las ideas de otras personas y del niño.

Total de ideas de otras personas \_\_\_\_\_2\_\_\_\_\_ Total de ideas del niño \_\_\_\_\_1\_\_\_\_\_

Si existen más ideas del niño, este podrá obtener una recompensa especial.

Plan de recompensas :Ver las caricaturas el viernes en la noche.

Recompensa especial: Jugar el juego favorito del niño con los papás.

TARJETA PARA USAR PLANES (DIARIA O SEMANALMENTE)

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Escribe los porcentajes del 1 y 2 y después de 3 y 4.

Porcentaje total de planes con valor de 1 y 2 \_\_\_\_\_ Porcentaje total de planes con valor de 3 y 4 \_\_\_\_\_

Si existen más porcentajes de 3 y 4, el niño podrá escoger una recompensa.

Escribe de quién fue la idea de usar el plan. Escribe las ideas de otras personas y del niño.

Total de idea de otras personas \_\_\_\_\_ Total de ideas del niño \_\_\_\_\_

Si existen más ideas del niño, este podrá obtener una recompensa especial.

Plan de recompensas \_\_\_\_\_

Recompensa especial \_\_\_\_\_

## IDEAS PARA DAR REFUERZOS

- 1.-postre favorito
- 2.-comida favorita
- 3.-botana favorita
- 4.-juguetes pequeños
- 5.- equipo para deportes
- 6.-cassetes
- 7.-rentar videos especiales
- 8.-muebles para el cuarto
- 9.-atención
- 10.-halagos
- 11.-privilegios especiales
- 12.-dedicar un tiempo especial
- 13.-privilegios para ver la t.v.
- 14.-acostarse más tarde
- 15.-invitar a un amigo a comer o cenar
- 16.-tiempo especial con el padre o madre
- 17.-ir a ver una película
- 18.-ir a un centro de diversiones
- 19.-ir a un viaje especial
- 20.-asistir a un evento deportivo especial
- 21.-acampar
- 22.-escalar
- 23.-viajar
- 24.-fiesta
- 25.-bonos para intercambiar por una recompensa

Nota: asegúrate de que las recompensas sean motivadoras para el niño y realistas para ti.

## FORMA DE AUTO-EVALUACIÓN DE PENSAMIENTOS PARA ADULTOS

Nombre del niño: \_\_\_\_\_

Nombre de los padres: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Instrucciones: a continuación se encuentran enlistados una serie de pensamientos que suelen tener los padres acerca de sus hijos y de ellos mismos. Lee cada pensamiento e indica la frecuencia con la que presentas ese pensamiento a lo largo de la semana. Pide a la persona que te dió la forma que te resuelva cualquier duda o pregunta que no entiendas. Califica los puntajes de acuerdo a como se te presentan.

1	2	3	4	5
No se me presentan	Algunas veces	Regularmente seguido	Muy seguido	Todo el tiempo

### 1) Atributos del niño

- A. Este niño es incorregible.
- B. Este niño lo hace intencionalmente.
- C. Este niño es la causa de todos los problemas en la familia.
- D. Este niño solo trata de llamar la atención.

### 2) Atributos de uno mismo y de los demás

- A. Es mi culpa que el niño sea así.
- B. Si no fuera por los padres que tiene, este niño sería mucho mejor.
- C. Es la culpa del (otro miembro de la familia) que el niño esté así.
- D. Si el/ella (miembro de la familia) no fuera tan mal padre, el niño sería mucho mejor.

### 3) Creencias y expectativas acerca del niño

- A. El futuro del niño se encuentra desolado. Cuando el/ella crezca lo más seguro es que será irresponsable, dejará la escuela, no tendrá un trabajo productivo, etc.
- B. Este niño debería de comportarse como los demás niños. Yo no debería de enseñarle cómo comportarse.
- C. Este niño debe de ser bueno en la escuela, en los deportes, con sus compañeros, etc. Es inaceptable que el niño no tenga el mismo desempeño que los demás niños de su edad.
- D. Este niño probablemente está mal de algo. Tiene muchos problemas y no encaja con ningún otro niño de su edad.

4) Creencias y expectativas acerca de uno mismo y/o de la familia

- A. Nuestra familia es un desastre.
- B. No puedo cometer ningún error al educar a mi hijo.
- C. Me rindo. No hay nada más que pueda hacer por mi hijo.
- D. No tengo ningún control sobre mi hijo. Ya lo he intentado todo.

5) Creencias y expectativas acerca de los medicamentos

- A. El/ella necesita medicamentos. No puede funcionar sin ellos.
- B. Los medicamentos son la solución. Los problemas del niño disminuirían enormemente o desaparecerían cuando tome medicamentos.

6) Creencias y expectativas acerca de la terapia

- A. La terapia es lo que ayudará completamente al niño.
- B. Mi hijo es el sujeto principal de la terapia.
- C. La terapia no ayudará en mucho.

## ATRIBUCIONES ADAPTATIVAS Y CREENCIAS ACERCA DEL ADHD

### Atributos

#### 2) Rasgos de los Atributos:puntajes

- A. Muchos de los problemas del niño se encuentran fuera de su control
- B. No importa de quién sea la culpa. Lo que importa son el encontrar soluciones e este problema.
- C. No solo es culpa del niño, yo también juego un rol importantísimo en esto.

#### 3) Auto-culparse:

- A. No sólo es mi culpa, el niño también juega un rol muy importante en esto.
- B. No importa de quién sea la culpa. Lo que interesa es encontrar soluciones a este problema.

### Creencias/ expectativas

#### 1. Acerca del niño:

- A. Yo soy un ser racional. NO tengo ninguna prueba de que el niño va a seguir con estos problemas. Necesito esperar a que pase el tiempo.
- B. La creencia de que yo no tengo ningún control sobre mi hijo puede contribuir a hacer más grande el problema. Muchas cosas están bajo mi control. Esta creencia es una excusa para no controlar a mi hijo.
- C. No puedo esperar que este niño se comporte. A este niño se le debe de enseñar cómo comportarse apropiadamente.
- D. Necesito aceptar a mi hijo como es. No importa mucho que no sea un gran estudiante. Necesito enfocarme en sus fortalezas y no en sus debilidades o fallas.

#### 2. Acerca de uno mismo y la familia con respecto a la escuela

- A. Todos hemos repercutido en cierta forma en este problema. No solo es culpa del niño.
- B. Voy a cometer muchos errores. Es normal cometerlos. Este niño es un verdadero reto.
- C. Debo de educar a este niño ahora o nunca. Debo de pensar en nuevas formas para educar a mi hijo. Si no tomo medidas en este momento las cosas se empeorarán.

#### 3. Acerca de los medicamentos:

- A. Los medicamentos son un componente importante en el tratamiento del niño ,más no la respuesta a todos los problemas.
- B. Los medicamentos junto con terapia funcionan mejor.
- C. Debo de ayudar a mi hijo para que no atribuya los resultados solo al medicamento y si a otros factores importantes como es el proporcionarle todo mi apoyo.

4. Acerca de la Terapia:

- A. Nadie puede hacer nada por mi hijo, pero podemos tratar de adaptarnos a sus problemas.
- B. El terapeuta nos puede guiar en cómo manejar mejor a nuestro hijo y resolver nuestros problemas.
- C. Necesito involucrarme en la terapia de mi hijo. Yo también necesito cambiar.

## FORMA DE AUTO-EVALUACIÓN DE COMPORTAMIENTOS PARA ADULTOS

Nombre del niño: \_\_\_\_\_

Nombre de los padres: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Instrucciones: a continuación se encuentran enlistadas una serie de comportamientos que los padres y los niños pueden presentar. Lee cuidadosamente cada comportamiento e indica la frecuencia con que determinado comportamiento es presentado por ti o por tu niño a lo largo de la semana. Aclara con la persona que te dió la forma todas tus dudas y preguntas. Califica de acuerdo al valor de cada número.

1	2	3	4	5
No se presentan	Algunas veces	Regularmente seguido	Muy seguido	Todo el Tiempo

I. Ordenes Problemáticas: decirle al niño lo que tiene que hacer de una manera inefectiva o poco apropiada.

\_\_\_ A. Ordenes vagas o poco claras—No especificar exactamente lo que queremos del niño (ejm: reformate, deja ya eso, etc).

\_\_\_ B. Ordenes en forma de pregunta—Preguntando cosas para lograr que el niño haga algo (ejm: ¿podrías recoger los juguetes por favor?).

\_\_\_ C. Ordenes racionales—Explicando al niño porqué debe de hacer lo que se le está pidiendo (ejm: necesitas vestírte ahora porque si no llegarás tarde, etc.).

\_\_\_ D. Demasiadas ordenes a la vez—Pedírle al niño que haga muchas cosas a la vez (ejm: recoge tus juguetes, vístete, ven a la mesa a comer, etc).

\_\_\_ E. Ordenes frecuentes—Repetir las ordenes constantemente y no poner consecuencias por no hacer lo que se le pide al niño.

II. Refuerzos Negativos: Tanto el adulto como el niño usan refuerzos aversivos para mantener el control y se repiten constantemente.

\_\_\_ A. El Niño: dejando al niño que haga lo que quiera porque ya no se puede hacer nada con el.

\_\_\_ B. El Adulto: el adulto grita, regaña, castiga, etc, hasta que el niño hace lo que se le pide.

III. Niveles bajos de reforzamiento positivo:

\_\_\_ A. Ignorar y no hacerle caso al niño cuando esté presentando un comportamiento neutral o apropiado.

IV. Refuerzo inadvertible para los problemas de comportamiento:

\_\_\_ A. Darle al niño atención y accidentalmente reforzando los problemas de comportamiento (darle atención solo cuando presenta comportamientos inadecuados, ignorando los comportamientos adecuados, no apoyarlo, etc).

5. Poco monitoreo del niño por parte de los padres:

\_\_\_ A. Los padres no están seguros de lo que hace el niño en la casa, en la escuela o en otros contextos.

6. Disciplina inefectiva:

\_\_\_ A. Los problemas controlan al niño y a sus padres.

\_\_\_ B. Gritar y castigar demasiado.

\_\_\_ C. Ser inconsistente en el mantenimiento de la disciplina

7. Sobrecontrolar:

\_\_\_ A. Decirle todo el tiempo al niño lo que tiene que hacer.

\_\_\_ B. No dejando que el niño resuelva sus propios problemas.

## COMPORTAMIENTOS E INTERACCIONES ADAPTATIVAS ENTRE LOS ADULTOS Y EL NIÑO

- A. Ordenes: Deben ser específicas, claras, de un solo paso, estructuradas en menos de 10 palabras ( ejm: recoge esa playera, vístete ahora, etc.).
- B. Reforzamientos Positivos: Prestar atención al niño y reforzar los comportamientos neutrales y positivos.
- C. Ignorar: No prestar atención a los comportamientos que presenta el niño solo para llamar la atención (berrinches, pucheros, etc).
- D. No rendirse: No permitir que el niño manje a sus padres a su antojo y haga lo que quiera.
- E. Paternidad y Enseñanza Socrática: Ayudar al niño a que resuelva sus propios problemas (usar planes) y que aprenda a auto-controlarse. Usar estas estrategias de una manera colaborativa, armoniosa y divertida. Modelar con el niño las estrategias en solución de problemas.
- F. Disciplina Efectiva: Usar el tiempo-fuera, los refuerzos, los contratos y las contingencias para el manejo del comportamiento del niño.
- G. Monitorear: elaborar reglas específicas acerca de lo que el niño puede hacer y donde lo puede hacer. Llegar a acuerdos con el niño acerca de las consecuencias de sus acciones.

PRÁCTICA DE PATERNIDAD POSITIVA A TRAVÉS DE TIEMPO ESPECIAL DE JUEGO: EJEMPLO

Instrucciones: cada padre debe de dedicar 10 minutos al día para interactuar con su hijo en lo que se llamará el tiempo especial de juego aunque puede suceder que ocasionalmente un padre esté muy ocupado para la sesión de tiempo especial de juego y se hará al día siguiente. Cuando sea la hora de la sesión dile a tu hijo: "Es tiempo para la sesión especial de juego". Ayuda a tu hijo a que seleccione sus juguetes favoritos, ve a un lugar especial en la casa y juega con él. El padre debe de practicar el halagar, gratificar, abrazar y demostrar su afecto a su hijo tratando de evitar a toda costa las preguntas, los regaños, las ordenes y las críticas. Mantén una lista de tus comportamientos hacia el niño durante este tiempo de juego. Toma nota de tus progresos y de tus pensamientos acerca de cómo se llevó a cabo la sesión, cuales fueron tus reacciones hacia tu hijo y las de él.

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
¿Hizo el juego con el niño? (Si/No).	Si	Si	No	Si	No	Si	Si
Comentarios acerca del tiempo especial de juego.	Parecía confundido por mi comportamiento. Me costó trabajo el halagar y abrazar a mi hijo.	Le gustó. Todavía me costó trabajo el llevar a cabo los comportamientos positivos.	Se me olvidó.	Le gustó. Creo que empiezo a pensar que a él le pareció un tiempo especial. Todavía hago muchas preguntas.	Estuve demasiado ocupado.	Le gustó. Estoy mejorando en llevar a cabo comportamientos positivos con mi hijo.	Le gustó. Sonreía mucho. Creo que estoy mejorando los comportamientos positivos.

## PRÁCTICA DE PATERNIDAD POSITIVA A TRAVÉS DE TIEMPO ESPECIAL DE JUEGO

Instrucciones: cada padre debe de dedicar 10 minutos al día para interactuar con su hijo en lo que se llamará el tiempo especial de juego, aunque puede suceder que ocasionalmente un padre esté muy ocupado para la sesión de tiempo especial de juego y se hará al día siguiente. Cuando sea la hora de la sesión dile a tu hijo: "Es tiempo para la sesión de tiempo especial de juego". Ayuda a tu hijo a que seleccione sus juguetes favoritos, ve a un lugar especial en la casa y juega con él. El padre debe de practicar el halagar, gratificar, abrazar y demostrar su afecto a su hijo, tratando de evitar a toda costa las preguntas, los regaños, las órdenes y las críticas. Mantén una lista de tus comportamientos hacia el niño durante este tiempo de juego. Toma nota de tus progresos y de tus pensamientos acerca de cómo se llevó a cabo la sesión, cuales fueron tus reacciones y la de él.

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
¿Hizo el juego con el niño? (Si/No).							
Comentarios acerca del tiempo especial de juego.							

PRÁCTICA DE REFORZAMIENTO Y ATENCIÓN POSITIVAS: EJEMPLO

Instrucciones: cada padre intentará incrementar la atención y los refuerzos positivos con su hijo (premiando, abrazando, interactuando, platicando, sonriendo, etc), y disminuirá las interacciones negativas (criticar, dar ordenes y preguntas innecesarias,etc), así como el ignorar los comportamientos regulares. Los padres mantendrán una secuencia de la frecuencia de la atención y los reforzamientos positivos, así como de las interacciones negativas y el ignorar.

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Frecuencia de refuerzos positivos y atención.							
Frecuencia de interacciones negativas.							
Frecuencia del ignorar							

## PRÁCTICA DE REFORZAMIENTO Y ATENCIÓN POSITIVAS

Instrucciones: cada padre intentará incrementar la atención y los refuerzos positivos con su hijo (premiando, abrazando, interactuando, platicando, sonriendo, etc.), y disminuirá las interacciones negativas (criticar, dar ordenes y preguntas innecesarias,, etc.), así como el ignorar los comportamientos regulares. Los padres mantendrán una secuencia de la frecuencia de la atención y los reforzamientos positivos, así como de las interacciones negativas y el ignorar.

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Frecuencia de refuerzos positivos y atención.							
Frecuencia de interacciones negativas.							
Frecuencia del ignorar							

¿ESTOY EN LO QUE TENGO QUE ESTAR?

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

1

¿Me encuentro trabajando?

SI = +

NO = 0

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	

Si (+) \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_ % de estar trabajando

Esto me hace ganar \_\_\_\_\_ puntos

## TIEMPO FUERA

- 1.- Solicítale algo al niño. Debes de estar seguro de que lo que le pediste al niño sea corto y claro y que sea exactamente lo que quieres que haga. No hagas preguntas, sugerencias o excusas cuando le pidas algo al niño. Sería útil el motivar al niño a escuchar y obedecer (Ver la tabla "Escucha y Obedece").
- 2.- Da una advertencia. Si el niño no hace lo que se le pidió, entonces se le dará una advertencia. Una advertencia es un enunciado que establece si-entonces. La advertencia debe de ser establecida clara y consistentemente. Por ejemplo, "Si no haces esto, entonces tendrás que sentarte en la silla en tiempo fuera".
- 3.- Tiempo Fuera. Si después de 10 a 15 segundos el niño no obedece lo que se le pidió, entonces inmediatamente se le lleva al niño al sitio designado para el Tiempo Fuera. Se le pide al niño que se siente en silencio en una silla y se le dan de 2-5 minutos, los padres serán los encargados de establecer la duración del Tiempo Fuera que crean es pertinente. Si el niño se levanta de la silla o lleva a cabo comportamientos inadecuados, los padres le advertirán que se le volverá a poner el mismo tiempo de nuevo, si el niño no obedece, los padres tendrán que establecer una consecuencia como el quitar algún privilegio. Por ejemplo, si el niño no se sentó en la silla, los padres lo mandarían a la cama 30 minutos antes. Si el niño obedece y se mantiene en la silla en silencio entonces se designará ese tiempo para la próxima vez que se porte mal.
- 4.- Después del Tiempo Fuera. Pídele al niño que lleve a cabo lo que se le pidió. Si no lo hace, entonces repetir los mismos pasos anteriores.

## SOLUCIÓN DE PROBLEMAS EN LA FAMILIA

### 1.- ¡Déjate! ¿Cual es el problema que estamos teniendo?

- Evitar el culpar a los demás.
- Concentrarse en cómo cada miembro de la familia está interactuando y ocasionando problemas a los demás.
- Establece cual es el problema principal de manera que todos lleguen a un acuerdo.

### 2.- ¿Cuales son algunos de los planes que podemos usar?

- Piensa en el mayor número de alternativas de solución.
- No juzgues o critiques a ningún miembro de la familia.

### 3.- ¿Cual es el mejor plan que podemos usar?

- Pensar en qué podría pasar si la familia usara cada una de las alternativas.
- Piensa en cómo cada alternativa haría sentir a cada miembro de la familia.
- Decide cual alternativa es la mejor.
- Llega a un acuerdo entre todos o la mayoría de los miembros de la familia.

### 4.- Lleva a cabo el plan

- Llevar a cabo el plan con la familia lo mejor que se pueda.
- No criticar o decir "Te lo dije", etc.

### 5.- ¿Funcionó nuestro plan?

- Evaluar el plan.
- Determinar si todos están satisfechos con la manera en que se resolvió el problema.
- Si la solución no funcionó, repitan todos los pasos de la estrategia en solución de problemas.

Nota: traten de enfocarse en el aquí y en el ahora. No traer a relucir problemas o cuestiones del pasado.

## HABILIDADES COMUNICATIVAS

## I. Se Breve

A. Estructura planteamientos muy cortos, preferentemente de menos de 10 palabras.

## II. Realiza planteamientos utilizando el "Yo" al principio

A. No hagas planteamientos diciendo "Tu deberías de ....."

B. Mejor di "Yo quisiera que tu....."

## III. Sé Directo

A. Pide exactamente lo que quieres o necesitas de la otra persona. Evita el hacer requerimientos vagos o confusos.

B. Establece comportamientos específicos que quieras que alguien haga. Por ejemplo, "Yo quiero que tu estés en la casa a las 10:30 y si se te hace tarde, tendrás que hablarme por teléfono".

## I. Congruencia

A. Comunica el mismo mensaje de manera verbal y no verbal. Por ejemplo, el planteamiento "Te Amo" deberá de ser dicho de una manera calmada, sensible y no gritando y golpeando la mesa con el puño.

## II. Proporciona retroalimentación

A. Después de que alguien te ha hablado, respóndele. Esto hará ver a la otra persona que escuchaste y entendiste lo que te dijo. Esto también da oportunidad a la otra persona de aclarar cualquier cosa que no se haya entendido.

## III. Establece impacto con tus planteamientos

A. Comunícale a la otra persona qué efecto tuvo sobre ti su comportamiento. Por ejemplo, "Cuando haces.....yo me siento.....".

## IV. Se un escucha activo

A. Cuando alguien te esté hablando, hazle saber que estás interesado. Esto se puede hacer manteniendo contacto visual, asintiendo y contestando.

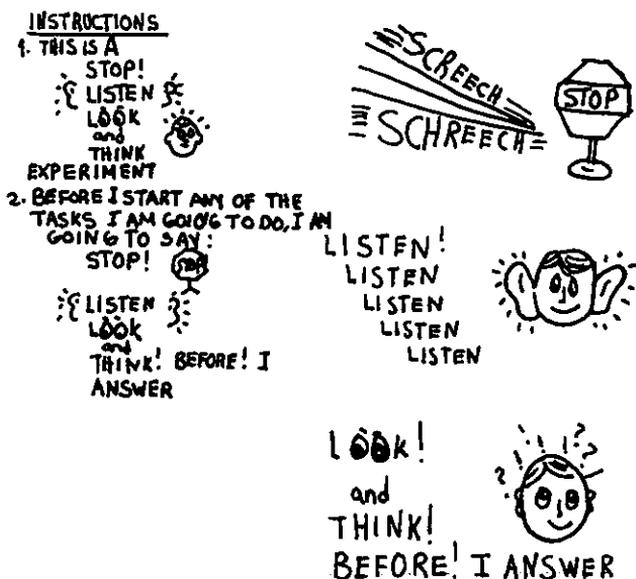
## LINEAMIENTOS PARA PLANES COLABORATIVOS

(PARA USARSE CON LA TABLA: DÉTENTE, PIENSA Y USA UN PLAN PARA EL NIÑO).

1.- Cuando surja un problema, el adulto debe sugerir al niño el usar un plan juntos. El adulto y el niño deben de tratar de "descubrir" los 5 pasos para resolver el problema. Puede que sea necesario el recordarle al niño que puede ganar una recompensa si da ideas para resolver el problema. Es útil el usar la palabra "nosotros" cuando se use un plan colaborativo. Ver el cuadro "Déntete, Piensa y Usa un Plan". Si el niño se resiste a usar un plan colaborativo, entonces el adulto discontinuará el ejercicio y usará otras estrategias.

2.- Después de que el adulto y el niño hayan usado el plan colaborativo exitosamente, el adulto y el niño llenarán la tabla "Déntete, Piensa y usa un Plan", los dos determinarán cual es el problema e identificarán de quen fue la idea de usar el plan. Posteriormente, el niño y el adulto calificarán con una escala del 1-4 la efectividad del plan.

3.- Al final de la semana, el niño recibirá puntos en la tabla "Tarjeta para usar Planes" (diaria o semanalmente).



## DÉTENTE, PIENSA, Y USA UN PLAN: EJEMPLO DE UN PLAN COLABORATIVO

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

En esta tabla, escribe cual fue el problema y de quién fue la idea de usar el plan. Califica cómo funcionó el plan y cómo se usó.

¿Cual fue el problema?	Peleando con un amigo	Discutiendo acerca de a quien le tocaba lavar los platos.	Negociando la hora de dormir.
¿De quién fue la idea de usar el plan?	Mamá	Niño	Papá
¿Qué tan bien se usó el plan? Califica del 1- 4.	4	4	2

## Escala de Porcentajes

1	2	3	4
No se usó el plan en absoluto para resolver el problema.	Se intentó un poco pero no funcionó.	Se intentó mucho y se usó el plan pero Por menos de 1 minuto.	Se hizo un gran esfuerzo se usó el plan por más de 1 minuto.

**REFORZAMIENTO DE COMPORTAMIENTOS ESPECÍFICOS: EJEMPLO.** Instrucciones: pon una carita feliz en el cuadro si se llevó a cabo el comportamiento que se le pidió al niño. Pon una carita triste si el comportamiento no se llevó a cabo. Siempre gratifica a tu hijo cuando obtenga una carita feliz. Administra los refuerzos cada día o cada semana. Algunos niños pueden y otros no esperar una semana para obtener una recompensa. Los padres determinarán e informarán al niño si va a recibir la recompensa diaria o semanalmente.

Nombre: \_\_\_\_\_ Semana: \_\_\_\_\_

Comportamiento	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Levantado y vestido a las 7:00 A.M.	😊	😊	😊	😊	😊		
Hacer la tarea antes de ver la T.V. y antes de la tarde.	😞	😞	😞	😊	😊		
Sacar al perro a pasear.	😞	😊	😊	😊	😊		
Estar acostado antes de las 9 P.M. con todas las luces apagadas.	😊	😊	😞	😊	😊		

Total de caritas felices	2	3	2	4	4		
--------------------------	---	---	---	---	---	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

**Recompensa: Diario**

1-2 caritas felices= leer cuento antes de acostarse

3 caritas felices= botana especial

4 caritas felices= tiempo especial con papás

**Semanalmente:**

5-14= tiempo especial con los papás

15-21= juguete nuevo

22-28= ir a un juego de fútbol

## REFORZAMIENTO DE COMPORTAMIENTOS ESPECÍFICOS

Instrucciones: pon una carita feliz en el cuadro si se llevó a cabo el comportamiento que se le pidió al niño. Pon una carita triste si el comportamiento no se llevó a cabo. Siempre gratifica a tu hijo cuando obtenga una carita feliz. Administra los refuerzos cada día o cada semana. Algunos niños pueden y otros no esperar una semana para obtener una recompensa. Los padres determinarán e informarán al niño si va a recibir la recompensa diaria o semanalmente.

Nombre: \_\_\_\_\_ Semana: \_\_\_\_\_

Comportamiento	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo

Total de caritas felices							

Recompensa:

1-2 caritas felices=

3 caritas felices=

4 caritas felices=

Diario

Semanalmente

5-14 caritas felices=

15-21 caritas felices=

22-28 caritas felices=

ESCUCHA Y OBEDECE: EJEMPLO

Instrucciones: cuando tu hijo se rehuse a obedecer, pídele que escuche y obedezca. Si lo hace, ponle una carita feliz en la columna que diga sí, si no lo hace, pone una carita triste en la columna que diga no. Al final del día, suma las caritas felices y las tristes. Si hay más caritas felices pon una carita feliz en el cuadro grande de abajo. Si hay más caritas tristes pon una carita triste en el cuadro grande de abajo. Al final de la semana ( o día) da una recompensa si hay una carita feliz en la caja grande.

Lunes		Martes		Miércoles		Jueves		Viernes		Sábado		Domingo	
SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
😊	😞	😊	😞	😊			😞	😊		😊		😊	😞
😊			😞					😊		😊		😊	
😊								😊					

¿Hay más caritas felices o tristes el día de hoy?

😊	😞	😊	😞	😊	😊	😊
---	---	---	---	---	---	---

Si se dan las recompensas diario, dale una recompensa al niño si la carita feliz aparece en el cuadro grande. La recompensa es: 15 minutos de tiempo especial con mamá.

Si se dan las recompensas cada semana, suma todas las caritas felices que se juntaron a lo largo de la semana y da una recompensa si hay más caritas felices. La recompensa es: ir al cine con papá.

## ESCUCHA Y OBEDECE

Instrucciones: cuando tu hijo se rehuse a obedecer, pídele que escuche y obedezca. Si lo hace, ponle una carita feliz en la columna que diga Sí, si no lo hace, ponle una carita triste en la columna que diga No. Al final del día, suma las caritas felices y las tristes, si hay más caritas felices pon una carita feliz en el cuadro grande de abajo. Si hay más caritas tristes, pon una carita triste en el cuadro grande de abajo. Al final de la semana (o día) da una recompensa si hay una carita feliz en el cuadro grande de abajo.

Lunes		Martes		Miércoles		Jueves		Viernes		Sábado		Domingo	
SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO

¿Hay más caritas felices o tristes el día de hoy?

--	--	--	--	--	--	--	--

Si se dan las recompensas diario, dale una recompensa al niño si la carita feliz aparece en el cuadro grande. La recompensa es=\_\_\_\_\_.

Si se dan las recompensas cada semana, suma todas las caritas felices que se juntaron a lo largo de la semana y da una recompensa si hay más caritas felices. La recompensa es=\_\_\_\_\_.

## BIBLIOGRAFÍA

- Abikoff, H. (1985). Efficacy of cognitive training interventions in hyperactive children: A critical review. Clinical Psychology Review, 5, 479-512.
- Abikoff, H., Ganeles, D., Reiter, G., Blum, C., Foley, C., & Klein, R. G. (1988). Cognitive training in academically deficient ADDH boys receiving stimulant medication. Journal of Abnormal Child Psychology, 16, 411-432.
- Abikoff, H. (1991). Cognitive training in ADHD children: Less to it than meets the eye. Journal of Learning Disabilities, 24, 205-209.
- Achenbach, T. M. (1987). How is a parent rating scale used in the diagnosis of attention deficit disorder? In J. Loney (Ed.), The young hyperactive child (pp.19-31). Birmingham, NY: Haworth.
- Ackerman, P. T., Anhalt, J. M., Dykman, R. A., & Holcomb, P. J. (1986). Effortful processing in children with reading and/or attention disorders. Brain and Cognition, 5, 22-40.
- Acle Tomasini, G. (1995). Problemas de Aprendizaje. Austin: Pro-ed.
- Adler, A. (1924). The Practice and theory of individual psychology. New York: Harcourt, Brace & Jovanovich.
- Allen, G. J., Chinsky, J. M., Larcen, S. W., Lochman, J. E., & Selinger, H. V. (1976). Community psychology and the schools: A behaviorally oriented multilevel preventive approach. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. (1991). "Practice parameters for the assesment and treatment of attention deficit hyperactivity disorder". Journal of the American Academy of Child And Adolescent Psychiatry, 30, 3 May. Author.

- American Psychiatric Association. (1998). DSM III-R. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Ed. Masson, S. A. España.
- American Psychiatric Association. (1995). DSM IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Ed. Masson, S. A. España.
- Appalachia educational laboratory. (1997) ADHD-Building academic success. [http://www.ldonline.org/ld\\_indepth/add\\_adhd/ael\\_success.html](http://www.ldonline.org/ld_indepth/add_adhd/ael_success.html).
- Bandura, A. (1969). Principles of behavior modification. New York: Holt, Rinehart, & Winston.
- Bandura, A. (1977). Social Learning Theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Barkley, R. A. (1977). A review of stimulant drug research with hyperactive children. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 18, 137-165.
- Barkley, R. A. (1990). Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T. (1979). Cognitive therapy: Nature and relation to behavior therapy. Behavior Therapy, 1, 184-200.
- Bender, William N. (1999). Professional issues in learning disabilities. Practical strategies and relevant research. Austin: Pro-ed.
- Blazer, Bonita. (1999). Developing 504 classroom accommodation plans. A collaborative systematic parent-student-teacher approach. Teaching exceptional children. Vol. 32. No. 2 [http://www.ldonline.org/ld\\_indepth/teaching-techniques/504\\_plans.html](http://www.ldonline.org/ld_indepth/teaching-techniques/504_plans.html).
- Block, G. H. (1977). Hyperactivity: A cultural perspective. Journal of Learning Disabilities, 110, 236-240.

- Bloomquist, M. L., & Braswell, L. (1991). Cognitive-Behavioral Therapy with ADHD children. Child, Family and School Interventions. NY: The Guilford Press.
- Bornas Xavier, Servera, Mateu. (1996). La impulsividad infantil. UN enfoque cognitivo-conductual. Ed. Siglo XXI de España Editores, S.A.
- Bos, C. S. & Vaughn, S. (1994). Strategies for teaching students with learning and behavior problems (2<sup>nd</sup>. Ed.). Boston, M. A : Allyn & Bacon.
- Carrol, J. B. (1988). Steven's handbook of experimental psychology. Individual differences in cognitive learning. In R. C. Atkinson; R. J. Herrnstein; G. Lindzey and R. D. Luce, EDS. New York: Wiley.
- Clarizio, Harvey. F. (1981). Trastornos de la conducta en el niño. Ed. El Manual Moderno. México.
- Dale R. Jordan. (1998). Attention deficit disorder: ADHD and ADD syndromes. Pro-ed. An international Publisher. Austin, Texas.
- Douglas, V. I. (1972). "Stop. Look, and listen: the problem of sustained attention and impulse control in hyperactive and normal children." Canadian Journal of Behavioral Science, 4, 259-282.
- Drapeau, Christian. (1996). Aprendiendo a aprender. Técnicas de aprendizaje acelerado. Ediciones RobinBook, SL. Barcelona. Ed. Oceano de México, S.A. de C.V. México, D.F.
- Dush, D. M., Hirt, M. L., & Schroeder, H. E. (1989). Self-statement modification in the treatment of child behavior disorders: A meta-analysis. Psychological Bulletin, 106, 97-106.
- D'Zurilla, T. J., & Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification. Journal of Abnormal Psychology, 78, 107-126.
- Ellis, A. (1962). Reason and emotion in psychotherapy. New York: Lyle Stuart.

- ERIC Digest E569. (1988). Teaching children with attention deficit hyperactivity disorder. <http://www.ldonline.org/ld-indepth/add-adhd/ericE569.html>.
- Fowler, M. (1992). CH. A. D. D. Educators Manual, Florida: CH. A. D. D.
- Freud, S. (1914-1916). "Introducción del narcisismo." Sigmund Freud. Obras Completas. Vol. XIV Argentina: Amorrortu Editores.
- Garfinkel, B. D., Wender, P. H., Sloman, L., & O'Neill, I. (1983). Tricyclic antidepressant and methylphenidate treatment of attention deficit disorder in children. Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 22, 343-348.
- Goldstein S., & Goldstein, M. (1990). Educating Inattentive Children. Utah: Neurology, Learning and Behavior Center.
- Harvey C. Parker, Ph. D. (1994). Cuaderno de trabajo para padres, maestros y niños sobre el trastorno de bajo nivel de atención (ADD) o hiperactividad. Specialty Press, INC. USA.
- Horn, W. et. Al. (1984). "An evaluation of a multi-method treatment approach with hyperactive children." Paper presented at the 92<sup>nd</sup> annual convention of the American Psychological Association, Toronto.
- Horn, W. et. Al. (1987). "Behavioral parent training and cognitive-behavioral self-control therapy with ADD-H children: Comparative and combines effects". Journal of Clinical Psychology, 16, 57-68.
- Ingersoll, B. & Goldstein, S. (1993). Attention Deficit Disorder and Learning Disabilities: Realities, Myths and Controversial Treatments. New York: Bantam Doubleday Dell.
- Kauffman, J.M. (1997). Characteristics of emotional and behavioral disorders of children and youth (6<sup>th</sup> ed.) Columbus, OH: Charles E. Merrill.

- Kendall, P. C., & Braswell, L. (1984). Cognitive-behavioral therapy for impulsive children. New York: Guilford Press.
- Klingler, C. & Vadillo, G. (2000). Psicología cognitiva: estrategias en la práctica docente. México: Mc Graw-Hill.
- Klivingston, K. A. (1986). The brain, cognition and education. Orlando: Academic Press.
- Koziol F. Leonard. (1993). Handbook of childhood impulse disorders and ADHD. Theory and practice. Charles C. Thomas Publisher. USA.
- Lahey, B. B., Pelham, W. E., Schaughency, E. A., Atkins, M. S., Murphy, H. A., Hynd, G., Russo, M., Hartdagen, S., & Lorys-Vernon, A. (1988). Dimensions and types of attention deficit disorder. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 27, 330-335.
- Leahy, F. & Harris, R. (1997). Learning and cognition. New Jersey, Prentice-Hall.
- Luria, A. R. (1973). The frontal lobes and the regulation of behavior. In K. H. Pribram & A. R. Luria (Eds.), Psychophysiology of the frontal lobes (pp- 3-26). Orlando, FL:Academic.
- Mahn C. S., & Greenwood, G. E. (1990). Cognitive behavior modification: Use of self instruction strategies by first graders on academic tasks. Journal of Educational Research, 83, 158-161.
- Mahoney, M. J. (1974). Cognition and behavior modification. Cambridge: Ballinger.
- Manning, B. H. (1991). Cognitive self-instruction for classroom processes. Albany, NY: State university of New York press.

- Meichenbaum D. (1979). Cognitive-behavior modification. An integrative approach. Plenum Press. New York & London.
- Meichenbaum, D. H. (1993). Changing conceptions of cognitive behavior modification: Retrospect and prospect. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61, 202-204.
- Meltzer, I. R., B. Et al. (1996). Strategies for success: classroom teaching techniques for students with learning problems. Austin:Pro-ed.
- Mercer, C. D. (1992). Students with learning disabilities. Chapter three: Attention deficit hyperactivity disorder. Merrill, New York.
- Myers, P. I., Hammill, D. D. (1982). Learning disabilities. Basic concepts, assessment, practices, and instructional strategies. Pro.ed. Austin, Texas. Chapter 11: Teaching academics to hyperactive-distractible children.
- National Institute of Mental Health. (1997). Attention deficit hyperactivity disorder. Decade of the brain. USA. [http://www.ldonline.com/ld\\_inepth/add\\_adhd-nihm.html](http://www.ldonline.com/ld_inepth/add_adhd-nihm.html)
- O'Leary K. D. (1989). Mommy, I can't sit still. Coping with hyperactive and aggressive children. New Horizons Press. USA.
- Parker, H. (1990). Listen, Look, and Think. Plantation, Florida: Specialty Press, Inc.
- Parker, H. (1991). The Goal Card Program. Plantation, Florida:Specialty Press, Inc.
- Patterson, G. R. (1972). Coercive family process. Eugene, OR:Castalia.
- Pelham, W. E. & Milich. (1984). Peer realtions in children with hyperactivity/attention deficit disorder. Journal of Learning Disabilities, 17, 560-567.

- Phelan, T. (1984). All About Attention Deficit Disorder. Illinois: Child Management.
- Picazio G. (1994). Cómo influye en la autoestima de niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad un entrenamiento en habilidades sociales. Tesis para Lic. en psicología (UDLA).
- Poussin G. (1995). La entrevista clínica. Ed. Limusa, México.
- Pozo, J. (1987). Teorías cognitivas del aprendizaje. Madrid: Ediciones Morata.
- Pressley M. & Associates. (1990). Cognitive strategy instruction that really improves children's academic performance. Bookline books, Cambridge.
- Rapport, M. D., Tucker, S. B., Dupaul, G.J., Merlo, M., & Stoner, G. (1986). Hyperactivity and frustration: The influence of control over and size of rewards in delaying gratification. Journal of Abnormal Child Psychology, 14, 191-204.
- Reid, K., Hresko, W, & Swanson, H. L. (1996). A Cognitive Approach to Learning Disabilities. Austin: Pro-ed.
- Rief, S.(1997). Checklists for teachers. Ed. Prentice Hall. <http://www.idonline.org/ld indepth/teaching tecnicas/rief checklists.html>.
- Rodríguez M., Pellicer, G.; Domínguez, M. (1988). Autoestima: Clave del éxito personal. México: Manual Moderno, S. A. de C.V.
- Rogers, C. R. (1951). Client centered therapy: It's current practice, implications and theory. Boston: Houghton Mifflin.
- Sarason, I. G. (1996) Psicología Anormal. El problema de la conducta inadaptada. Ed. Prentice Hall, Hispanoamericana: S. A. México.
- Satterfield, J. H., Cantwell, D. P., & Satterfield, B. T. (1979). Multimodality treatment: A 1 year follow-up of 84 hyperactive boys. Archives of General Psychiatry, 36, 965-974.

- Sattler, J. M. (1996). Evaluación Infantil. Capítulo 20: Evaluación de las incapacidades para el aprendizaje del trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastornos de conducta, trastornos generalizados del desarrollo y alteraciones sensoriales. Ed. El Manual Moderno, S. A. de C. V., México, D. F.
- Schachrar, R., & Wachsmuth, R. (1990). Hyperactivity and parental psychopathology. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 31, 381-392.
- Schacter, D. L. (1990). Foundations of cognitive science. Cambridge, MA: The Mit Press.
- Shea & Bauer. (2000). Educación Especial. Un Enfoque Ecológico. México: McGraw-Hill.
- Shure, M. B., & Spivack, G. (1972). Means-end thinking, adjustment and social class among elementary school-age children. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 38, 348-353.
- Spivack, G., Platt, J. J., & Shure, M. B. (1976). The problem-solving approach to adjustment. San Francisco: Jossey-Bass.
- Steinkamp, M. W. (1980). Relationships between environmental distractions and task performance of hyperactive and normal children. Journal of Learning Disabilities, 13, 40-45.
- Strauss, A. A. & Lehtinen, L. E. (1947). Psychopathology and education of the brain-injured child. New York: Grune & Stratton.
- Taylor, E. (1986). Childhood hyperactivity. British Journal of Psychiatry, 149, 562-573.
- Vygotsky, L. (1962). Thought and Language. Cambridge: University press.
- Wertsh, J. (1990). Vygotsky and Education. Cambridge: University press.

- Zentall, S. S. (1989). Self-control training with hyperactive and impulsive children. In J. N. Hughes & R. J. Hall (Eds.), Cognitive-behavioral psychology in the schools: A comprehensive handbook (pp. 305-346). New York: Guilford.
- Ziegler, R., & Holden, L. (1988). Family therapy for learning disabled and attention-deficit disorderes children. American Journal of Orthopsychiatry, 58, 196-210.